

SIMONE PIVARO STADNIKY

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS EDUCATIVAS: POSSIBILIDADES
ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE E DA
QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE OCUPACIONAL**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina, para obtenção do título de
Mestre em Ciências

SÃO PAULO
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SIMONE PIVARO STADNIKY

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS EDUCATIVAS: POSSIBILIDADES
ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE E DA
QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE OCUPACIONAL**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina,
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Co-orientador: Prof. Dr. Sérgio José Nicoletti

SÃO PAULO

2006

Stadniky, Simone Pivaro

Promoção da saúde e práticas educativas: possibilidades através da análise dos determinantes do estado de saúde e da qualidade de vida no ambiente ocupacional./Simone Pivaro Stadniky.- São Paulo, 2006.

Tese (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Health promotion and educational actions: possibilities by analyze of the health determinants and life quality on occupational environment.

1. Qualidade de vida. 2. Promoção de saúde 3. Educação para saúde no ambiente ocupacional

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE -
CEDESS**

DIRETOR DO CEDESS:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

SIMONE PIVARO STADNIKY

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS EDUCATIVAS: POSSIBILIDADES
ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE E DA
QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE OCUPACIONAL**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Banca examinadora

Prof. Dr. José Antonio Maia de Almeida _____

Prof. Dra. Rozana Mesquita Ciconelli _____

Prof. Dr. Sérgio Kowalski _____

Aprovada em: ____/____/____

Tive um chão (mas já faz tempo)

Todo feito de certezas

Tão duras como lageados.

Agora (o tempo é que o fez)

Tenho um caminho de barro

Umedecido de dúvidas.

Thiago de Mellho

Pela confiança e apoio incondicional em todos os momentos de minha formação, dedico este trabalho aos meus pais, Abel e Hilda.

*Mas o senhor é homem sobrevivendo,
sensato, fiel como papel, o senhor me
ouve, pensa e repensa, e rediz, então
me ajuda.*

Guimarães Rosa

Aos Professores Doutores Nildo Alves Batista e Sérgio José Nicoletti, mestres, pelos estímulos, ensinamentos e orientação e pela compreensão de que *o rio não quer ir a nenhuma parte, ele quer é chegar a ser mais grosso, mais fundo*, meu agradecimento primeiro.

*A gente principia as coisas, no não saber por que,
e desde aí perde o poder de continuação – porque a vida é
mutirão de todos, por todos remexida e temperada.*

Guimarães Rosa

Ao Corpo Docente do CEDESS, mediadores essenciais na re-construção do meu saber científico, À Professora Dra. Therezinha Rosane Chamlian, por possibilitar a conquista do meu sonho; Ao Professor Dr. Eduardo Frota Carrera, pelo apoio e contribuições na minha formação; À Sandra Malagutti, responsável pelo trabalho estatístico desta dissertação, À querida avó, Rosa Pivaro, pelo exemplo de força, coragem e determinação - meu eterno amor; Ao Fábio Henrique Scaff, companheiro e amigo, por seu amor, paciência e dedicação - obrigado por fazer parte da minha história; Ao Dani, meu querido irmão, testemunha das minhas idas e vindas na prática da pesquisa; Aos funcionários do Departamento de Informática em Saúde, pela atenção e disponibilidade para participar desta pesquisa; À equipe de trabalho do Lar Escola São Francisco, pela tolerância e compreensão; Aos amigos de jornada acadêmica, parceiros solidários; quero agradecer, *pois só estava era entretida na idéia dos lugares de saída e de chegada.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 Saúde: conceitos e determinantes	22
2.2 Qualidade de vida: análise sob a perspectiva da saúde	25
2.3 Qualidade de vida no trabalho	29
2.4 Promoção da saúde: reflexões e práticas no processo saúde-doença	31
2.5 Promoção da saúde e trabalho	41
2.6 Práticas educativas para saúde	48
2.6.1 Educação para saúde: uma proposta terapêutica	48
2.6.2 Educação para saúde nos locais de trabalho	55
2.7 O modelo <i>PRECEDE</i> – <i>PROCEED</i>	58
3. OBJETIVOS	65
4. METODOLOGIA	66
4.1 Local da coleta de dados e amostra	66
4.2 Instrumento de coleta de dados com base no modelo <i>PRECEDE</i>	66
4.2.1 Avaliação social	67
4.2.2 Avaliação epidemiológica	69
4.2.3 Avaliação comportamental e ambiental	70
4.2.4 Avaliação educacional e ecológica	72
4.3 Aplicação do questionário	73
5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	75

6. RESULTADOS	76
6.1 Análise descritiva da amostra	76
6.1.1 Dados descritivos do domínio social do modelo <i>PRECEDE</i>	76
6.1.2 Índice de qualidade de vida dos funcionários do DIS/2005	78
6.1.3 Dados descritivos do domínio epidemiológico do modelo <i>PRECEDE</i>	79
6.1.4 Dados descritivos do domínio comportamental e ambiental do modelo <i>PRECEDE</i>	82
6.2 Análise comparativa	88
6.2.1 Associação entre dados do domínio social do modelo <i>PRECEDE</i> e a qualidade de vida	88
6.2.2 Associação entre os dados do domínio epidemiológico do modelo <i>PRECEDE</i> e a qualidade de vida	92
6.2.3 Associação entre os dados do domínio comportamental e ambiental do modelo <i>PRECEDE</i> e a qualidade de vida	93
6.3 Identificação de oportunidades de práticas educativas para promoção da saúde e da qualidade de vida no ambiente ocupacional	104
7. DISCUSSÃO	111
7.1 Perfil da amostra e correlação com os indicadores da literatura	111
7.2 Múltiplas dimensões da qualidade de vida: possíveis transversalidades	132
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
ANEXO A	158
ANEXO B	159
ANEXO C	161

RESUMO

Os objetivos desta pesquisa foram analisar os determinantes de saúde que interferem na percepção de qualidade de vida e no estado de saúde e identificar oportunidades de implementação de práticas educativas para a saúde dos integrantes do Departamento de Informática em Saúde (UNIFESP/EPM), tendo como base o modelo *PRECEDE*. Desta forma, as quatro fases iniciais do modelo *PRECEDE-PROCEED*, correspondentes à avaliação social, epidemiológica, comportamental e ambiental e ecológica e educacional se constituem no aparato metodológico. Os funcionários do DIS participantes da pesquisa (n= 44) responderam ao questionário composto por informações referentes aos dados pessoais, qualidade de vida, características de saúde, características do ambiente físico pessoal e do local de trabalho, hábitos de vida, eventos de vida estressantes, análise do estresse e estratégias de *coping* no ambiente ocupacional. A amostra final analisada foi composta por 39 funcionários, sendo os resultados apresentados quanto ao perfil da população e à correlação das variáveis com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36. As variáveis sociais que apresentaram correlação com os domínios da qualidade de vida foram: gênero, faixa etária, estado civil, número de filhos, número de empregos, renda pessoal e renda familiar mensal. As variáveis comportamentais e ambientais que se correlacionaram com os domínios da qualidade de vida foram: posto ergonômico do trabalho, eventos de vida pessoal e relacionados ao trabalho e estresse.

ABSTRACT

Current research aimed at analyzing the health determinants that interfere in the awareness of life quality and in health conditions and at identifying opportunities for executing educational practices to the benefit of the health of the staff of the Department of Computer Science in Health (UNIFESP/EPM). PRECEDE model has been deployed for research. The four initial phases of PRECEDE-PROCEED model comprising social, epidemic, behavioral/environmental and ecological/educational evaluation constituted the methodological apparatus. DIS staff participating in the research (n = 44) filled a questionnaire on personal data, life quality, health characteristics, features on personal and work environment, habits, stressing life events, stress analysis and strategies for coping with occupational environment. Final sample was composed of 39 employees and results revealed the population's characteristics and the correlation between variables and life quality given in the SF-36 questionnaire. Social variables correlated with quality of life comprised gender, age bracket, marriage status, number of children, number of jobs, personal income and monthly family income. Behavioral and environmental variables correlated with the quality of life comprised ergonomic condition of work, personal events related to job and stress.

LISTA DE TABELAS

<i>TABELA 1: Distribuição das categorias do domínio social do modelo PRECEDE, quanto ao gênero, idade, estado civil e número de filhos dependentes ou incapacitados, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.</i>	76
TABELA 2: Distribuição das categorias do domínio social do modelo <i>PRECEDE</i> quanto às características de educação dos funcionários (n=39) do DIS/UNIFESP 2005.	77
TABELA 3: Distribuição das categorias do domínio social do modelo <i>PRECEDE</i> quanto ao rendimento pessoal mensal e familiar mensal dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.	77
TABELA 4: Resultados dos scores da média, mediana, desvio padrão e variação nos domínios da qualidade de vida do questionário SF-36 dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.	78
TABELA 5: Distribuição das categorias do domínio epidemiológico com relação à percepção do estado de saúde dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.	79
TABELA 6: Distribuição das categorias do domínio epidemiológico do modelo <i>PRECEDE</i> quanto à ocorrência de consultas médicas e número de consultas médicas nos últimos doze meses dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.	80
TABELA 7: Distribuição das categorias do domínio epidemiológico do modelo <i>PRECEDE</i> quanto ao motivo das consultas médicas nos últimos 12 meses dos funcionários (n= 35) do DIS/UNIFESP 2005.	81
TABELA 8: Distribuição das categorias do domínio epidemiológico do modelo <i>PRECEDE</i> quanto aos problemas de saúde diagnosticados nos últimos doze meses dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.	81
TABELA 9: Distribuição das categorias do domínio ambiente do modelo <i>PRECEDE</i> quanto às características do domicílio dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	82
TABELA 10: Distribuição das categorias do domínio ambiente do modelo <i>PRECEDE</i> quanto às características do trabalho (tempo de trabalho, horas de trabalho por dia, horas-extras e tempo de deslocamento entre a casa e o trabalho) dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	83
Tabela 11: Distribuição das categorias do domínio ambiente do modelo <i>PRECEDE</i> quanto à classificação ergonômica do Posto de Trabalho dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	83

TABELA 12: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> quanto ao fumo e a prática de atividade física dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.	84
TABELA 13: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> apresentando os resultados da classificação da escala Holmes – Rahe, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	85
TABELA 14: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> apresentando os resultados da frequência de ocorrência de eventos de vida relacionados ao trabalho da escala Holmes-Rahe dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	85
TABELA 15: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> apresentando os resultados da frequência de ocorrência dos eventos de vida pessoal da escala Holmes-Rahe, dos funcionários (n=39) do DIS/UNIFESP, 2005.	86
TABELA 16: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> apresentando os resultados do Inventário de Controle do Estresse, classificados de acordo com a presença ou ausência do estresse, fase do estresse (alerta, resistência ou exaustão) e tipo de sintomas predominantes (físicos ou psicológicos), dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	87
TABELA 17: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> , apresentando os resultados dos scores da média, desvio padrão e variação da escala <i>Coping</i> no Ambiente Ocupacional, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.	88
TABELA 18: Resultado da comparação dos dados do domínio social do modelo <i>PRECEDE</i> (gênero, idade, estado civil e filhos dependentes) com os domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	89
TABELA 19: Resultado da correlação dos dados do domínio social do modelo <i>PRECEDE</i> relacionado ao rendimento com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	91
TABELA 20: Resultado da correlação entre os dados do domínio epidemiológico do modelo <i>PRECEDE</i> e os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	93
TABELA 21: Resultado da comparação dos dados do domínio ambiente do modelo <i>PRECEDE</i> , relacionados ao domicílio (tipo e número de moradores), com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	94
TABELA 22: Resultado da comparação entre os dados do domínio ambiente do modelo <i>PRECEDE</i> , relacionados às características do trabalho com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	95

TABELA 23: Resultado da comparação dos dados do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> , com relação aos hábitos de vida (fuma e pratica atividade física), com os domínios da qualidade de vida do sf-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	96
TABELA 24: Resultado da correlação dos dados do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> , com relação a classificação da escala Holmes-Rahe, e os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	97
TABELA 25: Resultados da correlação dos dados do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> , com relação aos eventos de vida pessoal da Escala de Holmes-Rahe e os domínios da qualidade de vida do SF-36, dos funcionários do DIS/UNIFESP, 2005.	98
TABELA 26: Resultados da correlação dos dados do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> , com relação aos eventos de vida pessoal da Escala de Holmes-Rahe e os domínios da qualidade de vida do SF-36, dos funcionários do DIS/UNIFESP, 2005.	99
TABELA 27: Resultados da correlação dos dados do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> , com relação aos eventos de vida relacionados ao trabalho da Escala de Holmes-Rahe e os domínios da qualidade de vida do SF-36, dos funcionários do DIS/UNIFESP, 2005.	101
TABELA 28: Resultados da comparação dos dados do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> , com relação ao Inventário de Controle do Estresse e os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários do DIS/UNIFESP, 2005.	103
TABELA 29: Resultados da comparação dos dados do domínio comportamento do modelo <i>PRECEDE</i> , com relação aos fatores manejo, controle e esquiva da escala Coping no Ambiente Ocupacional, com os domínios da qualidade de vida do questionário sf-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	104
TABELA 30: Resultado da comparação das variáveis sociais inventariados na fase inicial do modelo <i>PRECEDE</i> e os domínios da qualidade de vida do questionário SF dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	108
TABELA 31: Resultado da comparação das variáveis ambientais e comportamentais inventariadas na terceira fase do modelo <i>PRECEDE</i> e os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.	109
TABELA 32: Classificação das variáveis sociais, ambientais e comportamentais que demonstraram correlação negativa com os domínios do questionário SF-36 de qualidade de vida, em fatores pré-existent, capacitantes e de reforço, as possibilidades de mudanças e ações educativas.	110

1. INTRODUÇÃO

O mundo da produção conheceu grandes transformações ao longo do século XX e propiciou elaborações conceituais renovadas nos múltiplos campos de conhecimento pertinentes aos processos de trabalho. A transição para o século XXI é marcada por inovações tecnológicas, mudanças comportamentais e culturais de relevantes significados. As transformações no universo do trabalho, a reestruturação da atividade produtiva e a introdução de novos processos de gerenciamento, mutações tecno-científicas, e a reorganização do espaço produtivo são elementos constitutivos do desenho de uma nova sociedade. Assim, na contemporaneidade, o trabalho vem se realizando, cada vez mais, de forma difusa e desmaterializada.

A globalização econômica, através da integração de mercados e liberação do comércio internacional, é uma realidade incontestável. Neste novo cenário, enquanto o trabalho é investido por uma nova subjetivação, a mobilização produtiva e suas bases produtivas se socializam de forma nova e dinâmica. As condições dessa nova ordem determinam profundas mudanças na vida das populações e principalmente sobre o mundo do trabalho, com reflexos no próprio trabalho, níveis de emprego, meio ambiente, níveis de saúde das populações e dos trabalhadores em particular. As profundas mudanças observadas na organização dos processos de trabalho, visando ao aumento da produtividade e redução dos custos – e a relação trabalho-saúde dos trabalhadores vem ganhando uma dimensão nova dentro deste processo -, geralmente não vêm acompanhadas de melhorias das condições de trabalho. Os contornos mais gerais de tais transformações espelham algumas dimensões destas tendências e oferecem elementos para a compreensão

de seus impactos sobre processos e relações de trabalho, condições de vida e qualidade de vida dos trabalhadores, bem como, o rol de suas demandas de saúde. Torna-se necessário tecer as inter-relações entre saúde e trabalho neste novo processo organizacional.

A importância das inter-relações entre trabalho, meio ambiente e saúde, assim como seus impactos sobre a qualidade de vida da população, tem sido cada vez mais argumentada, particularmente no contexto da globalização e da reestruturação produtiva. A capacitação dos atores sociais que participam desse processo constitui-se em relevante estratégia para contribuir na construção de sua sustentabilidade.

Entretanto, tornou-se corrente nas abordagens dos problemas de saúde no trabalho a descontextualização dos aspectos estruturais do processo de trabalho e de seus efeitos sobre o ser humano, a coletividade e o meio ambiente. A sociologia do trabalho tem indicado a hegemonia de uma concepção reducionista, centrada na responsabilidade do trabalhador, que acaba por atribuir os problemas de saúde no trabalho ao simples descuido quanto às normas de segurança. De igual maneira, as questões relativas ao meio ambiente sofrem uma abordagem limitada e, em consequência, as situações de risco e os impactos ambientais decorrentes dos processos produtivos afetam o conjunto dos trabalhadores e as coletividades vizinhas, tendo seus custos transferidos para a sociedade. Neste processo, o trabalhador é a principal vítima das consequências negativas da deterioração do meio ambiente interno e externo.

Abordagens tradicionais voltadas à compreensão da relação processo de trabalho e saúde consagraram o entendimento dessa relação como resultante exclusiva da ação isolada de agentes patogênicos sobre o corpo do trabalhador e

buscavam sustentação em práticas convencionais da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança. Tal concepção limitante neutraliza os conflitos das relações sociais nos processos de produção. Contudo, a construção de um novo modelo de análise do binômio saúde-doença não pode prescindir da investigação da saúde dos trabalhadores como condição.

Esta perspectiva norteadora demanda metodologias interativas capazes de identificar e compreender os problemas de saúde dos trabalhadores, bem como o desenvolvimento e a implementação de ações voltadas à transformação dos ambientes e processos de trabalho. Em geral, o entendimento desses problemas exige uma articulação complexa, envolvendo conhecimentos interdisciplinares, sistematizados a partir do registro do olhar dos trabalhadores sobre seu ambiente e sua percepção de adoecimento. Cumpre, portanto, a construção de uma metodologia de intervenção interativa que assegure o direito à participação efetiva nos processos de atenção e promoção da saúde daqueles que trabalham independentemente da sua forma de inserção no processo produtivo.

O exame das relações entre trabalho e saúde, nos seus aspectos históricos, teóricos e metodológicos no campo da educação para a saúde compreende o percurso da trajetória dos principais modelos de abordagem do processo saúde/doença e trabalho, por meio de algumas problemáticas reconhecidamente relacionadas com o cotidiano laboral.

Esta pesquisa tem como foco os integrantes do Departamento de Informática em Saúde, da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), cuja participação é voluntária e ativa, assegurando a abordagem sistemática de fatores pessoais e fatores ambientais associados com os determinantes dos estados de saúde e qualidade de vida. Nossa proposta, de modo

abrangente, compreende a análise dos determinantes biológicos, ambientais, comportamentais e sociais que interferem no estado de saúde e na percepção de qualidade de vida dos trabalhadores que atuam no Departamento de Informática em Saúde, da Universidade Federal de São Paulo. Insere-se nos nossos propósitos, ainda, identificar oportunidades de promoção de qualidade de vida, através de práticas educativas em saúde. O modelo *PRECEDE-PROCEED*, criado por Lawrence Green e Marshall Kreuter, foi eleito por ser instrumento eficaz na orientação do planejamento de programas de promoção de saúde, estruturação e avaliação de práticas educativas que visam o aumento do estado de saúde do indivíduo.

No primeiro capítulo consolidamos nossa proposta teórica e metodológica, consoante nosso objeto e objetivos da pesquisa. Partimos de uma abordagem cronológica acerca do significado de saúde, a edificação de sentidos, conjugados com seus determinantes, introduzindo-se no campo conceitual a interferência dos vários fatores da vida cotidiana e um conjunto de políticas públicas direcionado às necessidades da população. São consideradas as evidências científicas que ressaltam a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

No momento seguinte, investimos num re-visitado da literatura pertinente à qualidade de vida, em busca de seus vários níveis conceituais. Recuperamos o

esforço envidado nas últimas décadas na construção conceitual da expressão “qualidade de vida no trabalho”, as transversalidades de enfoques e abordagens nas modernas sociedades industriais. Em tais contextos, este conceito transita entre as questões da motivação e satisfação do trabalhador, condições do ambiente de trabalho e segurança, garantia à saúde e acesso aos serviços de saúde e o clima organizacional do local de trabalho. A qualidade de vida no trabalho passa a ser definida como a gestão ampla e dinâmica dos fatores que afetam a cultura e o clima organizacional, entre estes os físicos, tecnológicos e psico-sociais.

Uma revisão da emergência e desenvolvimento da promoção da saúde, centrando sua análise na contribuição da promoção da saúde, como campo de conhecimento, para a qualidade de vida, foi o esforço efetuado em seguida. Para tanto, apresentamos os conceitos que aproximam promoção da saúde e qualidade de vida para a compreensão dos desafios colocados a uma nova educação e à promoção da saúde em suas inter-relações, que envolvem mudanças profundas em valores sociais e atitudes.

A articulação entre saúde e qualidade de vida, permite identificar o desenvolvimento da promoção da saúde como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas integradoras para o binômio. Para tanto, recorreremos aos princípios e propósitos constitutivos do discurso produzido ao longo do período que comportou a realização de Conferências Globais para a Promoção da Saúde, por iniciativa da *World Health Organization*. Esta opção sustenta-se no critério de eleição de um discurso autorizado, produzido no âmbito de um organismo internacional que congrega uma multiplicidade discursiva nuançada por saberes constituídos ao longo de estudos de respectivas especificidades. Em decorrência da internacionalização de conceitos ganham relevância e novos contornos as propostas

de pesquisas e ações, cujo âmbito privilegia práticas e políticas inovadoras favoráveis à saúde e à qualidade de vida do indivíduo. A promoção da saúde no trabalho torna-se alvo de nossas atenções, por meio de abordagens conceituais e considerações acerca de programas ou modelos práticos de promoção da saúde.

A relação entre saúde e educação é alinhavada por meio de uma retomada da trajetória dos mais destacados trabalhos acadêmicos desenvolvidos através de experiências e estudos de caso. Os programas de saúde requerem a aplicação de modelos teóricos comportamentais, incorporados aos modelos educacionais, promovendo-se o encontro dos saberes e um diálogo multidisciplinar. Espaços interdisciplinares e práticas transversais no campo da promoção de saúde, acabam por favorecer a elaboração de novos discursos médicos e acadêmicos, compatíveis com as demandas de uma sociedade em constante mudança.

A retomada de inúmeros programas de educação para a saúde, com o propósito de abordar criticamente os resultados respectivos se dá ao longo da construção de um texto, cujo ponto de chegada é a eleição de modelos e ou critérios capazes de sustentar programas mais robustos. O que está em jogo é a busca de estratégias e práticas educativas consubstanciadas na forma de programas de educação para a saúde, capazes de abranger todos os determinantes da saúde, proporcionando condições sociais e ambientais para que uma nova atitude seja adquirida e incorporada pelos indivíduos.

Todas estas discussões e considerações formuladas culminam na eleição do modelo *PRECEDE-PROCEED*, criado por Lawrence Green e Marshall Kreuter, cujo objetivo é orientar o planejamento de programas de promoção de saúde, estruturar e avaliar práticas educativas que visam o aumento do estado de saúde do indivíduo. Propõe-se a acessar o conhecimento individual e coletivo sobre os diversos determinantes de saúde e

facilitar a adoção de mudanças permanentes de comportamento que favoreçam a saúde e o bem-estar, por meio de uma perspectiva multidisciplinar.

A fase inicial do *PRECEDE* abarca a relação recíproca entre estado de saúde, qualidade de vida e condições sociais, e propõe-se a identificar e avaliar os indicadores sociais que têm impacto sobre o bem estar da população alvo, bem como os domínios da qualidade de vida, sob a ótica do próprio indivíduo. A avaliação epidemiológica, segundo passo do modelo *PRECEDE*, visa identificar, de forma objetiva, problemas específicos de saúde que estão associados com a qualidade de vida e o estado de saúde da população alvo. A fase de avaliação comportamental e ambiental do esquema *PRECEDE* objetiva identificar os aspectos comportamentais e ambientais, considerados como fatores e condições de risco, que contribuem para a ocorrência dos problemas de saúde inventariados na fase anterior. A avaliação educacional e ecológica, quarto passo deste modelo, tem como objetivos determinar os fatores relacionados com as condições comportamentais e ambientais que influenciam a saúde e a qualidade de vida da população e identificar quais fatores requerem mudanças para iniciar ou sustentar alterações comportamentais e ambientais que favoreçam a saúde. A classificação e a categorização dos determinantes que geram impacto direto na percepção de saúde e qualidade de vida dos indivíduos são acompanhadas pela identificação das prioridades e os objetivos do programa de promoção da saúde. O modelo *PROCEED* engloba a implementação do programa com base nos dados levantados pelas fases do *PRECEDE*, e a avaliação do processo e dos resultados das práticas através da análise da saúde e da qualidade de vida dos sujeitos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. SAÚDE: CONCEITOS E DETERMINANTES

O conjunto homem, ambiente e trabalho, bem como a sua complexa rede de inter-relações são elementos essenciais na análise de saúde. Neste contexto, devemos pensar: o que é saúde? Sem a pretensão de esgotar esta discussão, partimos do pressuposto de que saúde é um conceito amplo, em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos.

Uma abordagem cronológica acerca do significado de saúde nos revela vários sentidos. “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (Leriche, 1936 citado por Serpa Jr.). Na proposição da Organização Mundial da Saúde, o conceito de saúde é o completo estado de bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades. Esta concepção amplia o processo de adoecer, considerando saúde como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade (Teixeira, 2002). Entendemos a saúde como um fenômeno dinâmico com características individuais e coletivas, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Assim, defendemos a autonomia conceitual dos indivíduos sobre sua saúde, acreditando que o entendimento sobre esta é relacionado às suas raízes tradicionais e suas experiências de vida. Saúde é “o contínuo agir do homem frente ao universo físico, mental e social em que vive sem regatear um só esforço para modificar, transformar e recriar aquilo que deve ser mudado” (Ferrara, 1976).

Em 1978, na Conferência Internacional de Alma Ata, representantes de organizações dedicados à saúde, propõem que a saúde seja concebida como "um

direito humano fundamental" e assumida como uma meta mundial. No Brasil o movimento da reforma sanitária, cuja principal bandeira era democracia - considerada imprescindível para uma sociedade saudável - marcou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Este institucionalizou a "saúde como direito de todos e dever do Estado".

Esta definição resultou do desenrolar de décadas de discussões, não se apresenta delineada como um significado estático ou restrito e revela um processo de politização do conceito em consonância com os organismos internacionais. No entendimento do Ministério da Saúde explicita-se que "saúde e doença são conceitos que se modificam através do tempo e da história das civilizações" (BRASIL, 2002b). A partir dessa consideração, o pressuposto norteador assenta-se no princípio de que as concepções desenvolvem-se e evoluem de acordo com o contexto social vivenciado pelas pessoas e com as mudanças relacionadas às necessidades de saúde de cada grupo de pessoas. Estão inseridos aí a vivência cotidiana dos indivíduos, as formas diferenciadas das experiências e trocas culturais, sobressaindo, portanto, o caráter da especificidade dos grupos.

Esta asserção pauta-se na ampliação conceitual mantida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que evidencia que a saúde é a resultante da influência dos fatores sócio econômico-culturais: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

A partir desta proposição de significado passa a imperar a noção de que a saúde não é tão somente a ausência de doença, introduzindo-se no campo conceitual a interferência dos vários fatores da vida cotidiana e um conjunto de políticas públicas direcionado às necessidades da população, extrapolando,

portanto, a esfera de um segmento político. Valla e Stotz (1994) observaram que a saúde “(...) depende do quadro de condições de vida e de trabalho da população, que é aquela que demanda os serviços de saúde e demais serviços sociais públicos”. A busca de uma relação harmoniosa que nos permita sobreviver e viver com qualidade é uma boa tradução para tal conceito. Relação que não pode prescindir de relações cidadãs com o Estado e que exige, sobretudo, extremo respeito à natureza e à vida, orientado por uma consciência prospectiva de apropriação e uso dos espaços vividos. Estas relações traduzem a incorporação de sentidos outros dispostos na edificação do significado de saúde em seu caráter mais abrangente e dinâmico.

A atual concepção é contemplada pela Lei Federal Brasileira nº. 8080, cujos dispositivos propõem que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes 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. Desta forma, o “viver bem”, em toda sua gama de dimensões, constitui o resultado da ação direta das interações do homem com seu espaço físico e social. O ambiente no qual o sujeito vive suas relações familiares, sociais, produtivas e educacionais são capazes de favorecer e influenciar seu estado de saúde e suas demandas por melhores condições de vida submetem-se às políticas públicas.

Condições mais agudas de vida face às estruturais mudanças da economia, da ciência e tecnologia, e do crescente e desorganizado processo de urbanização, e às seletivas demandas por transporte coletivo, educação, moradia, terra, trabalho e lazer, passaram a imprimir novos significados à saúde, à qualidade de vida e aos aspectos ambientais. Os homens são confrontados pelos imperativos do campo da ecologia e deles exige-se percepção ambiental, conhecimento e consciência do

espaço vivido, melhoramento das relações sociais e diálogo ambiental para o desenvolvimento espacial solidário. Em contraponto, implementaram-se subdivisões no rol internacional de doenças, estas agora nuançadas pelas novas condições de vida e de trabalho da população.

O ponto culminante de todo este conjunto de mudanças que afeta as sociedades contemporâneas, particularmente aquelas nuançadas pelos processos de trabalho, se traduz em uma demanda coletiva por saúde e qualidade de vida, e na ênfase da participação do indivíduo como cidadão e agente do processo de mudança. Considerar e compreender este homem nas sociedades pós-modernas, cuja carga cultural é seu principal bem, sua inserção nos novos mundos do trabalho, suas condições gerais de vida e de ambientação, suas sociabilidades e formas de sobrevivência estão entre os grandes desafios das políticas públicas e das práticas que objetivam melhoras no campo da saúde e da qualidade de vida.

2.2. QUALIDADE DE VIDA: ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE

A edificação dos sentidos do termo qualidade de vida, assim como o entendimento do conceito de saúde, é um processo que transcende as últimas décadas e solidifica-se nos campos das diversas áreas do saber, como as ciências sociais e médicas, a economia, psicologia e arquitetura, entre outras. Apesar de a expressão qualidade de vida naturalizar-se nas sociedades contemporâneas, os arranjos discursivos revelam apropriações díspares de sentidos, o que acaba por revelar seu caráter subjetivo e a ausência de consenso sobre seu significado.

A compreensão de qualidade de vida, no sentido pleno da expressão, requer um pressuposto essencial assentado na necessidade de abarcar as múltiplas

dimensões de vida do ser humano, como a vida no trabalho, a vida familiar e a vida na sociedade, a espiritualidade, sonhos, desejos e perspectivas dos indivíduos. Este viver, onde estão conjugados os aspectos objetivos e subjetivos, rotulado por uma concepção holística, deve se constituir no alvo das atenções daqueles que se debruçam em explicações constitutivas de conceitos sobre qualidade de vida.

Um re-visitado na literatura pertinente nos leva na direção de estudos considerados clássicos sobre o objeto em questão. Para Walton (1973:11) “A expressão Qualidade de Vida tem sido usada com crescente frequência para descrever certos valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico”.

Na concepção de Lipp (1994:13): “Qualidade de vida significa muito mais do que apenas viver (...) Por qualidade de vida entendemos o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde (...) O viver bem se refere a ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas”. A qualidade de vida de um país ou região tem sido preocupação de economistas cujas análises recorrem ao conceito de renda per capita. Com o propósito de abranger o nível de desenvolvimento social, instituíram o conceito de nível de vida ou padrão de vida, buscando abranger os aspectos econômicos e de desenvolvimento sócio-cultural.

Na visão de Rios (1994), a qualidade de vida se relaciona com o bem-estar através de várias dimensões como: saúde, nível de educação, situação econômica, relações sociais e familiares, moradia, atividades recreativas, auto-estima, crenças religiosas, autonomia, domínio ambiental, metas na vida e grau de desenvolvimento pessoal. Seus estudos se concentram no campo da Psicologia e ali a qualidade de

vida se traduz na promoção da saúde e na prevenção do sofrimento humano. Para Riaño, citado por Marques (1996), a qualidade de vida não se reduz a um sentimento de satisfação ou bem-estar pessoal. Mais que isso, ela é uma valorização que a pessoa faz desses aspectos e de outros que considera importantes na sua vida atual e de forma global, de sua vida completa.

Nesta direção, os níveis conceituais conheceram graduações, o que significa dizer que foram incorporados elementos que abarcam desde desfrutar de liberdade, desenvolver iniciativa, cultivar habilmente as relações sociais, estar satisfeito, apresentar escassas moléstias psicossomáticas, ingerir pouca medicação, não estar doente, possuir uma boa profissão, ter um bom emprego e encontrar sentido na vida, até a satisfação de todas as necessidades individuais do ser social.

Em apresentação no 2º Congresso de Epidemiologia, Netto (citado por Minayo, 2000) relaciona qualidade de vida com a existência de condições mínimas para que os sujeitos possam desenvolver ao máximo suas potencialidades, entre elas viver, amar, trabalhar, produzir bens, serviços, ciências e artes.

Qualidade de vida, segundo Minayo (2000), é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Segundo a autora, abrange diversos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade, dentro de um contexto histórico, social e cultural. Pode ser vista também em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade (Martin e Stockler, 1998, citados por Minayo, 2000).

É um conceito que envolve aspectos objetivos, como renda, trabalho, moradia, condições de saúde e bens materiais, e subjetivos, como inserção social, auto-estima, motivação e realização pessoal. É o conjunto destes fatores que

proporciona ao sujeito a percepção de conforto, bem estar e satisfação com o seu viver.

No campo das ciências médicas, contudo, esta expressão é utilizada de forma reducionista, quando relacionada especificamente às condições e ao estado de saúde da comunidade, sendo avaliada por valores psicométricos, estatísticos e econômicos, a partir de situações de lesões físicas e biológicas (Minayo, 2000). Neste contexto, saúde e qualidade de vida são tidas como sinônimos, desconsiderando-se outros aspectos que envolvem a percepção de qualidade de vida de cada indivíduo.

Bullinger (1993) considera que o termo qualidade de vida inclui uma variedade maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde e as intervenções médicas.

A preocupação com um conceito de qualidade de vida de caráter mais abrangente refere-se a um movimento no interior das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Fleck, 1998). Tal proposição advém da própria definição de qualidade de vida concebida pela Organização Mundial de Saúde. Nesta perspectiva ela é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, que vão além das alterações fisiopatológicas das doenças e se estendem à reflexão acerca das possibilidades do exercício do ato de curar.

2.3. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

As atenções dispensadas à tríade homem, ambiente e trabalho resultam dos estudos realizados a partir das últimas décadas do século XIX e dos fortes impactos do processo de globalização da economia observados ao longo século seguinte. As mudanças nos sistemas e organizações do trabalho, as novas inclusões tecnológicas e a competitividade do mercado ressaltam o trabalho como meio e lugar onde as relações humanas se desenrolam.

Neste novo contexto, ao considerarmos o trabalho e seu ambiente como parte integrante da vida, fonte de satisfação e realização pessoal, ou como fonte de desprazer e elemento ativo no processo do adoecer, intensifica-se a busca pela qualidade de vida no trabalho (QVT). A modernização dos postos de trabalho e a busca pela produção qualificada instituem uma nova relação homem/trabalho, gerando como consequência novos riscos para a saúde e a qualidade de vida do indivíduo.

O esforço envidado na construção conceitual da expressão “qualidade de vida no trabalho” foi marcado nas últimas décadas por transversalidades de enfoques e abordagens. Durante os anos sessenta do século XX, a definição reinante enfatiza a reação do trabalhador frente às experiências do trabalho, enquanto que, na década de setenta, as melhorias das condições e ambientes de trabalho, visando satisfação e produtividade, são pontos constituintes centrais (Rodrigues, 1991, citado por Lacaz, 2000). Ao longo da década de 80, o conceito de QVT passa a englobar a excelência organizacional e o conceito de qualidade total. O tema Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) vem ganhando destaque paulatino destaque nas publicações sobre Administração e Psicologia do Trabalho,

coincidindo com a divulgação das modernas técnicas administrativas voltadas para o alcance da Qualidade Total.

Os programas de qualidade total, implementados no Brasil a partir dos anos noventa, têm um alvo mais preciso. Busca-se qualificação da mão-de-obra e maior participação dos trabalhadores nas decisões da vida profissional, acarretando-lhes a transferência da responsabilidade na produtividade. A cobrança individual e da sociedade pela qualidade dos bens produzidos atinge diretamente o trabalhador, gerando, no limite, conseqüências para a saúde física e mental (Oliveira, 1997).

Devemos ter em conta, segundo Ciborra e Lanzara que a qualidade de vida no trabalho é “determinada por fatores psicológicos, como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade que os trabalhadores podem desfrutar” ou, (...) “por fatores organizacionais e políticos, como a quantidade de controle pessoal sobre o posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercer sobre o ambiente circundante a partir do seu posto de trabalho” (Ciborra e Lanzara, 1985, citados por Lacaz, 2000). Neste sentido, evidencia-se de forma clara a relação do conceito de qualidade de vida do trabalho com a capacidade de adaptação do homem às máquinas e ao ambiente físico e psicossocial do trabalho, bem como com a produtividade organizacional e o desenvolvimento de competências pessoais.

Nas modernas sociedades industriais este conceito transita entre as questões da motivação e satisfação do trabalhador, condições do ambiente de trabalho e segurança, garantia à saúde e acesso aos serviços de saúde e o clima organizacional do local de trabalho. Segundo Fernandes, (1996 citado por Conte, 2003), a qualidade de vida no trabalho defini-se como a gestão ampla e dinâmica dos fatores que afetam a cultura e o clima organizacional, entre estes os físicos,

tecnológicos e psico-sociais, gerando bem estar no trabalhador e aumento da produtividade das empresas.

Entende-se a interação do sujeito com o local de trabalho e com o “ato trabalhar” e suas conseqüências, positivas e negativas, como sendo elementos essenciais na análise da saúde e da qualidade de vida. A intensificação da carga de trabalho, do ritmo de trabalho, somada às evoluções tecnológicas e à imposição qualidade/produtividade, afetam de maneira considerável a vida e a saúde dos trabalhadores, em todos os aspectos, quer físicos, mentais ou sociais.

2.4. PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES E PRÁTICAS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O estágio atual das sociedades contemporâneas, a compleição do homem trabalhador forjado em processos de trabalho submetidos aos imperativos da qualidade e da quantidade, da gerência e da eficiência, o desenvolvimento científico e tecnológico, a degradação do meio ambiente, a ruptura do equilíbrio entre homem e natureza, os novos componentes demográficos têm aguçado a consciência do nexos existente entre ambiente e saúde. Do mesmo modo, têm revelado os desafios colocados a uma nova educação e à promoção da saúde em suas inter-relações, que envolvem mudanças profundas em valores sociais e atitudes, implicando compromissos de longo prazo com um processo amplo de transformação da sociedade.

A esta realidade se contrapõe o modelo biomédico positivista, ainda vigente na nossa sociedade, que analisa o binômio saúde/doença através de uma ótica linear, a partir de uma relação de causa e efeito, direta e única, entre os agentes

etiológicos e as doenças. Este modelo monocausal prioriza a idéia da etiologia específica, assentado na concepção da relação unívoca da doença com fatores biológicos (Pondé, 2003), passando ao largo dos fatores culturais e sociais que envolvem o processo de adoecer.

Esta análise fragmentada do sujeito compromete a prática médica empirista, revelando deficiências no enfrentamento do binômio saúde/doença, pois nega o caráter da singularidade de cada um no processo do adoecer. Dessa forma, o modelo biomédico, que tem inspirado as ações individuais e coletivas voltadas à saúde, é pautado por um etnocentrismo que desvincula a compreensão das doenças das relações sociais, dos processos simbólicos (II Fórum Social Mundial, 2002) e das múltiplas faces dos conceitos de saúde e qualidade de vida. O nível de abrangência de tais conceitos na literatura contempla elementos que extrapolam os aspectos físicos, e evocam a importância das interações sociais e ambientais, hábitos de vida, crenças e valores culturais de cada indivíduo e tendem a superar aquele anacronismo de sentidos.

O termo promoção da saúde foi definido pelo ministro da saúde do Canadá, Marc Lalonde, em documento oficial conhecido como Informe Lalonde (1974). Por meio deste relatório, Lalonde propõe a discussão dos planos de ação das políticas públicas saudáveis com base nos seguintes determinantes de saúde: (1) estilo de vida, (2) aspectos biológicos, (3) ambiente e (4) serviços de saúde. A ação de promover a saúde, abarcando seu mais amplo sentido, surge com a intenção de contrapor uma abordagem mais estruturalista ao modelo biomédico, e sob esta ótica a prevenção e o tratamento das doenças, assim como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável requerem medidas de foco ambiental, econômico, sócio-cultural e legislativo para a sua efetivação (Souza, 2004).

Nesta mesma direção, Green (1979) argumenta que a promoção da saúde requer a combinação de práticas educativas e intervenções políticas, organizacionais e econômicas estruturadas para o alcance dos objetivos visados e, sobretudo, facilitar mudanças no comportamento dos indivíduos e no ambiente. Enfatiza, desta maneira, a necessidade de elaboração de intervenções planejadas, fundamentadas em conceitos teóricos, que focalizam não apenas o aumento do conhecimento do indivíduo, mas, também criam condições ambientais e organizacionais para que mudanças que favoreçam a saúde aconteçam.

A articulação entre saúde e qualidade de vida, permite identificar o desenvolvimento da promoção da saúde como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas pretensamente integradoras para o binômio. O conceito moderno de promoção da saúde tem seu surgimento e desenvolvimento marcado em décadas recentes no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Uma série de importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas ao longo de duas décadas - em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991), Jacarta (WHO, 1997), Cidade do México (WHO), Bangkok (WHO, 2005). Nelas desenvolveram-se as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, o tema foi introduzido formalmente no contexto por meio da Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992).

Adquirem novos significados os referenciais e instrumentos de promoção da saúde que assumem a percepção de saúde como resultante de fatores biológicos, ambientais, sociais e comportamentais, consoante às novas tendências impressas pela ação de agências, organismos e instituições internacionais comprometidas com a saúde global. Desta maneira, ganham relevância e novos contornos as propostas

de pesquisas e ações, cujo âmbito privilegia práticas e políticas inovadoras favoráveis à saúde e à qualidade de vida do indivíduo.

A partir de então, tornam-se correntes as propostas de promoção da saúde que têm como enfoque central uma visão integral do processo saúde e doença, entendendo este como um campo complexo, que envolve diversos olhares e diferentes intervenções (Teixeira, 2002). Elege-se como finalidade atuar sobre os diversos determinantes do estado de saúde, como os políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, proporcionando os meios que permitam à população desenvolver ao máximo o seu potencial de saúde (WHO, 1986). A saúde vive e se cria na vida cotidiana. É resultado do cuidado que cada um dispensa a si mesmo e aos demais. É a capacidade de tomar decisões, controlar a própria vida e assegurar que a sociedade ofereça a todos os seus membros a possibilidade de ser saudável (WHO, 1986). Para isso abre-se a necessidade de ações renovadas que promovam saúde, proporcionando transformações focadas não só no comportamento e hábitos de vida do sujeito, mas também no ambiente físico, cultural, social, econômico e político de uma comunidade.

A adoção da Declaração de Alma-Ata (WHO,1978), na década de 1970 foi um marco importante no movimento Saúde para Todos. Fundamentada no reconhecimento da saúde como objetivo social fundamental, a Declaração estabeleceu uma nova direção para a política de saúde, enfatizando o envolvimento das pessoas, a cooperação entre setores da sociedade e os cuidados primários com a saúde como princípios.

Em 1986, ocorre à primeira Conferência sobre Promoção da Saúde, culminando na produção de um relatório oficial denominado *Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO,1986). Neste, a Organização Mundial da Saúde conceitua

promoção da saúde como processo de capacitação das pessoas para melhorar o controle sobre o estado de saúde, mostrando que a participação ativa e voluntária do indivíduo, tomando a responsabilidade por suas condições de saúde e doença, são elementos chave para o sucesso de tais intervenções. Para que seja possível alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, é necessário que o sujeito ou o coletivo sejam capazes de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (WHO, 1986). O espírito de Alma-Ata foi mantido na *Ottawa Charter for Health Promotion*. A Carta assume o desafio de uma mudança através de nova saúde pública, reafirmando a justiça social e equidade como pré-requisitos para a saúde, e amparo e mediação como processo para seu alcance.

Este documento almeja novos rumos para as políticas públicas, tomando mais amplo o leque de requisitos para saúde: a educação, a moradia, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade, ratificando, portanto, a complexidade do processo saúde/doença. Institui, também, cinco campos para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, promoção de meios favoráveis à saúde, desenvolvimento de aptidões individuais, reforço da ação comunitária e a reorganização dos serviços sanitários.

No mesmo ano, esta formulação ganhou a adesão de Nutbeam (1986), que propôs ampliação de seu sentido, destacando a relevância de promovermos mudanças na comunidade na qual o indivíduo se insere, considerando as interações deste com a sociedade, com o ambiente e com toda rede econômica e política. Concebe, portanto, a promoção da saúde como um largo processo de capacitação, que envolve não apenas os indivíduos, mas, sobretudo, a comunidade para

aumentar o controle sobre os determinantes de saúde, tais como os fatores sociais, econômicos, físicos, ambientais e culturais.

A Conferência de Adelaide (WHO, 1988), fiel aos propósitos dos encontros anteriores, alçou para o centro das discussões as políticas públicas voltadas para a saúde, cujo principal propósito é criar um ambiente social e físico adequado, que possibilite aos indivíduos desenvolverem vidas saudáveis. Para o sucesso desta meta, faz-se necessário a integração dos diversos setores governamentais, como agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação, devendo estes considerar saúde um fator essencial e serem responsabilizados por suas decisões políticas e econômicas. A Declaração de Adelaide também advoga o compromisso da saúde pública global, tomando como base as alianças e a cooperação entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, internacionalizando, portanto, as ações.

A próxima Conferência sobre o tema - *3rd Global Conference on Health Promotion: Sundsvall, realizada em 1991* (WHO, 1991), elegeu como objetivo central a discussão da relação interdependente entre saúde e meio ambiente, precedendo a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente (Rio/92). As dimensões físicas, sociais, espirituais, econômicas e políticas do meio, no qual os indivíduos vivem, devem ser analisadas para o desenvolvimento da saúde no contexto do denominado ambiente sustentável. Assim, o caráter da sustentabilidade do meio ambiente foi um dos aspectos inovadores do encontro. A criação de ambientes favoráveis à saúde, requer algumas estratégias e entre elas são indicadas: o fortalecimento das ações comunitárias, a capacitação individual e coletiva para melhora do controle sobre a saúde e o ambiente, a construção de alianças entre os campos da saúde e do meio

ambiente e a mediação dos conflitos de interesse da sociedade, como forma de garantir a igualdade de acesso ao ambiente favorável à saúde. Os participantes desta Conferência reconhecem, também, a educação como direito humano básico, considerada elemento chave para que ocorram as mudanças necessárias no âmbito econômico, político e social, tornando a saúde uma possibilidade para todos (WHO,1991). O pressuposto norteador é o de que não há meios para manter ou melhorar a qualidade de vida dos indivíduos sem que ocorram mudanças nas atitudes e no comportamento da sociedade com relação ao cuidado e à preservação do ambiente.

Nesta linha de argumentos, Labonte e Little (1992), entendem como promoção da saúde qualquer atividade ou programa projetado para melhorar condições de vida, social e ambiental. Desta forma, ratifica-se que a consolidação desta proposta requer não só o envolvimento dos indivíduos e da comunidade. Mais que isso, exige a associação entre diferentes práticas educativas e o suporte econômico, organizacional e político e intervenções que visam mudanças positivas, tanto comportamentais quanto ambientais, para que haja a melhora do bem estar e do estado de saúde.

As nações latino-americanas, movidas por objetivos de definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios e estratégias para melhora da saúde dos povos latinos, reuniram-se na Colômbia, em 1992. A Declaração de Santa Fé de Bogotá (OPAS, 1992) assume a relação mútua entre saúde e desenvolvimento, tomando como desafio para a promoção da saúde a conciliação dos interesses econômicos e sociais e a luta pela solidariedade e equidade social, condições tidas como indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. Reforça, ainda, as estratégias de promoção da saúde adotadas

pela *Ottawa Charter for Health Promotion*, incorporando as propostas de: impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças e atitudes, transformar o setor saúde colocando em destaque a estratégia de promoção da saúde e convocar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade (OPAS, 1992).

Para Gutierrez (1994, apud Gutierrez, M. et al., 1997), promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo.

O chamado para a promoção da saúde no século XXI ocorre através da [4th Global Conference on Health Promotion: Jakarta](#) (WHO, 1997). Apresenta como metas a reflexão do tema promoção da saúde, revisão dos determinantes da saúde e identificação das direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no novo século. Reafirma saúde como direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, reconhecendo cada vez mais a promoção da saúde como elemento primordial para o desenvolvimento da saúde.

The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century destaca como prioridades: a promoção da responsabilidade social para com a saúde, o aumento dos investimentos na área da saúde, a consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde entre os setores público e privado, a intensificação da capacidade comunitária e de tomada de decisão individual e a garantia da infra-

estrutura para a promoção da saúde (WHO, 1997). Os pontos relevantes desta conferência referem-se às formas de ação da promoção da saúde, que devem modificar estilos de vida, condições sociais, econômicas e ambientais que determinam à saúde. Afirma a combinação das cinco estratégias apontadas na *Ottawa Charter for Health Promotion* e reconhece que é mais efetiva do que os enfoques segmentados. Para tanto, recomenda a essencial participação ativa das pessoas, bem como o acesso à instrução e à informação, necessário para garantir a participação eficaz e o direito de voz da sociedade.

A expressão “localidades para saúde”, traduzida do termo “*settings for health*”, pode ser definida como o local ou o contexto social do qual o sujeito faz parte e realiza suas atividades diárias, onde os fatores pessoais, ambientais e organizacionais interagem e afetam o estado de saúde e bem-estar (Nutbeam, 1998). Representam a base organizacional da infra-estrutura necessária para a promoção da saúde (WHO, 1997). Como exemplos de lugares ou cenários para a promoção da saúde, inserem-se escolas, locais de trabalho, bairros, hospitais ou cidades.

No ano 2000, na Cidade do México, ao se realizar a *5th Global Conference on Health Promotion* (WHO, 2000), são propostos como objetivos específicos: mostrar como a promoção da saúde modifica a qualidade de vida, em especial dos que vivem em condições adversas, colocar a questão da saúde no topo das agendas das agências internacionais, nacionais e locais, e estimular as parcerias para a saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis da sociedade.

Entre as idéias apresentadas na *Mexican Declaration* destaca-se o reconhecimento da promoção da saúde e do desenvolvimento social como dever e

responsabilidade do governo e da sociedade (WHO, 2000). Além disso, constata a necessidade urgente de abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Propõe que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca da equidade e melhor saúde para todos.

No Brasil, a conceituação do termo promoção da saúde conheceu consideráveis avanços nas últimas décadas, em boa medida, pela coincidência de propósitos com a reforma sanitária e a consolidação do processo democrático (Zancan, 2004). A lei federal 8.080, em vigor desde 1990, aloca no Estado o dever de garantir a saúde, e cobra dele a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução dos riscos de doenças e, estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Duas revisões recentes, publicadas simultaneamente (Minayo, 1995; Monteiro, 1995), exploram diversas dimensões do tema saúde e qualidade de vida no Brasil e são norteadoras para a questão.

Também no âmbito nacional, merece destaque a parceria selada entre a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Entre os propósitos iniciais constavam a relação entre a teoria, a pesquisa e o ensino em promoção da saúde com a prática da saúde pública, bem como o fortalecimento e expansão dos ensinamentos e ações de promoção da saúde já existentes na ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz (Zancan, 2004). Além disso, através dos Congressos de Epidemiologia e Saúde Coletiva da Abrasco, houve a possibilidade de aproximar os centros de pesquisa e núcleos de saúde pública do país, dando início a um novo projeto denominado Ação Intersetorial para a Saúde.

Esta proposta tem como ponto central a ação do setor da saúde na implementação de políticas de desenvolvimento local que influenciem positivamente a saúde e a qualidade de vida, a redução das desigualdades sociais e a criação e avaliação de intervenções voltadas aos determinantes sociais da saúde. O projeto possibilita também a ação conjunta de municípios, através da sistematização, disseminação e produção de conhecimento sobre estratégias de desenvolvimento local e promoção da saúde no Brasil (Zancan,2004). Como integrantes desta iniciativa, podemos citar as cidades de Campinas, Curitiba, Itambé, Sobral, Goiânia e Manguinhos (Zancan,2004).

Em 2002, ocorre em São Paulo, a terceira Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (OPAS, 2002), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil, tendo como tema central a “Visão Crítica da promoção da Saúde e Educação para Saúde: Situação Atual e Perspectivas”. Entre os objetivos da Convenção constavam estimular e desenvolver a adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde e educação para saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos orientados para a universalidade e a equidade no acesso aos direitos fundamentais e sociais da região.

2.5. PROMOÇÃO DA SAÚDE E TRABALHO

Entre as prioridades de ação para promoção da saúde abordada pela Declaração de Jacarta (WHO, 1997), destaca-se a importância das localidades para saúde. O contexto físico ou social ao qual o indivíduo pertence, torna-se uma ferramenta relevante para a implementação de estratégias que visam saúde e

qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o ambiente de trabalho pode ser considerado, não só, um dos mais importantes locais que interferem no bem estar físico, mental, econômico e social dos trabalhadores, dos seus familiares e da sociedade, mas, também, é tido como meio para as práticas da promoção da saúde. O local do trabalho é visto como uma fonte de informações constantes que reforçam as atitudes dos indivíduos, favorecendo e promovendo mudanças positivas em seu comportamento.

A promoção da saúde no local de trabalho pode permitir um equilíbrio dinâmico e flexível entre as metas organizacionais e as necessidades de saúde dos empregados, o que é essencial e desejável para uma organização de trabalho no mundo moderno e um pré-requisito para o desenvolvimento econômico e social (Chu, 2000). O conceito de promoção da saúde no local de trabalho torna-se relevante a partir do momento que as organizações reconhecem que o sucesso na era da globalização depende de uma força de trabalho saudável, qualificada e motivada (WHO, 1994).

Na década de setenta, as ações no local de trabalho limitavam-se a uma doença ou fator de risco específico, tendo como foco o indivíduo, seu comportamento e estilo de vida. Os determinantes ambientais, sociais e organizacionais não eram considerados pelos programas de promoção da saúde no trabalho (Poland, 2000; Chu, 2000). Embora se verificasse uma redução das tradicionais doenças ocupacionais - como diminuição de intoxicação por substâncias químicas e redução das demandas físicas no trabalho – concomitante ao aumento da segurança dos equipamentos e dos ambientes de trabalho, - muitas outras desordens físicas, psicológicas e psico-sociais continuavam elevando o índice de lesões dos trabalhadores (Poland, 2000; Nicoletti, 2005).

Os programas desenvolvidos nos anos oitenta ofereciam uma ampla gama de intervenções que visavam os diversos fatores de risco associados à saúde do trabalhador (Chu, 2000), encorajando atitudes individuais saudáveis, aumentando o conhecimento e desenvolvendo habilidades, através de práticas educativas. Porém, o foco continuava sendo as mudanças de comportamento e hábitos de vida dos trabalhadores, desconsiderando as condições que geravam determinadas atitudes (Poland,2000).

Apesar das ações objetivando mudanças no estilo de vida apresentarem resultados positivos, a melhora do estado de saúde não necessariamente ocorre, pois a percepção de saúde e bem estar envolve determinantes sociais, econômicos e ambientais, que ultrapassam as fronteiras do local de trabalho. Além disso, quando não há intervenção no contexto social e cultural que molda o comportamento de cada indivíduo, as modificações no estilo de vida acontecem apenas dentro de um curto prazo de tempo (Poland, 2000).

Na última década, as propostas de promoção da saúde em locais de trabalho adquiriram um caráter multidisciplinar, integrando os aspectos organizacionais e ambientais aos fatores de riscos individuais (Chu, 2000). Estas intervenções demandam processos democráticos estruturados e têm como base de ação a participação dos trabalhadores e dos gerenciadores, a visão global dos determinantes de saúde, interno e externo ao ambiente de trabalho, metas de atenção à saúde que são prioridades para os trabalhadores e que apresentam dados epidemiológicos significativos, profissionais especializados agindo como facilitadores do processo e avaliações periódicas do programa (planejamento e implementação) e de seus resultados (Poland, 2000).

Para que a aplicação prática dos programas de promoção de saúde nos “*settings*” ocupacionais torne-se uma realidade, é indispensável refletirmos sobre possíveis barreiras e dificuldades geradas pelos diversos níveis de uma organização. Nicoletti (2005) destaca que o envolvimento da alta direção da organização depende de propostas de ação fundamentadas em princípios científicos, psico-sociais e econômicos, assim como a necessidade de conscientização dos trabalhadores para que estes assumam a parcela de responsabilidade na luta por melhores condições de saúde. Neste contexto, a elaboração e implementação de tais práticas devem considerar também as crenças e interesses que englobam os conceitos de doenças ocupacionais, possibilitando resultados positivos na saúde e na qualidade de vida do trabalhador (Nicoletti,2005).

O ambiente de trabalho saudável deve ser capaz de proporcionar condições físicas, psicológicas, sociais e organizacionais para a maioria das pessoas envolvidas dentro de uma organização, capacitando-as a aumentarem e melhorarem o controle sobre o próprio estado de saúde. Tem como objetivos gerar um ambiente saudável e seguro para o trabalho, garantir a promoção e a proteção da saúde, como parte integrante das práticas gerenciais, encorajar estilos de vida saudáveis e assegurar a participação de toda a organização nas ações em favor do bem estar e qualidade de vida (WHO, 1999).

No cenário atual verifica-se que, apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos relacionados às condições de trabalho, como reformulação legislativa, organização da força de trabalho através dos sindicatos e avanços tecnológicos, aliados a um grande número de propostas e ações objetivando melhorias da saúde e da qualidade de vida do trabalhador, cem milhões de trabalhadores no mundo todo são vítimas de acidentes ocupacionais, como exposições a fatores de risco e

sobrecarga, sendo que duzentos mil morrem a cada ano (WHO,1994). Soma-se a esta realidade, o substancial aumento de fatores psico-sociais e sobrecarga mental, influenciando de maneira direta no desenvolvimento de novas doenças ocupacionais. Fazem parte deste novo contexto as desordens comportamentais e psicossomáticas, a hipertensão arterial, doenças isquêmicas do coração e as doenças respiratórias crônicas não-específicas (Mikheev, 1997).

Neste sentido, o documento *Self-reported Work-related Illness 2003/2004* (Long, 2004), mostra dados de uma pesquisa sobre percepção individual de doença, realizada na Grã-Bretanha com 2.233.000 trabalhadores que acreditavam sofrer de uma doença causada ou agravada pelo trabalho. As desordens musculoesqueléticas (problemas ósseos, articulares e musculares) foram as mais relatadas (n=1.108.000), seguidas pela categoria estresse, depressão ou ansiedade, relatada por um total de 557.000 trabalhadores. As seguintes categorias de doenças também foram citadas pelos participantes desta pesquisa: problemas respiratórios e pulmonares (n=183.000), problemas auditivos (n=81.000), doenças cardiocirculatórias (n=66.000), enxaqueca (n=37.000), problemas dermatológicos (n=31.000) e doenças infecciosas (n=28.000).

No Brasil, segundo o Dataprev (Ministério da Previdência Social, 2003), ocorreram 390.180 acidentes de trabalhos registrados, no ano de 2003, sendo que deste total, 21.208 foram classificados como “Doenças do Trabalho”. Dentro desta categoria, os diagnósticos mais freqüentes foram: sinovite e tenossinovite (n=6.140), lesões do ombro (n=2.231), perda de audição (n=2.003), transtornos do ouvido interno (n=1.387), dorsalgia (n=1.313) e mononeuropatias do membro superior (n=1094). Na região sudeste, registrou-se um total de 221.603 acidentes de trabalho neste mesmo período, sendo que 12.350 foram classificados como “Doenças do

Trabalho”. Novamente, o diagnóstico “sinovite e tenossinovite” ocorreu com maior frequência (n=3.847), seguido pelas lesões do ombro (n=1.296) e perda de audição (n=1207).

A relação das doenças descritas, em ambas as pesquisas, que afetam o sistema osteomuscular, integra um fenômeno denominado de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT). Definido como uma síndrome clínica, caracterizada por dor crônica e associada ou não por alterações anatomopatológicas objetivas em decorrência do trabalho (Brasil, 1998), esta forma de categorização das doenças ocupacionais é freqüentemente utilizada na prática médica e científica.

A reflexão crítica acerca desta denominação das doenças ocupacionais torna-se interessante quando analisamos relatos de autores como Bammer (1991) e Nicoletti (2005). Estes afirmam que, mesmo utilizando todos os recursos disponíveis na área da medicina, ergonomia e reabilitação, os sintomas descritos pelos indivíduos, que possuem diagnóstico de LER/DORT, muitas vezes, não apresentam relações com achados clínicos ou ortopédicos e que o comprometimento funcional avaliado não demonstra relação clara com o aspecto físico do trabalho, sendo influenciado também pela satisfação, medo, interações sociais e o clima organizacional.

Nesta direção, os programas de promoção da saúde, e dentro destes a educação para a saúde, ganham relevância como medida indispensável de atenção à saúde e à qualidade de vida do trabalhador, pois são capazes de intervir nas múltiplas dimensões do processo de adoecer. Estas dimensões englobam, não somente os aspectos físicos e psico-sociais relacionados ao ambiente de trabalho,

mas também os determinantes pessoais, econômicos, afetivos, ambientais e sociais que interagem com o indivíduo.

Inúmeros programas de promoção da saúde no espaço do trabalho foram desenvolvidos ao longo dos últimos anos, gerando mudanças positivas para o trabalhador e as organizações. Podemos citar o estudo longitudinal realizado por Bly (1986), avaliando o impacto destas ações na utilização e no custo da assistência médica entre os empregados da *Johnson & Johnson*, com tempo de seguimento de cinco anos. O grupo submetido ao programa para promoção da saúde apresentou menores índices de utilização e custo do serviço médico, redução dos custos hospitalares, dos dias de internação e admissões em centros médicos. O programa proposto foi oferecido gratuitamente, com a participação voluntária dos empregados e objetivava auxiliar os indivíduos a desenvolverem e manterem um estilo de vida saudável. Englobou não só práticas que favorecem mudanças específicas no estilo de vida, mas também modificações no ambiente do trabalho.

Preece et al, em 2000, relatam a experiência com o programa “*The Heartbeat Challenge*”, da Nova Zelândia, que utiliza estratégias individuais, ambientais e organizacionais para promoção da saúde no local de trabalho. Este programa visa desenvolver o compromisso de criar um ambiente no trabalho que possibilite melhoras na saúde e capacite o indivíduo a fazer opções saudáveis de vida. Os autores analisaram os resultados de 159 locais de trabalho que implementaram o programa, com relação ao uso do cigarro, atividade física e alimentação, com melhora de 70%, 60% e 73%, respectivamente.

Outro modelo prático de promoção da saúde no trabalho é a experiência da indústria automobilística *Volkswagem*, com sede em Wolfsburg, Alemanha. As ações, iniciadas em 1992, têm como bases a estrutura organizacional, modelo de

trabalho e a participação ativa dos empregados. Esta iniciativa traduz-se nos seguintes resultados: queda pela metade do índice de ausência no trabalho, desenvolvimento positivo do índice de frequência ao trabalho (95,8%, em 1996) e aumento do índice de saúde entre os trabalhadores (Chu, 2000).

Apesar dos exemplos positivos dos programas de promoção da saúde nos locais de trabalho, cabe ressaltar que estes devem ser construídos e planejados com base nos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, intrínsecos e extrínsecos ao ambiente de trabalho e as relações sociais e afetivas ali consolidadas.

2.6 PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA SAÚDE

2.6.1 EDUCAÇÃO PARA SAÚDE: UMA PROPOSTA TERAPÊUTICA

A partir do início da década de 1970, a produção acadêmica já registrara um crescimento exponencial de pesquisas que utilizam as intervenções educacionais como componentes de programas de assistência de pacientes (Mullen, 1985), nas mais diversas áreas da medicina, englobando desde a prevenção, até o controle de curto prazo das doenças e melhora de longo prazo da qualidade de vida (Padgett, 1988). Uma retomada da trajetória dos mais destacados trabalhos merece nossa atenção.

Em primeiro lugar, com relação à efetividade das práticas educativas para saúde, Mazzuca (1982), realizou uma meta-análise de 30 estudos controlados de pacientes com doenças crônicas submetidos a intervenções educacionais, avaliando a adesão ao regime terapêutico, progressos psicológicos dos pacientes e a melhora

dos resultados clínicos de longo prazo. Concluiu que a educação do paciente é efetiva no aumento de todas as variáveis estudadas. Os esforços para aumentar apenas o conhecimento do paciente raramente obtiveram sucesso. Os programas de orientação do comportamento, freqüentemente com atenção especial ao ambiente no qual o paciente estava inserido, foram consistentemente mais efetivos na melhora do curso clínico das doenças crônicas. Assim, as estratégias comportamentais foram mais efetivas quando comparadas com as estratégias didáticas isoladas no aumento da adesão do paciente e melhora dos achados clínicos (Mazzuca, 1982). Os artigos revisados mostram uma forte tendência em se analisar quantitativamente a efetividade dos programas através dos indicadores de saúde, além de nos indicar a necessidade de obter mudanças de atitudes para o sucesso de tais práticas.

Por sua vez, Mullen e colaboradores (1985), reportaram uma síntese quantitativa de 70 estudos publicados sobre a avaliação de programas educacionais para aumento do conhecimento, adesão ao tratamento e resultados clínicos em indivíduos com doenças crônicas. Os resultados encontrados demonstram fortes benefícios das intervenções educacionais no aumento do conhecimento, maior adesão ao regime médico e melhora nos resultados clínicos. As intervenções que se basearam nos princípios educacionais de reforço, feedback e individualização obtiveram efeitos mais fortes do que aqueles que não usaram estes princípios.

Padgett e colaboradores (1988), realizaram uma meta-análise de 94 estudos controlados, a fim de avaliar a efetividade das intervenções educacionais e psicossociais e fornecer estimativas quantitativas da relativa efetividade de tipos específicos de intervenções, visando o aumento do conhecimento, estado

psicológico, adesão e controle clínico em pacientes portadores de diabetes. Concluíram que as intervenções foram efetivas em todas as variáveis medidas, sendo que as medidas clínicas e o conhecimento foram mais afetados. Não houve diferença entre os tipos de intervenção, sendo que todas obtiveram efeitos positivos. Os resultados deste trabalho confirmam o crescente ponto de vista de que as intervenções educacionais e psico-sociais podem ser componentes efetivos dos programas de assistência ao paciente. As falhas encontradas nos estudos analisados foram: descrição inadequada dos estudos (modelo e características da população), incompleta descrição da intervenção (conteúdo, frequência duração, estratégia educacional, custo, local) e inadequada conceituação da intervenção. Além disso, não houve o propósito de verificar os referenciais teóricos dos programas, bem como as alterações do comportamento dos indivíduos participantes.

A década de 1990 registra o avanço nas considerações acerca da qualidade das intervenções como determinantes da efetividade das intervenções educacionais na promoção da saúde. Neste sentido, Kok, em 1997, com base igualmente em meta-análises, publicadas por Lipsey e Wilson e por Mullen, enfatizou os relatos acerca da qualidade das intervenções como determinantes desta efetividade, bem como a importância da implementação sistemática para obtenção de intervenções potencialmente efetivas. O mérito de tais avanços reside no realce das intervenções para a promoção da saúde na perspectiva de uma nova realidade científica de educação para saúde, o que gera a necessidade de freqüentemente ser avaliada sua efetividade.

Além disso, tem sido constatado que a aplicação sistemática das teorias das ciências sociais no desenvolvimento destas intervenções é um forte determinante da

sua efetividade. Entretanto, os princípios de aprendizagem, como a recompensa e o *feedback*, que revelam um aumento na efetividade, freqüentemente não são aplicados adequadamente. Assim, poucas intervenções focam a possibilidade de facilitar um comportamento desejado. Estes autores concordam que as intervenções de educação e de promoção da saúde podem ser efetivas, contudo, nem sempre elas o são. Uma das razões da ineficácia das intervenções é a falta ou uma implementação incompleta de intervenções potencialmente eficazes (Kok, 1997).

Este mesmo autor afirma que as intervenções em educação para saúde e promoção da saúde focando o comportamento, normalmente, baseiam-se nos seguintes modelos: problemas de saúde, comportamento perante os problemas (como determinante), determinantes do comportamento (psicossocial e ambiental), desenvolvimento e implementação das intervenções e avaliação. Evidencia-se assim uma análise epidemiológica, psicossocial e comportamental para o desenvolvimento e a implementação da intervenção. Além disso, o ambiente social e físico também é visto como um alvo importante das intervenções da educação para saúde: como determinantes dos problemas; como determinantes do comportamento e como parte integrante das intervenções (Kok, 1997).

Em estudo mais recente, Cooper e colaboradores (2001) analisaram os efeitos da educação de pacientes e suas implicações no tratamento educacional através da revisão de 12 meta-análises sobre o tratamento de doenças crônicas com intervenções de mudança de comportamento, publicadas entre 1982 e 1996. O resultado evidenciou a presença de falhas nestes estudos, concluindo pela necessidade de modelos de pesquisa rigorosos nesta área para explorar os efeitos quantitativos da educação do paciente, bem como, de explorar qualitativamente os processos pelos quais estes efeitos foram obtidos. Entre as falhas indicadas,

podemos incluir modelos metodológicos inadequados, tempo de seguimento curto, pobre descrição das intervenções educacionais aplicadas, e falhas na utilização de modelos teóricos. Os autores mencionados concluíram pela necessidade do emprego de bases teóricas de estratégias de ensino, as quais incluem táticas de mudança de comportamento que interferem em sentimentos e atitudes do paciente.

Em contrapartida, no Brasil, a ênfase em educação e saúde tem sido dada a partir de propostas isoladas, originadas em Instituições ligadas a profissionais da saúde, como odontólogos, médicos, psicólogos e educadores de modo geral, bem como de organizações comunitárias ou de organizações não governamentais, particularmente na área da saúde coletiva: educação para a saúde bucal, para a sexualidade, para o combate às drogas e à AIDS. Deve-se reportar a importância dos Parâmetros Curriculares dispostos pela Lei de Diretrizes e Bases, 1996, que passa a insistir nas transversalidades curriculares. Somente a partir daí, começam a surgir os primeiros cursos de especialização em “Educação e Saúde” e os primeiros grupos de pesquisas nas Universidades, em tal campo.

Grande passo foi dado. De emergentes, os grupos se transformaram em produtores de conhecimento em múltiplas áreas da saúde. Poderíamos destacar Lavinsky (1990), organizador de um programa de educação para a saúde, preparado pelos professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que busca auxiliar a população a gerenciar sua própria saúde.

Ao mesmo tempo, Marques e Gaya (1999) fazem um balanço da produção acadêmica sobre a questão, em Portugal e no Brasil, e evidenciam a prevalência de temas como atividade física, aptidão física e educação para a saúde e que tais temas são tratados na escola através da educação física – a busca é o *fitness*, deprecação motora e a saúde. Ainda, Maitino (1998), enfatizou, ao longo de toda a

sua tese, a pertinência de se discutir, no âmbito escolar, as possíveis relações existentes entre a atividade física e a saúde, além da adoção de estilo de vida comprometido com a saúde e com aderência na fase adulta.

Podemos salientar, por fim, os trabalhos desenvolvidos por Oliveira (1999) e Costa (2002), que avaliaram a efetividade dos programas educacionais estruturados em pacientes asmáticos. Ambos os estudos obtiveram melhora nas variáveis exploradas após a intervenção educacional, como melhora nas medidas clínicas, diminuição da morbidade, aumento do conhecimento e das habilidades para o manejo dos sintomas da doença.

Aposta-se, portanto, que a educação do paciente deve responsabilizar-se pelo início desta mudança dentro da área das ciências da saúde. A questão revela um processo de mão dupla: a educação do paciente resulta de um aprendizado sistematizado, onde a metodologia de ensino se associa às técnicas de mudança comportamental e ambiental, resultando tanto no conhecimento novo como em novas atitudes. Por outro lado, há um eficaz processo que culmina na participação ativa do paciente em seus cuidados de saúde, incidindo na efetividade do processo, o que pode nos levar a uma revisão conceitual do cuidado.

Ao analisarmos os trabalhos que integram a educação e a saúde, notamos que tais estudos apresentam como ponto comum utilização de estratégias desprovidas de embasamento nas teorias e princípios educacionais, nas ciências sociais e comportamentais, em epidemiologia e administração. Mais que isso, falham por não reconhecer, nem avaliar e intervir nos diversos determinantes de saúde. É importante ao considerarmos atentamente tais programas educativos nos voltarmos aos aspectos filosóficos, epistemológicos e metodológicos das diversas abordagens pedagógicas

nos diferentes espaços educacionais, tendo como objetivo maior elaboração de conhecimento de educação para a saúde, de modo crítico e reflexivo e que possa ser compartilhada com indivíduos e grupos da comunidade. Entendemos que este olhar reflexivo cobra de nós uma revisão dos paradigmas e das teorias educacionais contemporâneas. Acreditamos não poder deixar de considerar as correlações entre os contextos históricos da educação, da formação cultural e da saúde no Brasil, bem como, a ação educativa no interior do processo de cuidar. Torna-se interessante, portanto, do ponto de vista pedagógico, refletir os fundamentos teóricos e técnicos de como trabalhar de modo imbricado a educação e a saúde, além de analisar a diversidade de processos de ensino-aprendizagem inerentes às atividades educacionais na área da saúde.

Assim, para a elaboração de um programa educacional para a saúde planejado e estruturado, sustentado em múltiplas áreas do conhecimento, que leva devidamente em conta a importância dos referenciais do campo didático, das condições sociais, comportamentais e ambientais, das especificidades culturais e étnicas se torna necessário a utilização de modelos que avaliem todos os aspectos inerentes ao estado de saúde de um determinado grupo ou comunidade. Este processo viabiliza a construção de táticas educativas efetivas, passíveis de gerar mudanças sustentadas no comportamento e no ambiente, baseada em diagnósticos prévios dos índices de doença, das condições familiares, sócio-econômicas e educacionais da população alvo. Desta maneira, o programa de educação para saúde é capaz de atingir todos os determinantes da saúde, considerando não só o aspecto de assistência direta à saúde, mas também proporcionando condições sociais e ambientais para que uma nova atitude seja adquirida e incorporada pelos indivíduos.

2.6.2 EDUCAÇÃO PARA SAÚDE NOS LOCAIS DE TRABALHO

Frente à limitação da abordagem médica positivista e ao surgimento de novas categorias dentro do processo de adoecer referente ao trabalho, as práticas de promoção da saúde em locais de trabalho, de um ou outro modo, passaram a orbitar os espaços decisórios responsáveis por pessoas e pelos processos produtivos. Os programas de promoção da saúde em locais de trabalho centram-se na melhora do estado de saúde, na redução dos fatores de riscos de algumas doenças, no manejo de condições crônicas e melhora da qualidade de vida e auto-suficiência dos indivíduos que enquadram o corpo de trabalho das organizações. A promoção da saúde nos locais de trabalho implica um processo abrangente e contínuo, englobando a participação de diferentes setores da organização na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde. (Souza, 2004). Esta atividade dinâmica destina-se também a criar competências que capacitem a todos atingirem níveis de funcionalidade suficientes para lidarem de maneira positiva com a percepção da saúde e da doença (Nicoletti, 2005).

A partir de tal contexto conceitual, as práticas educativas para saúde assumem um papel de destaque ao serem capazes de influenciar e proporcionar mudanças significativas e sustentadas nas atitudes individuais e nos ambientes, tornando-os sensíveis e favoráveis à melhora do bem estar, da qualidade de vida e do estado geral das pessoas. Devemos considerar, antes de tudo, que a educação enquanto processo experimental ativo tem como propósito capacitar as pessoas a fazerem escolhas informadas para que possam transformar seu conhecimento em prática (Cooper, 2001).

Para a promoção da saúde, os processos educativos têm como eixos a construção de vidas mais saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde, o que significa conceber a educação como processo. Processo este que trata o conhecimento como algo que é construído e apropriado e não meramente como algo a ser transmitido. Conhecimento, por sua vez, que é fruto da interação e cooperação entre sujeitos que são diferentes que trazem experiências, interesses, desejos, motivações, valores e crenças que são únicos, singulares, mas que são, ao mesmo tempo, plurais, e por isso, diversos. Um conhecimento que é incompleto e histórico.

A educação para saúde nos locais de trabalho como processo que nasce da observação e da reflexão e que culmina na ação transformadora, deve permitir o desenvolvimento de uma consciência crítica ativa e o crescimento pessoal. Neste sentido, contribui para a participação da produção de crenças e idéias auto-afirmativas e orientadas para o desenvolvimento pessoal. Também deve produzir qualificações e especialidades que envolvam as trocas de símbolos, bens e poderes democráticos que, em conjunto, constroem um espaço adequado para exercer o trabalho.

Desta forma, a educação em saúde pode ser analisada como um método para restauração da funcionalidade humana alterada por diversos fatores que constituem a vida que escolhemos viver ou que nos é dada a viver (Nicoletti, 2005).

Como estratégia para enfrentarmos de forma positiva os variados distúrbios que ocorrem na relação pessoa-ambiente, a educação para saúde surge como uma nova proposta capaz de capacitar os indivíduos a lidarem com as situações de estresse, tanto na vida pessoal quanto no ambiente de trabalho, sem que ocorram prejuízos à qualidade de vida. Os esforços cognitivos responsáveis por controlar,

reduzir ou tolerar uma relação problemática do sujeito com o ambiente são definidos como *coping* (Folkman, S. e Lazarus, R; 1985).

Frente a uma situação do cotidiano, que seja individualmente relevante para a percepção de bem estar, o sujeito se utiliza de estratégias cognitivas que objetivam adaptação ou mudança, tais como busca de informações, busca de apoio social e/ou emocional, pensamentos positivos, fuga, negação, entre outros.

A escolha de cada estratégia é determinada por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis (Lazarus, R. e Folkman, S, 1984 citado por Pinheiro, 2003) e podem influenciar de forma direta na saúde e na qualidade de vida.

A educação para saúde deve possuir um caráter dinâmico e multidisciplinar, sendo capaz de organizar e proporcionar um sistema de relações que englobam conhecimentos, atitudes e habilidades, favorecendo assim a solidificação de processos de ensino-aprendizagem (Batista, N; 2004). Nos locais de trabalho, esta prática se traduz em mudanças positivas no comportamento e atitudes dos indivíduos e na geração de saúde e bem estar, pois a educação para saúde permite ao sujeito agregar novos valores, adquirir novos comportamentos e consolidar novos conceitos, que vão sendo (re) construídos nas interações sociais (Batista, S; 2004).

A relação entre saúde e educação em ambientes ocupacionais vai além de ações pontuais, passando a estabelecer um outro ponto de interseção, as múltiplas transversalidades, o que permite uma maior integração dos saberes acumulados por tais campos, posto que os processos educativos, assim como os processos de saúde e doença, incluem, igualmente, tanto conscientização e autonomia quanto a necessidade do desenvolvimento de ações coletivas e de fomento à participação individual.

Desta forma, a educação para saúde nos locais de trabalho surge como uma nova proposta de intervenção nas doenças ocupacionais e na melhora da qualidade de vida do trabalhador, visto que é um processo mediador capaz de criar novas percepções positivas e representações individuais do processo saúde-doença.

2.7. O MODELO *PRECEDE* – *PROCEED*

Dentre os diversos métodos destinados a orientar o planejamento de programas de promoção de saúde, merece destaque o modelo *PRECEDE*–*PROCEED*. Criado por Lawrence Green e Marshall Kreuter, nos meados da década de 70, tem sido amplamente citado na literatura como uma forma interessante de estruturar e avaliar práticas educativas que visam o aumento do estado de saúde do indivíduo (Frankish, 1988; Green, 1999).

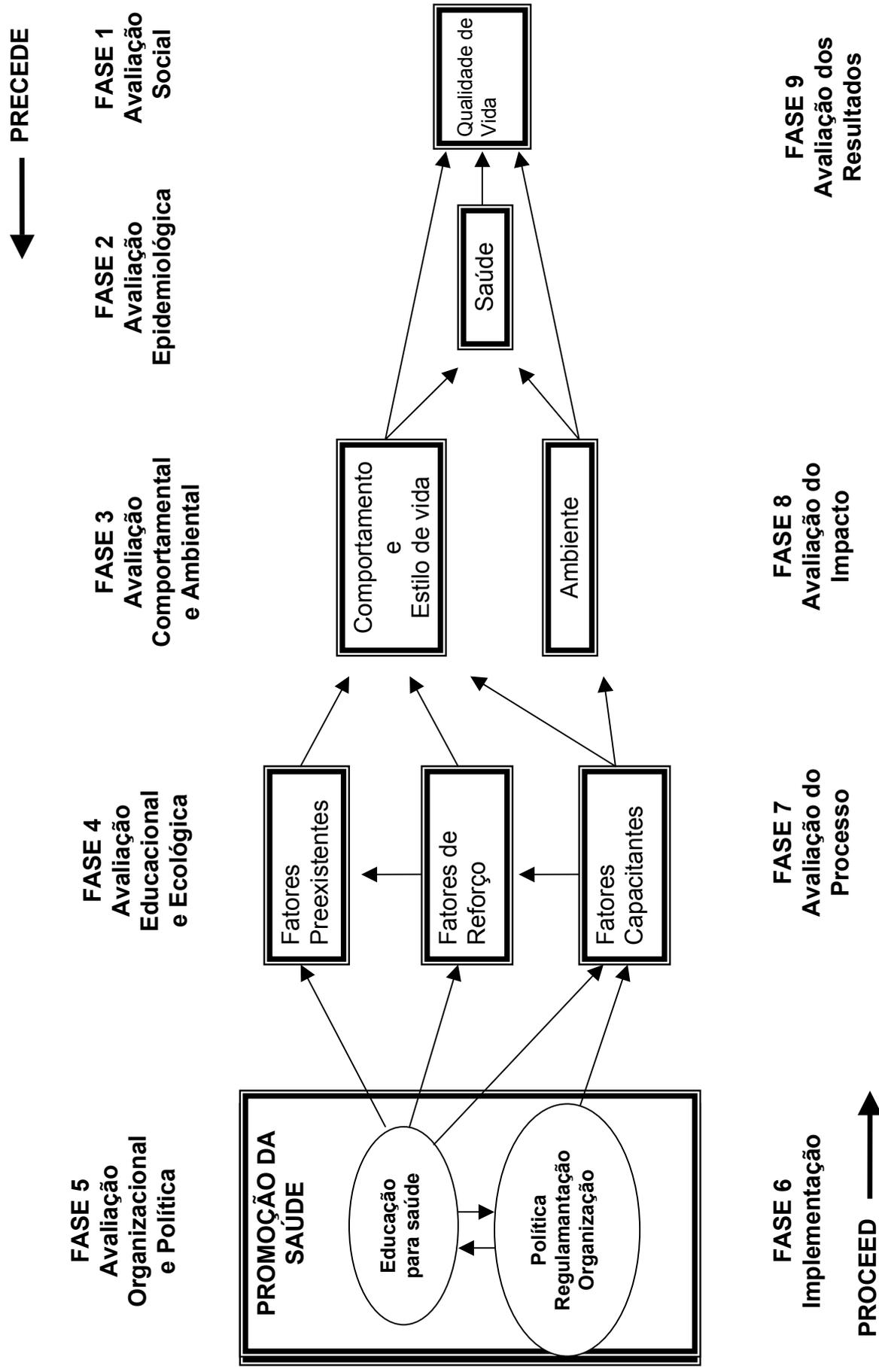
O método baseia-se no princípio da participação voluntária e ativa dos interessados e na abordagem sistemática de fatores pessoais e fatores ambientais associados com os determinantes dos estados de saúde e qualidade de vida. Trata-se de uma forma de acessar o conhecimento individual e coletivo sobre os diversos determinantes de saúde e de facilitar a adoção de mudanças permanentes de comportamento que favoreçam a saúde e o bem estar. É um modelo multidimensional, englobando ciências sociais e comportamental, epidemiologia, administração e educação, reconhecendo saúde e comportamento saudável como tendo múltiplas causas, que devem ser avaliadas para garantir uma intervenção apropriada.

O esquema PRECEDE-PROCEED (Quadro 1) serve como guia para o planejamento, seleção, desenvolvimento e implementação de estratégias educacionais, organizacionais e políticas que produzam mudanças nos fatores de risco ambientais e comportamentais relacionados com saúde e qualidade de vida, bem como a avaliação de todo o processo estruturado (Frankish, 1988). O termo *PRECEDE* significa *Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation* (Fatores preexistentes, reforço e capacitantes do diagnóstico e avaliação educacional/ecológica) e engloba cinco fases denominadas de avaliação ou diagnóstico. São elas: (1) avaliação social, (2) epidemiológica, (3) comportamental e ambiental, (4) educacional e ecológica e (5) política e administrativa (Green, 1999).

O termo *PROCEED* significa *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development* (Fatores políticos, regulatórios e organizacionais no desenvolvimento educacional e ambiental) e possui 4 fases: (1) implementação, (2) avaliação do processo, (3) avaliação do impacto e (4) avaliação dos resultados (Green, 1999).

O estado de saúde e a qualidade de vida, analisados através de uma perspectiva ecológica, são influenciados pela relação sujeito-ambiente, ou seja, os fatores que refletem na condição de saúde dos indivíduos e suas percepções sobre o seu bem estar são moldados, modificados e mantidos pela interação das pessoas com o ambiente nas quais elas vivem. Esta inter-relação, sobre uma perspectiva social, pode ser revelada através da análise das condições de vida do indivíduo, englobando tanto os aspectos estruturais e físicos do ambiente, quanto às relações sociais, intra-familiares e esquema organizacional no qual este está inserido.

QUADRO 1: Esquema do modelo PRECEDE-PROCEED para planejamento da promoção da saúde (Green, 1999).



Baseando-se assim na relação recíproca entre estado de saúde, qualidade de vida e condições sociais, a fase inicial do *PRECEDE*, a avaliação social, propõe-se a identificar e avaliar os indicadores sociais que têm impacto sobre o bem estar da população alvo, bem como os domínios da qualidade de vida, sob a ótica do próprio indivíduo. Os objetivos são inventariar e interpretar as condições e as percepções compartilhadas entre os indivíduos de uma organização social e fazer conexões entre estas percepções e condições e as estratégias para a promoção da saúde. Por uma perspectiva educacional a integração saúde, qualidade de vida e indicadores sociais se concretiza quando notamos a possibilidade dos indivíduos aprenderem através do contexto social e ambiental e desenvolverem conhecimento, estratégias e habilidades para modificá-los em prol do seu bem estar.

O conjunto de indicadores sociais, adotado pela Comissão de Estatística das Nações Unidas, em 1997, compreende dados gerais sobre distribuição dos sujeitos por sexo, idade, cor ou raça, sobre população e desenvolvimento, pobreza, emprego e desemprego, educação e condições de vida.

A qualidade de vida, apresentada pela Organização Mundial da Saúde, como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, é vista dentro de uma rede múltipla de interligações das categorias físicas, ambientais e sociais. A impressão do próprio sujeito sobre seu estado de saúde e bem estar é influenciado por suas crenças, espiritualidade e valores culturais, por suas relações sociais e ambientais e também por suas condições biológicas.

A avaliação epidemiológica, segundo passo do modelo *PRECEDE* visa identificar, de forma objetiva, problemas específicos de saúde que estão associados

com a qualidade de vida e o estado de saúde da população alvo. A questão norteadora desta etapa do processo de investigação é: qual(is) problema(s) de saúde é(são) percebido(s) ou apresentado(s) pelo(s) indivíduo(s)?

A resposta pode ser obtida e medida através de dados estatísticos e epidemiológicos de morbidade, mortalidade, incapacidade, que são indicadores clássicos de saúde, bem como análise da fertilidade e dos índices de incidência e prevalência de doenças.

Ao identificarmos os principais problemas de saúde da população alvo, faz-se necessário verificarmos os fatores e as condições de risco que contribuem para a ocorrência dos mesmos. A interação de aspectos biológicos (gênero, idade, fatores genéticos, doenças pré-existentes, incapacidade física ou mental), ambientais (condições de moradia, transporte, alimentação, local e condições de trabalho) comportamentais (atitudes individuais, conscientes ou inconscientes, que influenciam de forma positiva ou negativa a saúde do indivíduo) e sociais (relações sociais, apoio social, pressão social e condição sócio-econômica) resulta no estado geral de saúde/doença e na percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida.

A fase de avaliação comportamental e ambiental do esquema *PRECEDE* objetiva, portanto, identificar os aspectos comportamentais e ambientais, considerados como fatores e condições de risco, que contribuem para a ocorrência dos problemas de saúde inventariados na fase anterior.

A avaliação ambiental realiza uma análise paralela dos aspectos sociais e físicos do ambiente que estão relacionados ou com o comportamento adotado pelo indivíduo ou de forma direta, com as condições de saúde e bem estar da população.

O quarto passo deste modelo, a avaliação educacional e ecológica tem como objetivos determinar os fatores relacionados com as condições

comportamentais e ambientais que influenciam a saúde e a qualidade de vida da população e identificar quais fatores requerem mudanças para iniciar ou sustentar alterações comportamentais e ambientais que favoreçam a saúde.

Os fatores identificados pelo processo são agrupados em três categorias: (1) fatores pré-existent, definidos como antecedentes do comportamento que fornecem a razão ou motivação para que este ocorra e se mantenha. Incluem determinantes pessoais, como conhecimento, crenças, valores e atitudes, além dos determinantes socio-demográficos, como estado sócio-econômico, idade, gênero, etnia e estrutura familiar; (2) fatores capacitantes, que são os antecedentes do comportamento que permitem uma motivação para este acontecer. São identificados como habilidades, recursos ou barreiras que ajudam ou impedem mudanças comportamentais e ambientais; (3) fatores de reforço, conceituados como fatores decorrentes de um determinado comportamento e que fornecem um estímulo para a persistência ou repetição do mesmo. Englobam conseqüências físicas do comportamento, benefícios econômicos, influência e apoio social.

A classificação e a categorização dos determinantes que geram impacto direto na percepção de saúde e qualidade de vida dos indivíduos são essenciais, pois direcionam as metas do programa, identificando os fatores prioritários e mutáveis, que devem ser foco das práticas educativas para promoção da saúde.

Desta maneira, uma vez identificadas as prioridades e os objetivos do programa de promoção da saúde, há necessidade de converter os resultados das avaliações realizadas em ação. Para ocorrer com sucesso a implementação de novas práticas em saúde, os aspectos políticos e organizacionais, bem como os recursos disponíveis devem ser analisados.

A avaliação política e organizacional propõe-se a verificar apoios e barreiras legais, administrativas e estruturais que influenciam na implementação dos programas para promoção da saúde. É uma fase de transição do *PRECEDE* para o *PROCEED*, pois envolve tanto o planejamento quanto a concretização das ações favoráveis à saúde.

O *PRECEDE* assegura que o programa construído será adequado para as necessidades e condições da população alvo, enquanto o *PROCEED* garante a disponibilidade, o acesso, a aceitação e a responsabilidade das práticas propostas.

O modelo *PROCEED* engloba a implementação do programa, ou seja, a concretização das ações construídas com base nos dados levantados pelas fases do *PRECEDE*, e a avaliação do processo e dos resultados das práticas através da análise da saúde e da qualidade de vida dos sujeitos.

3. OBJETIVOS

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Analisar os determinantes de saúde apontados pelo modelo *PRECEDE* que interferem na percepção de qualidade de vida e no estado de saúde dos integrantes do Departamento de Informática em Saúde, da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM).

2. Identificar oportunidades de implementação de práticas educativas para saúde no Departamento de Informática em Saúde (UNIFESP/EPM), tendo como base o modelo *PRECEDE*.

4. METODOLOGIA

4.1 LOCAL DA COLETA DE DADOS E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada no Departamento de Informática em Saúde (DIS), pertencente a Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) , localizado na Rua Botucatu, número 862, na cidade de São Paulo. Sua estrutura organizacional engloba os setores de desenvolvimento web, rede de computadores, tecnologia de informação, telemedicina, laboratório de bioinformática e laboratório de educação à distância, além do programa de pós-graduação em informática em saúde, disciplina de informática em saúde, a qual pertence o laboratório de informática, e a assessoria de planejamento e administração.

No período da realização da pesquisa, O DIS era composto por 79 indivíduos, incluindo também estagiários e professores. Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo foram funcionários remunerados que trabalhassem no mínimo 4h/dia, de segunda a sexta-feira, excluindo os funcionários temporários (n=4) e os funcionários que estavam afastados (n=4). Assim, a população selecionada para participar da pesquisa era composta por 71 funcionários.

4.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM BASE NO MODELO *PRECEDE*

Para verificarmos os fatores determinantes do estado de saúde e a qualidade de vida dos funcionários do Departamento de Informática em Saúde (DIS) e identificarmos oportunidades de implementação de práticas educativas para a promoção da saúde, tomamos como base o modelo *PRECEDE*, proposto por

Lawrence Green e Marshall Kreuter (1999). Foram realizadas as 4 fases iniciais do processo: (1) avaliação social, (2) avaliação epidemiológica (3) avaliação comportamental e ambiental e (4) avaliação educacional e ecológica, agrupadas em único instrumento de coleta de dados, descrito no ANEXO C.

4.2.1. AVALIAÇÃO SOCIAL

O primeiro domínio do modelo PRECEDE objetiva identificar os indicadores sociais que influenciam o estado de saúde da população alvo e as categorias da qualidade de vida, sob a perspectiva de cada indivíduo. Para isso, os seguintes dados foram investigados:

- 1. Dados pessoais:** gênero, idade, estado civil, número de filhos dependentes, rendimento pessoal e familiar.
- 2. Características da Educação:** as questões utilizadas para avaliar o nível educacional dos participantes da pesquisa foram baseadas na categoria “característica de educação dos moradores” (questão 2 e 3) do instrumento **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)**. Esta ferramenta foi desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo aplicada em pesquisas de análise dos indicadores sociais. Abrange informações sobre as características gerais da população, migração, educação, trabalho, famílias e domicílios. Engloba também questões sobre as condições de habitação e posse de bens duráveis, composição e mobilidade populacional, educação, situação do mercado de trabalho, trabalho infantil, sindicalização, cobertura previdenciária e situação dos

rendimentos, constituindo desta forma um valioso instrumento para a avaliação da realidade demográfica e socioeconômica de municípios, regiões e do país.

3. Qualidade de Vida: esta variável foi investigada utilizando a **Versão Brasileira do Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36** (Ciconelli, 1999). É um questionário multidimensional formado por 36 itens, agrupados em 8 categorias:

- Capacidade funcional: refere-se à capacidade percebida pelo indivíduo para realizar as atividades de vida diária;
- Limitação por aspectos físicos: avalia o impacto de qualquer limitação física sobre as atividades de vida do indivíduo;
- Dor: avalia a quantidade de dor percebida e a interferência desta nas atividades cotidianas;
- Estado geral de saúde: avalia a percepção do estado saúde do indivíduo;
- Vitalidade: medida de percepção de bem estar pessoal;
- Aspectos sociais: avalia o impacto de uma disfunção sobre os aspectos sociais das atividades de vida diária;
- Limitação por aspectos emocionais: avalia o impacto da dimensão afetiva sobre a capacidade do indivíduo de realizar as atividades cotidianas;
- Saúde mental: avalia a percepção do indivíduo sobre o seu estado emocional (felicidade, tranquilidade, ansiedade e depressão).

Através da análise de todos estes domínios, esta ferramenta objetiva a avaliação da qualidade de vida, sendo considerada um instrumento de fácil administração e compreensão (Ciconelli, 1999). A pontuação apresenta variação de 0 a 100, sendo que zero indica uma pior qualidade de vida e cem uma melhor qualidade de vida.

4.2.2 AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A avaliação epidemiológica foi feita através da investigação de dados acerca dos problemas de saúde ocorridos no último ano. Para isso, foram utilizadas questões baseadas na categoria “características de saúde dos moradores”, descritas no instrumento Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). As questões formuladas foram:

- Nos últimos doze meses você consultou médico?
- Quantas vezes você consultou médico nos últimos doze meses?
- O que o levou a consulta médico nestes últimos doze meses?
- Algum médico ou profissional da saúde já disse que você tem:
 - () Doença de coluna ou costas
 - () Artrite ou reumatismo
 - () Câncer
 - () Diabetes
 - () Bronquite ou asma
 - () Hipertensão arterial
 - () Doença do coração
 - () Insuficiência renal crônica
 - () Depressão Tuberculose
 - () Tendinite ou tenossinovite
 - () Cirrose
 - () Outras doenças: qual?

A percepção do estado de saúde foi analisada através das questões 1 e 2 do questionário genérico de qualidade de vida SF-36.

4.2.3 AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL E AMBIENTAL

Para a avaliação do domínio ambiental e comportamental do modelo *PRECEDE*, foram investigados os seguintes dados a fim de identificar os fatores relacionados com saúde e qualidade de vida da população alvo:

1. Análise física ambiental:

- **Dados do domicílio:** as questões incorporadas foram “tipo de domicílio (próprio, alugado, cedido ou outras condições)” e “número de moradores do domicílio”, tendo como base as categorias “características da unidade domiciliar” e “relação dos moradores”, do instrumento **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)**.
- **Dados do trabalho:** para a avaliação dos aspectos referentes ao ambiente de trabalho, foram elaboradas perguntas sobre tempo de trabalho, horas de trabalho por dia, horas-extras e tempo de deslocamento de casa ao trabalho. Para investigar as características ergonômicas do local de trabalho, utilizou-se o **Check-List para Avaliação Simplificada das Condições Biomecânicas do Posto de Trabalho**, proposto por Couto, em 1995. Este instrumento tem como objetivo a investigação do aspecto físico referente ao ambiente ocupacional. Contém 15 perguntas, com respostas sim ou não, agrupadas em 5

critérios (excelente à péssimo) para interpretação das condições ergonômicas do trabalho.

2. Análise comportamental/psicossocial:

- **Hábitos de vida:** para avaliar atitudes ou comportamentos que possam influenciar na saúde ou na qualidade de vida da população, foram elaboradas questões sobre fumo e prática de atividade física.
- **Escala de Mensuração do *Coping* no Ambiente Ocupacional:** desenvolvida por Latack, em 1986, objetiva a mensuração das estratégias de enfrentamento utilizadas em situações específicas do ambiente de trabalho, considerando a relevância contextual na própria definição de *coping*. Engloba 46 itens, medidos através de uma escala de Likert e agrupados em 3 categorias de análise: manejo, controle e esquivas. Os valores de médias maiores para cada categoria indicam uso freqüente da estratégia de enfrentamento e valores menores indicam uso ocasional da categoria de *coping*. A tradução para a língua portuguesa e a avaliação psicométrica do instrumento foi realizada por Pinheiro, em 2003.
- **Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes-Rahe:** ferramenta utilizada para medir eventos vitais, baseando-se no pressuposto que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, após mudanças significativas em sua vida, gera um desgaste que pode causar

doenças (Savóia, 1999). Contém 37 itens que descrevem acontecimentos considerados como eventos de vida significativos, sendo os resultados analisados pela probabilidade do indivíduo ficar doente devido ao excesso de estresse.

- **Inventário de Controle de Estresse:** instrumento elaborado por Lipp (1994), visa identificar de forma objetiva a presença de sintomas relacionados com o estresse, bem como a sintomatologia predominante e a fase em que se encontra. Os sintomas físicos e emocionais descritos nesta ferramenta são agrupados de acordo com cada fase do estresse: (1) alerta, (2) resistência e (3) exaustão, somando 34 itens de origem somática e 19 de origem psicológica.

4.2.4.AVALIAÇÃO EDUCACIONAL E ECOLÓGICA

Nesta fase do modelo *PRECEDE* os dados obtidos através das análises anteriores foram classificados e categorizados em 3 grupos: fatores pré-existent, capacitantes e de reforço. O objetivo desta etapa é identificar possibilidades de mudanças das variáveis de saúde e qualidade de vida através de ações de educação e promoção da saúde.

Estes grupos de fatores relacionam-se, de forma geral, com a manutenção ou persistência de um comportamento ou hábito de vida, que influencia de forma positiva ou negativa a saúde e a qualidade de vida do indivíduo. Ao classificarmos as variáveis de saúde inventariadas nas etapas anteriores em fatores pré-existent,

capacitantes e de reforço, tornamos possível o planejamento e a construção de ações direcionadas a determinantes prioritários, específicos e passíveis de mudança através dos programas de promoção da saúde.

A identificação e a categorização das variáveis foram realizadas com base na definição de cada grupo, proposta por Green e Kreuter (1999), além do apoio em teorias específicas de educação para saúde, como (1) teoria da auto-eficácia (*self-efficacy*), (2) estresse e *coping*, (3) teoria *Learned Helplessness* e (4) teoria de suporte social (Green, 1994).

4.3. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Os instrumentos selecionados foram agrupados em único questionário, respeitando a formatação original e as instruções de aplicação de cada. Para garantir o direito de não identificação dos respondentes, o questionário foi entregue em envelope lacrado, sendo devolvido no mesmo. Os participantes receberam anexados ao instrumento o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B), o qual foi assinado pelo respondente, autorizando assim sua participação voluntária neste estudo. Esta pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (ANEXO A).

Foi realizado um pré-teste com cinco funcionários, com a finalidade de verificar a compreensão, aplicabilidade e tempo de preenchimento do questionário. Não foi necessária nenhuma modificação no instrumento, sendo estes questionários descartados da amostra final.

A aplicação foi realizada em grupos formados por 6 a 8 funcionários, agendados previamente com o responsável por cada setor do DIS. Os indivíduos receberam da pesquisadora orientações sobre a pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B), além de instruções para o preenchimento do questionário. O tempo mínimo de resposta foi de 34 minutos e o tempo máximo foi de 71 minutos. Os funcionários que não conseguiram ser agendados receberam o envelope com o instrumento individualmente, sendo também orientados pela pesquisadora. Estes entregaram o questionário após uma semana.

Deste modo, a amostra selecionada para responder o questionário foi composta por 66 funcionários do DIS (excluindo os funcionários do pré-teste), tendo participado da pesquisa 44 funcionários (66,7%). Deste total de funcionários, 39 responderam de forma completa o questionário, totalizando assim a nossa amostra final.

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis qualitativas foram representadas por frequência absoluta (n) e relativa (%) e as quantitativas por média, desvio padrão (d.p.), mediana, valores mínimo e máximo.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para testar a presença de distribuição normal nas pontuações dos domínios da escala SF-36 em cada grupo de interesse. Na maior parte das vezes essa hipótese foi rejeitada e assim foram utilizados testes não paramétricos em todas as análises realizadas.

A comparação entre 2 grupos de interesse quanto às pontuações nos domínios da escala SF-36 foi realizada pela Prova de Mann-Whitney para amostras independentes.

Na comparação entre 3 grupos de interesse foi utilizada a Prova de Kruskal-Wallis e as diferenças localizadas pelo teste de comparações múltiplas de Dunn.

A presença de correlação entre as pontuações nos domínios da escala SF-36 e variáveis quantitativas de interesse foi avaliada pelo coeficiente de correlação por postos de Spearman (rs).

Foi adotado o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$) e níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes e representados por *.

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

6.1.2 DADOS DESCRITIVOS DO DOMÍNIO SOCIAL DO MODELO *PRECEDE*

Os dados registrados quanto às características pessoais, nível educacional e rendimento, caracterizando os indicadores sociais da amostra (n = 39) estão descritos nas TABELAS 1, 2 e 3, respectivamente.

TABELA 1: Distribuição das categorias do domínio social do modelo *PRECEDE*, quanto ao gênero, idade, estado civil e número de filhos dependentes ou incapacitados, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.

Dados pessoais	n (%)
Gênero:	
Masculino	20 (51,3)
Feminino	19 (48,7)
Idade	
21 a 30 anos	19 (48,7)
31 anos ou mais	20 (51,3)
Média (dp)	33,0 (9,0)
Mínimo – máximo	21 - 52
Estado Civil	
Com Companheiro	20 (51,3)
Sem Companheiro	19 (48,7)

Dados pessoais	n (%)
Filhos dependentes ou incapacitados	
Nenhum	25 (64,1)
1 filho ou mais	14 (35,9)

TABELA 2: Distribuição das categorias do domínio social do modelo *PRECEDE* quanto às características de educação dos funcionários (n=39) do DIS/UNIFESP 2005.

Características de Educação	n (%)
Freqüenta escola	
Sim	9 (23,1)
Não	30 (76,9)
Curso mais elevado que frequentou	
2º grau ou ensino médio	5 (12,8)
Ensino superior	23 (59,0)
Mestrado ou doutorado	11 (28,2)

TABELA 3: Distribuição das categorias do domínio social do modelo *PRECEDE* quanto ao rendimento pessoal mensal e familiar mensal dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.

Rendimento	n (%)
Número de trabalhos	
Um	30 (76,9)
Dois ou mais	9 (23,1)
Renda pessoal mensal	
Até 4 sm*	9 (23,1)
Entre 4 e 7 sm*	9 (23,1)
Acima de 7 sm*	21 (53,8)
Média (dp)	2807,7 (1726,8)
Mínimo – máximo reais	500 – 8000
* salário mínimo (sm) = R\$300 reais	

Sustenta a família sozinho		
Sim		7 (17,9)
Não		32 (82,1)
Renda familiar mensal		
Até R\$5.000,00 reais		21 (56,8)
Acima de 5.000,00 reais		16 (43,2)
Não respondeu		2 (5,1)
Média (dp)	5775,7 (3754,1)	
Mínimo – máximo reais	1000 – 18000	

6.1.2 ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DOS FUNCIONÁRIOS DO DIS/2005

A TABELA 4 descreve os dados relacionados com a qualidade de vida dos funcionários do DIS, no ano de 2005, através da análise do questionário genérico de qualidade de vida SF-36.

TABELA 4: Resultados dos scores da média, mediana, desvio padrão e variação nos domínios da qualidade de vida do questionário SF-36 dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.

Domínios	Média	Mediana	Desvio padrão	Variação
Capacidade funcional	91,03	95	11,76	55 – 100
Aspecto físico	88,46	100	21,34	25 – 100
Dor	74,79	84	23,01	22 – 100
Estado geral de saúde	80,15	82	13,67	47 – 100
Vitalidade	68,21	70	14,30	40 – 95
Aspectos sociais	84,61	87,5	14,47	37,5 – 100

Aspectos emocionais	73,48	100	31,71	0 – 100
Saúde Mental	75,79	76	12,75	36 – 100

Os domínios da qualidade de vida dos funcionários do DIS participantes da pesquisa, avaliados pelo questionário SF-36 que apresentaram os valores de médias maiores foram: capacidade funcional (91,03), limitação por aspecto físico (88,46) e aspectos sociais (84,61). Os domínios com valores menores de médias foram: vitalidade (68,21), aspectos emocionais (73,48) e dor (74,79).

6.1.3. DADOS DESCRITIVOS DO DOMÍNIO EPIDEMIOLÓGICO DO MODELO *PRECEDE*

A percepção do estado de saúde dos funcionários do DIS/UNIFESP (perguntas 1 e 2 do questionário SF-36), descrita na TABELA 5, revela que 51,3% dos funcionários classificam sua saúde como “muito boa”, 33,3% classificam como “boa” e 15,4% classificam como “excelente”. Nenhum funcionário do DIS, participante da pesquisa, classificou sua saúde como “ruim” ou “muito ruim”. Quando a percepção de saúde foi comparada há um ano, a maioria dos funcionários (74,4%) classificou como “quase a mesma”.

TABELA 5: Distribuição das categorias do domínio epidemiológico com relação à percepção do estado de saúde dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.

<i>Percepção do Estado de Saúde</i>	<i>N (%)</i>
--	---------------------

Em geral, como vc. classifica sua saúde.	
Excelente	6 (15,4)
Muito boa	20 (51,3)
Boa	13 (33,3)
Ruim	0 (0)
Muito ruim	0 (0)
Comparada há um ano, como vc. classifica sua saúde agora.	
Muito melhor	3 (7,7)
Um pouco melhor	6 (15,4)
Quase a mesma	29 (74,4)
Um pouco pior	1 (2,6)
Muito pior	0 (0)

Nesta etapa do modelo PRECEDE, investigaram-se também as informações acerca da utilização do serviço médico, freqüência de consultas médicas, motivos das consultas e problemas de saúde diagnosticados, no período referente há doze meses (TABELAS 6, 7 e 8).

Tabela 6: Distribuição das categorias do domínio epidemiológico do modelo *PRECEDE* quanto à ocorrência de consultas médicas e número de consultas médicas nos últimos doze meses dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.

Dados de Saúde	N (%)
Consultou médico no último ano	
Sim	35 (89,7)
Não	4 (10,3)
Número de Consultas no último ano	
Nenhuma	4 (10,3)
Uma	8 (20,5)

Duas	8 (20,5)
Três ou mais	17 (43,6)
Não informou ou não se lembra	2 (5,1)

A TABELA 7 descreve a distribuição da amostra dos funcionários do DIS com relação ao motivo da consulta médica nos últimos doze meses. O principal motivo de consulta, sendo descrito por 48,6% dos funcionários foi à realização de exames periódicos. O principal motivo de doença foram as desordens musculoesqueléticas, sendo descritas por 31,5% dos funcionários do DIS.

A TABELA 8 apresenta os dados referentes aos diagnósticos médicos nos últimos doze meses, relatados pelos funcionários do DIS participantes desta pesquisa.

TABELA 7: Distribuição das categorias do domínio epidemiológico do modelo PRECEDE quanto ao motivo das consultas médicas nos últimos 12 meses dos funcionários (n= 35) do DIS/UNIFESP 2005.

Dados de Saúde	N (%)
Motivo da Consulta	
Exame periódico	17 (48,6)
Desordens musculo-esqueléticas	11 (31,5)
Problemas dermatológicos	4 (11,5)
Dor de cabeça	4 (11,5)
Problemas oftalmológicos	3 (8,6)

Problemas endocrinológicos	2 (5,8)
Dor no estômago	2 (5,8)
Estresse	2 (5,8)
Gripe	2 (5,8)

TABELA 8: Distribuição das categorias do domínio epidemiológico do modelo *PRECEDE* quanto aos problemas de saúde diagnosticados nos últimos doze meses dos funcionários (n=39) do DIS/UNIFESP 2005.

Dados de saúde	N (%)
Algum médico já disse que você tem...	
Tendinite	5 (12,9)
Doença na coluna	4 (10,3)
Bronquite	3 (7,7)
Hipertensão arterial	3 (7,7)
Depressão	1 (2,6)
Artrite	1 (2,6)
Outros (colesterol alterado, hipotireoidismo, ansiedade, varizes, renite, enxaqueca, gripe, gastrite, úlcera e síndrome de Gilbert)	13 (33,4)
Não responderam	9 (23,1)

6.1.4 DADOS DESCRITIVOS DO DOMÍNIO COMPORTAMENTAL E AMBIENTAL DO MODELO *PRECEDE*

Esta etapa descreve os dados relacionados ao ambiente físico dos funcionários do DIS/UNIFESP, formados pelos dados relacionados ao domicílio (TABELA 9) e ao trabalho (TABELAS 10 e 11).

TABELA 9: Distribuição das categorias do domínio ambiente do modelo *PRECEDE* quanto às características do domicílio dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

Características do domicílio	n (%)
Tipo de domicílio	
Próprio – já pago	18 (46,2)
Próprio – ainda pagando	5 (12,8)
Alugado	14 (35,9)
Cedido de outra forma	1 (2,6)
Outras condições: herança familiar	1 (2,6)
Número de pessoas no domicílio	
1	5 (12,8)
2	9 (23,1)
3 ou mais	23 (59,0)
Não respondeu	2 (5,1)

Os dados relacionados ao ambiente físico do trabalho investigados nesta pesquisa foram tempo de trabalho no DIS, horas de trabalho por dia, horas-extras, tempo de deslocamento casa-trabalho, descritos na TABELA 10, e a avaliação ergonômica do posto de trabalho, descrito na TABELA 11.

TABELA 10: Distribuição das categorias do domínio ambiente do modelo *PRECEDE* quanto às características do trabalho (tempo de trabalho, horas de trabalho por dia, horas-extras e tempo de deslocamento entre a casa e o trabalho) dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

Dados do Trabalho no DIS	n (%)
Tempo de trabalho no DIS	

Até 5 anos	18 (46,2)
Mais de 5 anos	21(53,8)
Horas de trabalho/dia	
Até 8 horas	21 (53,8)
Acima de 8 horas	18 (46,2)
Horas-extras	
Sim	10 (25,6)
Não	29 (74,4)
Tempo deslocamento casa –trabalho	
Até 1 hora	29 (74,4)
Acima de 1 hora	10 (25,6)

Tabela 11: Distribuição das categorias do domínio ambiente do modelo *PRECEDE* quanto à classificação ergonômica do Posto de Trabalho dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

Dados do Posto de Trabalho	n (%)
Ergonomia - Classificação	
Boa	15 (38,5)
Razoável	22 (56,4)
Ruim	1 (2,6)
Péssima	1 (2,6)
Pontuação Total da escala	
Média (dp) (1 a 1)	9,08
Varição	3 - 12

Esta etapa refere-se também aos dados da análise comportamental/psicossocial, verificados através das questões sobre hábitos de vida

(TABELA 12), da Escala de Reajustamento Social de Holmes-Rahe (TABELAS 13, 14 e 15), DO Inventário de Controle do Estresse (TABELA 16) e da Escala Coping no Ambiente Ocupacional (TABELA 17).

Os hábitos de vida foram analisados com relação ao tabagismo e à prática de atividade física, sendo os dados descritos na TABELA 12.

TABELA 12: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo PRECEDE quanto ao fumo e a prática de atividade física dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.

<i>Hábitos de vida</i>	<i>n (%)</i>
Fuma	
Sim	4 (10,3)
Não	35 (89,7)
Atividade Física	
Sim	23 (59,0)
Não	16 (41,0)

Os de eventos de vida diária, descritos como estressores, e a probabilidade de adoecimento devido a freqüência destes eventos, quer pela magnitude, quer pelo acúmulo de ocorrências foi investigada através da Escala de Reajustamento Social de Holmes-Rahe, sendo descritos nas TABELAS 13, 14 e 15 a classificação geral da escala e a freqüência de ocorrências dos eventos de vida relacionados ao trabalho e os eventos de vida pessoal, respectivamente.

TABELA 13: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo *PRECEDE* apresentando os resultados da classificação da escala Holmes – Rahe, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

Classificação da Escala Holmes-Rahe	N (%)
30% de chance de adoecer	13 (33,3)
50% de chance de adoecer	21 (53,8)
80% de chance de adoecer	5 (12,8)
Pontuação Total da Escala	
Média (dp)	192,18 (110,67)
Variação (mínimo – máximo)	19 – 557

TABELA 14: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo *PRECEDE* apresentando os resultados da freqüência de ocorrência de eventos de vida relacionados ao trabalho da escala Holmes-Rahe dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFEP, 2005.

Eventos de vida relacionados ao trabalho (escala Holmes – Rahe)	Ocorrência n (%)
Férias	21 (53,8)
Mudança de responsabilidade no emprego	9 (23,1)
Dificuldade com o chefe	8 (20,5)
Adaptação a novo emprego ou negócio	7 (17,9)
Mudança nas condições ou horários de trabalho	6 (15,4)
Mudança para outra área do trabalho	6 (15,4)
Demissão do Emprego	2 (5,1)
Aposentadoria	0 (0,0)

TABELA 15: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo *PRECEDE* apresentando os resultados da frequência de ocorrência dos eventos de vida pessoal da escala Holmes-Rahe, dos funcionários (n=39) do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>Eventos de vida pessoal (escala Holmes – Rahe)</i>	<i>Ocorrência n(%)</i>
Dívidas	20 (51,3)
Revisão de hábitos alimentares	18 (46,2)
Alteração da situação financeira	17 (43,6)
Doença grave na família	15 (38,5)
Alterações na condição de vida	15 (38,5)
Morte de pessoa querida na família	13 (33,3)
Alterações no hábito de dormir	11 (28,2)
Alterações no hábito de comer	11 (28,2)
Mudança de tipo de lazer	10 (25,6)
Início ou término de estudos escolares	10 (25,6)
Mudança de atividades sociais	9 (23,1)
Variação na frequência de discussões com cônjuge	9 (23,1)
Chegada de novo membro à família	8 (20,5)
Façanha pessoal incomum	4 (10,3)
Morte de amigo querido	3 (7,7)
Casamento	3 (7,7)
Cônjuge começa ou para de trabalhar	2 (5,1)
Dificuldades sexuais	2 (5,1)
Mudança de escola	2 (5,1)
Gravidez	2 (5,1)
Ferimento grave	2 (5,1)
Divórcio	1 (2,6)
Dificuldades com os sogros	1 (2,6)
Filho saindo de casa	1 (2,6)
Transgressões (não graves) da lei	1 (2,6)
Reconciliação com cônjuge	0 (0)

Morte do cônjuge	0 (0)
Ser preso	0 (0)

A ocorrência de estresse, analisada pelo Inventário de Controle do Estresse (Lipp, 1994), está descrita na TABELA 16. Entre os funcionários do DIS avaliados, 97,4% não apresentavam estresse na fase de alerta ou na fase de exaustão. Apenas 20,5% dos respondentes demonstraram a presença do estresse na fase de resistência.

TABELA 16: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo *PRECEDE* apresentando os resultados do Inventário de Controle do Estresse, classificados de acordo com a presença ou ausência do estresse, fase do estresse (alerta, resistência ou exaustão) e tipo de sintomas predominantes (físicos ou psicológicos), dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>Inventário de Controle do Estresse</i>	<i>n (%)</i>
Stress nas Últimas 24 horas	
Ausente	38 (97,4)
Presente	1 (2,6)
Fase	
Alerta	1 (2,6)
Tipo	
Psic	1 (2,6)
Stress na Última Semana	
Ausente	27 (69,2)
Limite	4 (10,3)
Presente	8 (20,5)
Fase	

Resistência	8 (20,5)
Tipo	
Físico	3 (7,7)
Psicológico	5 (12,8)
Stress no Último Mês	
Ausente	38 (97,4)
Limite	1 (2,6)

As estratégias de enfrentamento (*coping*), utilizadas no ambiente ocupacional pelos funcionários do DIS participantes desta pesquisa estão descritas na TABELA 17. O fator controle apresentou valor de média maior (43,11), seguido pelo fator esquiva (20,74) e fator manejo (17,16).

TABELA 17: Distribuição das categorias do domínio comportamento do modelo *PRECEDE*, apresentando os resultados dos scores da média, desvio padrão e variação da escala Coping no Ambiente Ocupacional, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP 2005.

<i>Classificação da escala Coping no Ambiente Ocupacional</i>	<i>Média (dp)</i>	<i>Variação</i>
Fator Manejo	17,16 (6,23)	9 - 31
Fator Controle	43,11 (5,34)	29 - 53
Fator Esquiva	20,74 (4,98)	13 - 32

6.2 ANÁLISE COMPARATIVA

6.2.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE DADOS DO DOMÍNIO SOCIAL DO MODELO *PRECEDE* E A QUALIDADE DE VIDA

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo o sexo em relação aos domínios: Capacidade Funcional ($p = 0,011$), Aspectos Emocionais ($p = 0,014$) e Saúde Mental ($p = 0,023$) da escala SF-36, na qual os homens apresentaram pontuações significativamente maiores do que as do grupo de mulheres nestes domínios da escala (TABELA 18). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo o sexo quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Na correlação da idade com questionário de qualidade de vida, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a idade em relação ao domínio: Limitação por Aspecto Físico ($p = 0,049$) da escala SF-36, onde os profissionais com idade acima de 30 anos apresentaram pontuações significativamente maiores do que as do grupo com idade até 30 anos (TABELA 18). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a idade quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

TABELA 18: Resultado da comparação dos dados do domínio social do modelo *PRECEDE* (gênero, idade, estado civil e filhos dependentes) com os domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, dos funcionários ($n = 39$) do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>Domínios</i>	<i>Gênero</i>	<i>Idade</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Filhos dependentes</i>
Capacidade funcional	0,011*	0,107	0,930	0,483
Limitação por aspecto físico	0,817	0,049*	0,011*	0,026*
Dor	0,697	0,334	0,003*	0,076

Estado geral de saúde	0,381	0,235	0,039*	0,195
Vitalidade	0,888	0,282	0,070	0,227
Aspectos sociais	0,446	0,138	0,043*	0,081
Aspectos emocionais	0,014*	0,603	0,138	0,115
Saúde mental	0,023*	0,692	0,241	0,099

* valor de $p < 0,05$

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo o estado civil em relação aos domínios: Limitação por Aspecto Físico ($p = 0,011$), Dor ($p = 0,003$), Estado Geral de Saúde ($p = 0,039$) e Aspectos Sociais ($p = 0,043$) da escala SF-36, onde os profissionais com companheiro apresentaram pontuações significativamente maiores do que as do grupo sem companheiro nesses domínios da escala (TABELA 18). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo o estado civil quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a presença de filhos dependentes em relação ao domínio: Limitação por Aspecto Físico ($p = 0,049$) da escala SF-36, onde os profissionais com um filho ou mais apresentaram pontuações significativamente maiores do que as do grupo com nenhum filho (TABELA 18). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a presença de filhos dependentes quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Com relação às características de educação dos funcionários do DIS/UNIFESP, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais com ensino médio, superior e mestrado ou doutorado quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Com relação ao número de empregos, foi encontrada diferença estatisticamente significativa no domínio: Limitação por Aspecto Físico ($p = 0,037$) da escala SF-36, onde os profissionais com dois ou mais trabalhos apresentaram pontuações significativamente maiores do que as do grupo com apenas um trabalho (TABELA 19). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo o número de trabalhos quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a renda pessoal mensal em relação aos domínios: Limitação por Aspecto Físico ($p = 0,026$) e Aspectos Sociais ($p = 0,045$) da escala SF-36 (TABELA 19).

No domínio Limitação por Aspecto Físico o grupo de profissionais com rendimento acima de 7 sm apresentou pontuações significativamente maiores do que as dos grupos com rendimento até 4 sm e entre 4 e 7 sm, que não se diferenciaram de forma significativa.

No domínio Aspectos Sociais o grupo de profissionais com rendimento acima de 7 sm apresentou pontuações significativamente maiores do que as do grupo com rendimento entre 4 e 7 sm. O grupo com rendimento de até 4 sm não se diferenciou de forma significativa dos demais grupos.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a renda pessoal mensal quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

TABELA 19: Resultado da correlação dos dados do domínio social do modelo PRECEDE relacionado ao rendimento com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>Domínios</i>	<i>Número trabalhos</i>	<i>Renda pessoal</i>	<i>Sustenta família sozinho</i>	<i>Renda familiar mensal</i>
Capacidade funcional	0,532	0,815	0,469	0,284
Limitação por aspecto físico	0,037*	0,026*	1,000	0,103
Dor	0,632	0,357	0,229	0,048*
Estado geral de saúde	0,175	0,164	0,898	0,537
Vitalidade	0,546	0,875	0,253	0,260
Aspectos sociais	0,088	0,045	0,141	0,046*
Aspectos emocionais	0,650	0,818	0,248	0,559
Saúde mental	0,191	0,399	0,217	0,156

* valor de $p < 0,05$

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais que sustentam e não sustentam as famílias sozinho (TABELA 19), quanto as pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a renda familiar mensal em relação aos domínios: Dor ($p = 0,048$) e Aspectos Sociais ($p = 0,046$) da escala SF-36, onde os profissionais com renda familiar superior a R\$5.000,00 apresentaram pontuações significativamente maiores do que as do grupo com renda de até R\$5.000,00 nesses domínios da escala. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a renda familiar mensal quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

6.2.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE OS DADOS DO DOMÍNIO EPIDEMIOLÓGICO DO MODELO *PRECEDE* E A QUALIDADE DE VIDA

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais que consultaram e não consultaram médico nos últimos 12 meses quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações) (TABELA 20).

Também, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais que consultaram ao médico uma vez, duas vezes e três ou mais vezes nos últimos 12 meses quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações). Não houve correlação significativa entre o grupo de indivíduos com diagnóstico de dor músculo-esquelética e os domínios da qualidade de vida (TABELA20).

TABELA 20: Resultado da correlação entre os dados do domínio epidemiológico do modelo *PRECEDE* e os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

Domínios	Consulta médica último ano	Número de consultas	Dor Músculo-esquelética
Capacidade funcional	0,210	0,592	0,711
Limitação por aspecto físico	0,334	0,118	0,838
Dor	0,406	0,063	0,469
Estado geral de saúde	0,340	0,063	0,953
Vitalidade	0,709	0,159	0,921

Aspectos sociais	0,562	0,062	0,217
Aspectos emocionais	0,650	0,428	0,442
Saúde mental	0,709	0,215	0,173

* valor de $p < 0,05$

6.2.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE OS DADOS DO DOMÍNIO COMPORTAMENTAL E AMBIENTAL DO MODELO *PRECEDE* E A QUALIDADE DE VIDA

Em relação aos dados da análise do ambiente físico, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais com domicílio próprio e quitado, próprio e pagando e alugado quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações) (TABELA 21)

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais que moram no domicílio com uma, duas, três ou mais pessoas quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações) (TABELA 21).

TABELA 21: Resultado da comparação dos dados do domínio ambiente do modelo *PRECEDE*, relacionados ao domicílio (tipo e número de moradores), com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>Domínios</i>	<i>Tipo domicílio</i>	<i>Número de moradores</i>
Capacidade funcional	0,715	0,527
Limitação por aspecto físico	0,187	0,598
Dor	0,553	0,184
Estado geral de saúde	0,500	0,412

Vitalidade	0,886	0,473
Aspectos sociais	0,989	0,974
Aspectos emocionais	0,641	0,461
Saúde mental	0,731	0,809

* valor de $p < 0,05$

Também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na correlação dos dados relacionados ao trabalho (tempo de trabalho, horas por dia, horas-extras e tempo de deslocamento ente casa e trabalho) quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações) (TABELA 22).

TABELA 22: Resultado da comparação entre os dados do domínio ambiente do modelo PRECEDE, relacionados às características do trabalho com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

Domínios	Tempo de trabalho	Horas /dia	Horas - extras	Tempo de deslocamento	Posto de Trabalho
Capacidade funcional	0,681	0,587	0,339	0,451	0,031*
Limitação por aspecto físico	0,735	0,488	0,866	0,984	0,539
Dor	0,506	0,444	0,771	0,792	0,578
Estado geral de saúde	0,600	0,745	0,700	0,662	0,913
Vitalidade	0,411	0,217	0,987	0,356	0,418
Aspectos sociais	0,837	0,617	0,330	1,000	0,821
Aspectos emocionais	0,129	0,613	0,224	0,779	0,625

Saúde mental	0,898	0,630	0,247	0,961	0,791
---------------------	-------	-------	-------	-------	-------

* valor de $p < 0,05$

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a classificação da Ergonomia do Posto de Trabalho em relação ao domínio: Capacidade Funcional ($p = 0,031$) da escala SF-36, onde o grupo com classificação razoável apresentou pontuações significativamente maiores do que as do grupo com classificação boa (TABELA 22).

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a classificação da Ergonomia do Posto de Trabalho quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Em relação aos dados da análise comportamental/psicossocial do modelo *PRECEDE*, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais fumantes e não fumantes (TABELA 23) quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Também, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais praticantes e não praticantes de atividade física (TABELA 23) quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

TABELA 23: Resultado da comparação dos dados do domínio comportamento do modelo *PRECEDE*, com relação aos hábitos de vida (fuma e pratica atividade física), com os domínios da qualidade de vida do sf-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

Domínios	Fuma	Atividade Física
Capacidade funcional	0,809	0,061

Limitação por aspecto físico	0,334	0,639
Dor	0,686	0,455
Estado geral de saúde	0,340	0,863
Vitalidade	0,926	0,785
Aspectos sociais	0,562	0,743
Aspectos emocionais	0,257	0,359
Saúde mental	0,389	0,943

* valor de $p < 0,05$

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais que na escala Holmes-Rahe foram classificados com 30% de chance, 50% de chance e 80% de chance de adoecer quanto às pontuações em nenhum dos domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações) (TABELA 24).

TABELA 24: Resultado da correlação dos dados do domínio comportamento do modelo *PRECEDE*, com relação a classificação da escala Holmes-Rahe, e os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

Domínios	Escala Holmes-Rahe
Capacidade funcional	0,618
Limitação por aspecto físico	0,343
Dor	0,213
Estado geral de saúde	0,743
Vitalidade	0,207
Aspectos sociais	0,735

Aspectos emocionais	0,821
Saúde mental	0,597

* valor de $p < 0,05$

Os estressores presentes na Escala de Reajustamento Social de Holmes-Rahe foram divididos em eventos de vida pessoal e eventos de vida relacionados ao trabalho e comparados com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36. Foram correlacionados os eventos de vida pessoal com ocorrência igual ou acima de 8 (TABELAS 25 e 26), sendo que os eventos de vida relacionados com o trabalho correlacionados tiveram ocorrência igual ou maior que 6 (TABELA 27).

TABELA 25: Resultados da correlação dos dados do domínio comportamento do modelo *PRECEDE*, com relação aos eventos de vida pessoal da Escala de Holmes-Rahe e os domínios da qualidade de vida do SF-36, dos funcionários do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>DOMÍNIOS</i>	<i>Dívidas</i>	<i>Alteração da situação financeira</i>	<i>Morte de pessoa da família</i>	<i>Doença grave na família</i>	<i>Chegada de novo membro à família</i>	<i>Varição na frequência de discussões com cônjuge</i>	<i>Início ou término de estudos escolares</i>
Capacidade funcional	0,660	0,352	0,313	0,685	0,899	0,149	0,215
Limitação por aspecto físico	0,776	0,986	0,251	0,715	0,895	0,784	0,984
Dor	0,210	0,337	0,625	0,424	0,309	0,851	0,039*
Estado geral de saúde	0,944	0,598	0,776	0,207	0,552	0,513	0,238
Vitalidade	0,157	0,339	0,435	0,542	0,146	0,261	0,348
Aspectos sociais	0,113	0,128	0,081	0,892	0,525	0,330	0,282
Aspectos emocionais	0,854	0,339	0,002*	0,414	0,791	0,142	0,847
Saúde mental	0,082	0,195	0,230	0,611	0,214	0,227	0,400

*valor de $p < 0,05$

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de morte de pessoa querida na família em relação ao domínio: Aspectos Emocionais ($p = 0,002$) da escala SF-36, onde o grupo com ocorrência apresentou pontuações significativamente maiores do que as do grupo sem ocorrência. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de morte de pessoa querida na família quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de início ou término de estudos escolares em relação ao domínio: Dor ($p= 0,039$) do questionário SF-36, sendo que o grupo com ocorrência apresentou pontuações significativamente menores do que o grupo sem ocorrência. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de início ou término de estudos escolares quanto aos demais domínios ($p>0,05$ em todas as comparações).

TABELA 26: Resultados da correlação dos dados do domínio comportamento do modelo PRECEDE, com relação aos eventos de vida pessoal da Escala de Holmes-Rahe e os domínios da qualidade de vida do SF-36, dos funcionários do DIS/UNIFESP, 2005.

DOMÍNIOS	Alterações nas condições de vida	Revisão de hábitos alimentares	Mudança de tipo de Lazer	Mudanças das atividades sociais	Alterações nos hábitos de dormir	Alterações nos hábitos de comer
Capacidade funcional	0,518	0,826	1,000	1,000	0,011*	0,229
Limitação por aspecto físico	0,195	0,606	0,903	0,514	0,186	0,984
Dor	0,003*	0,035*	0,400	0,252	0,008*	0,725
Estado geral de saúde	0,361	0,661	0,571	0,933	0,124	0,388
Vitalidade	0,003*	0,217	0,507	0,401	0,005*	0,120
Aspectos sociais	0,008*	0,028*	0,750	0,365	0,002*	0,161
Aspectos emocionais	0,396	0,049*	0,687	0,650	0,001*	0,086
Saúde mental	0,043*	0,580	0,808	0,663	0,001*	0,153

* valor de $p<0,05$

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de alterações nas condições de vida em relação aos domínios: Dor ($p = 0,003$), Vitalidade ($p = 0,003$), Aspectos Sociais ($p = 0,008$) e Saúde Mental ($p = 0,043$) da escala SF-36, onde o grupo com ocorrência apresentou pontuações significativamente menores do que as do grupo sem ocorrência nesses domínios da escala. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de alterações nas condições de vida quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

O evento “revisão de hábitos alimentares” mostrou correlação estatisticamente significativa com os domínios: Dor ($p = 0,035$), Aspectos Sociais ($p = 0,028$) e Aspectos Emocionais ($p = 0,049$) do questionário SF-36, sendo que o grupo com ocorrência apresentou pontuações significativamente menores do que as do grupo sem ocorrência nesses domínios da escala. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de revisão de hábitos alimentares quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de alterações nos hábitos de dormir em relação aos domínios: Capacidade Funcional ($p = 0,011$), Dor ($p = 0,008$), Vitalidade ($p = 0,005$), Aspectos Sociais ($p = 0,002$), Aspectos Emocionais ($p < 0,001$) e Saúde Mental ($p = 0,001$) da escala SF-36, onde o grupo com ocorrência apresentou pontuações significativamente menores do que as do grupo sem ocorrência nesses domínios da escala. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre

os grupos divididos segundo a ocorrência de alterações nos hábitos de dormir quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Os eventos de vida pessoal: dívidas, alteração da situação financeira, doença grave na família, chegada de novo membro na família, variação na frequência de discussões com o cônjuge, mudanças do tipo de lazer, mudanças das atividades sociais e alterações nos hábitos de comer não apresentaram correlação estatística com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36.

O único evento de vida relacionado ao trabalho que apresentou correlação estatística com os domínios da qualidade de vida foi “dificuldade com o chefe”, não havendo correlação estatística nos eventos: férias, mudança de responsabilidade no emprego, adaptação a novo emprego ou negócio, mudança para outra área do trabalho e mudanças nas condições ou horários de trabalho (TABELA 27).

TABELA 27: Resultados da correlação dos dados do domínio comportamento do modelo PRECEDE, com relação aos eventos de vida relacionados ao trabalho da Escala de Holmes-Rahe e os domínios da qualidade de vida do SF-36, dos funcionários do DIS/UNIFESP, 2005.

DOMÍNIOS	Férias	Mudança de responsabilidade no emprego	Dificuldade com o chefe	Adaptação a novo emprego ou negócio	Mudança para outro área do trabalho	Mudanças nas condições ou horários de trabalho
Capacidade funcional	0,953	0,754	0,095	0,775	0,478	0,887
Limitação por aspecto físico	0,488	0,514	0,379	0,835	0,105	0,431
Dor	0,795	0,561	0,353	0,367	0,328	0,889
Estado geral de saúde	0,899	0,441	0,286	0,632	0,171	0,891

Vitalidade	0,321	0,268	0,093	0,854	0,126	0,410
Aspectos sociais	0,691	0,903	0,123	0,688	0,074	0,428
Aspectos emocionais	0,177	0,885	0,040*	0,210	0,150	0,641
Saúde mental	1,000	0,234	0,049*	0,699	0,357	0,092

* valor de $p < 0,05$

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo a ocorrência de dificuldades com o chefe em relação aos domínios: Aspectos Emocionais ($p = 0,040$) e Saúde Mental ($p = 0,049$) da escala SF-36, onde os profissionais com dificuldades com o chefe apresentaram pontuações significativamente menores do que as do grupo de profissionais sem dificuldades com o chefe nesses domínios da escala.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais com e sem ocorrência de dificuldades com o chefe quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo o inventário de Marilda Lipp em relação aos domínios: Capacidade Funcional ($p = 0,049$), Limitação por Aspectos Físicos ($p = 0,028$), Dor ($p = 0,036$), Aspectos Sociais ($p = 0,011$) e Saúde Mental ($p = 0,022$) da escala SF-36 (TABELA 28).

No domínio Capacidade Funcional o grupo de profissionais com estresse limite apresentou pontuações significativamente menores do que as dos grupos com estresse ausente e estresse presente, que não se diferenciaram de forma significativa.

Nos domínios Limitação por Aspectos Físicos, Dor e Saúde Mental o grupo de profissionais com estresse ausente apresentou pontuações significativamente

maiores do que as do grupo com estresse limite. O grupo com estresse presente não se diferenciou de forma significativa dos demais grupos.

No domínio Aspectos Sociais o grupo de profissionais com estresse ausente apresentou pontuações significativamente maiores do que as dos grupos com estresse limite e estresse presente, que não se diferenciaram de forma significativa.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos segundo o inventário de Marilda Lipp quanto aos demais domínios ($p > 0,05$ em todas as comparações).

TABELA 28: Resultados da comparação dos dados do domínio comportamento do modelo PRECEDE, com relação ao Inventário de Controle do Estresse e os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>Domínios</i>	<i>Inventário de Controle do Estresse</i>
Capacidade funcional	0,049*
Limitação por aspecto físico	0,028*
Dor	0,036*
Estado geral de saúde	0,091
Vitalidade	0,149
Aspectos sociais	0,011*
Aspectos emocionais	0,081
Saúde mental	0,022*

* valor de $p < 0,05$

Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a pontuação dos fatores Manejo, Controle e Esquiva da Escala *Coping* no Ambiente

Ocupacional e as pontuações dos domínios da escala SF-36 ($p > 0,05$ em todos os coeficientes de correlação). Porém, podemos observar uma tendência de correlação positiva ou direta do fator manejo com o domínio “estado geral de saúde” e do fator controle com os domínios “capacidade funcional” e “estado geral de saúde”. O fator esquiva demonstrou uma tendência de correlação negativa ou inversa com os domínios “aspectos emocionais” e “saúde mental” (TABELA 29).

TABELA 29: Resultados da comparação dos dados do domínio comportamento do modelo PRECEDE, com relação aos fatores manejo, controle e esquiva da escala Coping no Ambiente Ocupacional, com os domínios da qualidade de vida do questionário sf-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>Domínios</i>	<i>Fator Manejo</i>	<i>Fator Controle</i>	<i>Fator Esquiva</i>
Capacidade funcional	0,010 (rs) 0,550 (p)	0,32 (rs) 0,060 (p)	0,01 (rs) 0,986 (p)
Limitação por aspecto físico	0,01 (rs) 0,965 (p)	0,25 (rs) 0,127 (p)	-0,12 (rs) 0,462 (p)
Dor	0,10 (rs) 0,559 (p)	0,07 (rs) 0,696 (p)	-0,17 (rs) 0,302 (p)
Estado geral de saúde	0,31 (rs) 0,061 (p)	0,30 (rs) 0,064 (p)	-0,04 (rs) 0,817 (p)
Vitalidade	0,13 (rs) 0,450 (p)	0,22 (rs) 0,194 (p)	-0,07 (rs) 0,658 (p)
Aspectos sociais	0,07 (rs) 0,684 (p)	0,10 (rs) 0,564 (p)	-0,20 (rs) 0,234 (p)
Aspectos emocionais	-0,04 (rs) 0,792 (p)	0,21 (rs) 0,202 (p)	-0,28 (rs) 0,093 (p)
Saúde mental	-0,08 (rs) 0,634 (p)	0,18 (rs) 0,288 (p)	-0,28 (rs) 0,093 (p)

* valor de $p < 0,05$

6.3. IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE OCUPACIONAL

Após inventariarmos e analisarmos os determinantes sociais, comportamentais e ambientais associados com a percepção de saúde e a qualidade de vida dos funcionários do DIS participantes da pesquisa, tornou-se relevante apontarmos oportunidades de intervenções educativas para promoção da saúde e melhora do bem-estar no local do trabalho. A avaliação ecológica e educacional, quarta fase do modelo *PRECEDE* tem por finalidade a análise das condições ambientais e comportamentais relacionadas com o estado de saúde e a qualidade de vida, identificando os fatores que devem ser modificados para iniciar ou manter o processo de mudança comportamental e ambiental (Green, 1999). Os determinantes da saúde e da qualidade de vida referenciados, nesta fase do modelo *PRECEDE*, serão as metas centrais e imediatas dos programas de educação para promoção da saúde.

Os determinantes da saúde e da qualidade de vida foram categorizados, com base no modelo *PRECEDE*, em três grupos: fatores pré-existent, fatores de reforço e fatores capacitantes. Estes apresentam uma complexa rede de inter-relações que influenciam o estado de saúde e a qualidade de vida, e servem como estrutura de diagnóstico para o desenvolvimento de ações educativas (Green 1999). Dentro de cada categoria, os determinantes foram classificados como positivo ou negativo, de acordo aos efeitos na percepção de saúde e da qualidade de vida dos funcionários do DIS.

Os fatores pré-existentes são definidos por Green (1999) como antecedentes do comportamento que fornecem uma razão ou motivação para um determinado comportamento. Esta categoria inclui não somente as dimensões cognitivas e afetivas do conhecimento, das crenças, valores e atitudes, como também os fatores pessoais que predisõem um comportamento específico de saúde, entre eles gênero, idade, raça, ocupação e renda (Green, 1994; Green, 1999).

Os fatores capacitantes são considerados como antecedentes do comportamento que permitem que um novo hábito ou uma nova atitude seja adquirido, assumindo um papel de facilitador de uma determinada ação. Englobam as habilidades (*skills*) associadas com saúde, disponibilidade, acesso e recursos relacionados aos serviços de saúde e as condições que agem como barreira para novas ações. As habilidades relacionadas com saúde, apontadas nesta categoria, referem-se às capacidades pessoais para controlar os fatores de riscos para desenvolvimento de doenças, para manejar de forma apropriada os cuidados de saúde e para mudar as condições ambientais (Green, 1994; Green, 1999).

Os fatores de reforço referem-se aos determinantes que exercem contínua motivação para a persistência ou repetição de um comportamento. Fazem parte desta categoria o suporte social, influência dos amigos e as orientações dos profissionais da saúde. Os benefícios sociais como conveniência, alívio do desconforto ou da dor, vantagens econômicas, aparência e auto-estima também são consideradas fatores de reforço (Green, 1999)

As análises comparativas dos determinantes sociais, comportamentais e ambientais e a qualidade de vida realizadas em nossa pesquisa evidenciaram associações significativas das variáveis: gênero, faixa etária, estado civil, número de

filhos dependentes, número de empregos, renda mensal pessoal e familiar, ergonomia, eventos de vida pessoal e do trabalho e estresse, com os diversos domínios do questionário SF-36 de qualidade de vida. Desta forma, apresentaram uma correlação negativa com a qualidade de vida gênero feminino, faixa etária de 21 a 30 anos, viver sem companheiro, ausência de filhos, um único emprego, renda pessoal mensal abaixo de 7 salários mínimos, renda familiar mensal abaixo de cinco mil reais, ergonomia do posto de trabalho e a presença de estresse. Os eventos de vida pessoal: início ou término de estudos, alterações nas condições de vida, revisão dos hábitos alimentares e alterações nos hábitos de dormir; e o evento de vida relacionado ao trabalho: dificuldades com o chefe, também apresentaram associação negativa com os domínios do questionário SF-36 de qualidade de vida. As TABELAS 30 e 31 descrevem os domínios da qualidade de vida influenciados significativamente pelos determinantes sociais (TABELA 30) e determinantes ambientais e comportamentais (TABELA 31), dos funcionários do DIS participantes da pesquisa.

Saúde mental	0,023*	***	***	***	***	***	***
--------------	--------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

* valor de $p < 0,05$

TABELA 31: Resultado da comparação das variáveis ambientais e comportamentais inventariadas na terceira fase do modelo *PRECEDE* e os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36, dos funcionários (n= 39) do DIS/UNIFESP, 2005.

<i>DOMÍNIOS</i>	<i>Ergonomia do posto de trabalho</i>	<i>Presença de estresse</i>	<i>Início ou término de estudos escolares</i>	<i>Alterações nas condições de vida</i>	<i>Revisão de hábitos alimentares</i>	<i>Alterações nos hábitos de dormir</i>	<i>Dificuldade com o chefe</i>
Capacidade funcional	0,031*	0,049*	***	***	***	0,011*	***
Limitação por aspecto físico	***	0,028*	***	***	***	***	***
Dor	***	0,036*	0,039*	0,003*	0,035*	0,008*	***
Estado geral de saúde	***	***	***	***	***	***	***
Vitalidade	***	***	***	0,003*	***	0,005*	***
Aspectos sociais	***	0,011*	***	0,008*	0,028*	0,002*	***
Aspectos emocionais	0,014*	***	***	***	0,049*	0,001*	0,040*

Saúde mental	0,023*	0,022*	***	0,043*	***	0,001*	0,049*
---------------------	---------------	---------------	------------	---------------	------------	---------------	---------------

* valor de $p < 0,05$

O domínio da qualidade de vida influenciado de maneira negativa por mais variáveis sociais, apontadas em nossa pesquisa, foi limitação por aspecto físico, apresentando correlação com a faixa etária, estado civil, número de filhos, número de empregos e a renda pessoal mensal. As variáveis ambientais e comportamentais demonstraram maior número de correlações negativas com os domínios: dor, saúde mental, aspectos sociais e emocionais do questionário de qualidade de vida SF-36.

A classificação das variáveis que apresentaram correlação significativa com os domínios da qualidade de vida dos funcionários do DIS participantes desta pesquisa foi realizada com base na fundamentação teórica proposta por Green (1999), sendo todos considerados negativos devido à associação apresentada com a qualidade de vida. Os fatores sociais, ambientais e comportamentais foram também categorizados como modificáveis ou não, tendo como base a possibilidade de mudanças de cada determinante através de programas e práticas educativas para saúde (TABELA 32).

TABELA 32: Classificação das variáveis sociais, ambientais e comportamentais que demonstraram correlação negativa com os domínios do questionário SF-36 de qualidade de vida, em fatores pré-existent, capacitantes e de reforço, as possibilidades de mudanças e ações educativas.

DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA (DIS/2005)	Categorias PRECEDE	Possibilidade e de mudança	Ações Educativas
Gênero Feminino	Pré-existente	Não	Competências relacionais; família; sexualidade

Idade entre 21 e 30 anos	Pré-existente	Não	Desenvolvimento de habilidades técnicas; drogas; sexualidade
Viver sem companheiro	Reforço	Sim	Competências relacionais
Ausência de filhos	Reforço	Sim	Competências relacionais
Um único emprego	Pré-existente	Não	Desenvolvimento de habilidades técnicas
Renda pessoal abaixo de 7 sm	Pré-existente	Não	Desenvolvimento de habilidades técnicas
Renda familiar abaixo de 5 mil	Pré-existente	Não	Desenvolvimento de habilidades técnicas
Ergonomia do posto de trabalho	Capacitante	Sim	Conhecimento ergonômico; educação postural
Estresse presente	Capacitante	Sim	Capacidade adaptativa, mediação de conflitos
Eventos de vida	Pré-existente	Não	Capacidade adaptativa, mediação de conflitos; competências relacionais; psicoterapia

7. DISCUSSÃO

7.1 PERFIL DA AMOSTRA E CORRELAÇÃO COM OS INDICADORES DA LITERATURA

O re-visitado da literatura acerca dos conceitos de saúde e de qualidade de vida embasou e solidificou nosso olhar ecológico para tais temáticas, permitindo, assim, concebê-los como um amplo fenômeno dinâmico, que envolve aspectos individuais, ambientais, culturais e sociais. A percepção de saúde e de qualidade de vida, na sua construção e representação, comporta diversos fatores como: moradia, renda, educação, condições de saúde, valores, crenças, auto-estima e satisfação

peçoal, sendo todos inseridos em um contexto cultural, social e histórico (Minayo, 2000).

No ambiente ocupacional, questões como saúde e qualidade de vida acomodam propostas de investigação e reflexão de caráter mais abrangente, considerando o indivíduo e suas inter-relações físicas e psico-sociais com o espaço não só interno do trabalho, mas também com o ambiente externo, do qual o sujeito faz parte, onde a vida em família e em sociedade ganha relevo.

O objeto de pesquisa e os modelos teóricos adotados nos permitem uma análise quantitativa e qualitativa dos dados. Nesta investigação, as características de saúde e de qualidade de vida e os determinantes pessoais, comportamentais e ambientais dos funcionários do DIS (n= 39), inventariados com base no modelo PRECEDE, merecem destaque e considerações diversas. As informações e discussões que se seguem são resultados da consulta e análise dos dados sistematizados e apresentados no capítulo antecedente. São cristalizações que refletem a realidade na época da realização da pesquisa.

O predomínio do uso intensivo de equipamento de informática que constitui o trabalho no DIS foi um dos motivos que nos levou a escolher o departamento como local de trabalho para estudo. No momento da coleta de dados desta investigação, o Departamento de Informática em Saúde (DIS) era composto por 79 funcionários, entre os quais 71 responderam aos critérios de inclusão deste estudo, assim arroladas: tempo mínimo de trabalho no DIS igual ou maior que 6 meses, funcionários remunerados, mínimo de 4 horas de trabalho por dia e expediente no DIS de segunda-feira a sexta-feira.

Desse modo, 44 funcionários concordaram em participar do estudo e responder ao questionário, obtendo-se um índice de resposta equivalente a 61,9%

da amostra inicial. Foram analisados 39 questionários, pois, 5 não foram respondidos de forma adequada ao instrumento aplicado, sendo que a amostra correspondeu a 54,9% da amostra total do DIS. Não é propósito configurar um quadro de análise da estrutura e dinâmica de funcionamento do departamento. As informações apresentadas têm por objetivo contextualizar o ambiente no qual a pesquisa foi realizada, cuja proposta pode ser sintetizada: na análise dos determinantes sociais, ambientais e comportamentais que interferem no estado de saúde e na percepção de qualidade de vida dos integrantes do Departamento de Informática em Saúde; e identificação de oportunidades de promoção de qualidade de vida, através de práticas educativas em saúde.

O grupo de funcionários do DIS apresentou-se homogêneo na distribuição dos dados pessoais referentes ao gênero (homens: 51,3% e mulheres: 48,7%), idade (21 a 30 anos: 48,7% e mais de 30: 51,3%), com média de idade de 33,0 anos (21 – 52 anos) e estado civil (com companheiro: 51,3% e sem companheiro: 48,7%).

A faixa etária dos funcionários do DIS é convergente aos dados da população brasileira apontados pela Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE, abrangendo 6 regiões metropolitanas (Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre) do território nacional. Esta pesquisa estimou, para o mês de janeiro de 2006, um contingente de aproximadamente 39,3 milhões de indivíduos em idade ativa, dos quais, 44,2% estavam inseridos na faixa etária de 25 a 49 anos e 14,8% estavam na faixa etária de 18 a 24 anos. Na cidade de São Paulo, 45,0% foram categorizados na faixa etária de 25 a 49 anos, enquanto que 14,9% na faixa de 18 a 24 anos.

O equilíbrio da distribuição entre gêneros masculino e feminino, entre faixas etárias e entre estados civis fortalece, de maneira razoável, o valor das respostas,

quando tais parâmetros entraram em jogo, na interpretação dos resultados. A faixa etária dos funcionários do DIS é semelhante à dos estratos da população economicamente ativa considerados pelo IBGE, para as regiões metropolitanas de Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, fato que, apesar de não permitir inferências de natureza causa-efeito nas comparações realizadas, nos levou a considerar que não estávamos lidando com características pessoais completamente diferentes da maioria dos brasileiros que vive em grandes áreas metropolitanas.

Os índices relacionados com o nível educacional, renda pessoal mensal e renda familiar mensal, encontrados neste estudo, merecem destaque especial, ao compararmos estes valores com os da população brasileira.

No que diz respeito ao nível educacional, 59% dos funcionários do DIS eram portadores de diploma de curso superior completo e 28,2% dos funcionários tinham realizado mestrado ou doutorado. Tais percentuais consagram um elevado nível de qualificação e estes trabalhadores qualificados não se encontram vinculados diretamente a um processo produtivo. São identificados como profissionais das atividades meio da estrutura organizacional, acentuando-se, portanto, a separação entre trabalho manual e intelectual. O número reduzido de pesquisas com trabalhadores qualificados pode ser atribuído a pouca visibilidade do impacto que a organização do trabalho exerce sobre a saúde física e mental destes trabalhadores, não se constituindo motivo para afastamento efetivo do ambiente de labor.

O Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2000) assinala que do total de 85,4 milhões de brasileiros na faixa etária de 25 anos ou mais, apenas 5.585.835 (6,5%) concluíram o ensino superior, e 304.795 (0,3%) finalizaram o curso de mestrado ou doutorado.

Os funcionários que compuseram a amostra deste estudo possuíam, em sua maioria (76,9%), apenas um emprego. A renda pessoal mensal de 21 funcionários (53,8%) estava acima de 7 salários mínimos (sm= 300,00 reais) e a renda familiar mensal mostrou-se acima de 5.000,00 reais em 56,8% dos funcionários, e abaixo de 5.000,00 reais em 43,2% dos funcionários do DIS.

Com relação ao rendimento pessoal mensal, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (IBGE, 2004) mostra que no Brasil, 7.300.264 (4,9%) pessoas em idade ativa possuem renda mensal entre 5 e 10 salários mínimos, e 11.502.679 pessoas com idade ativa recebem entre 3 e 5 salários-mínimos ao mês. Na região sudeste, estes valores são maiores, onde 4.106.306 (6,3%) indivíduos recebem entre 5 e 10 salários mínimos, e 6.409.538 (9,8%) recebem entre 3 e 5 salários mínimos ao mês.

Também, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (IBGE, 2004), no Brasil, 3.991.340 (7,7%) domicílios particulares apresentam rendimento mensal de 10 a 20 salários mínimos e 1.899.519 (3,7%) apresentam rendimento mensal acima de 20 salários mínimos. Na região sudeste, os valores de rendimento são relativamente maiores, sendo que 2.244.150 (9,7%) domicílios particulares foram categorizados na faixa de 10 a 20 salários mínimos e 1.057.063 (4,6%) foram classificados na faixa acima de 20 salários mínimos ao mês.

Através deste paralelo, podemos sublinhar que os funcionários do DIS apresentam média de idade equivalente à média de idade ativa prevalente na cidade de São Paulo, porém têm escolaridade e níveis de renda pessoal e familiar muito acima da média. Esta situação socioeconômica privilegiada pode ter contribuído para os índices elevados de percepção de qualidade de vida que prevaleceu entre os respondentes, no que diz respeito aos domínios de Capacidade funcional igual a

91,03 (11,76); Limitação por aspecto físico igual a 88,46 (21,34); Dor igual a 74,79 (23,01); Estado geral de saúde igual a 80,15 (13,67); Vitalidade igual a 68,21 (14,30); Aspectos sociais iguais a 84,61 (14,47); Aspectos emocionais iguais a 73,48 (31,71) e Saúde mental igual a 75,79 (12,75). As dimensões que apresentaram as maiores médias foram: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e aspectos sociais, enquanto que as dimensões com menores médias foram: vitalidade, aspectos emocionais e dor, respectivamente.

Os valores das médias encontradas nos funcionários do DIS apresentaram-se equivalentes aos valores das médias obtidas em estudos que analisaram indivíduos saudáveis. Neste sentido, podemos citar a pesquisa realizada por Sullivan (1995), na Suécia, que aplicou o questionário SF-36 em 8.930 sujeitos de ambos os sexos, com média de idade de 42,7 anos e que representavam as diversas classes sociais e as diferentes localidades deste país. Os valores das médias (dp) dos domínios da qualidade de vida do questionário SF-36 foram: capacidade funcional 87,9 (19,6); limitação por aspecto físico 83,2 (31,8); dor 74,8 (26,1); estado geral de saúde 75,8 (22,2); vitalidade 68,8 (22,8); aspectos sociais 88,6 (20,3), aspectos emocionais 85,7 (29,2) e saúde mental 80,9 (18,9). Os domínios que obtiveram menores médias foram: vitalidade, dor e estado geral de saúde, respectivamente.

Somando-se a esta perspectiva, merece ressalva uma pesquisa (Hemingway, 1997) realizada com 8.349 funcionários públicos britânicos, ambos os gêneros, com faixa etária de 35 a 55 anos e pertencentes a diferentes níveis sócio-econômicos, categorizados em 4 grupos: indivíduos saudáveis, indivíduos com desordens físicas, indivíduos com desordens emocionais e indivíduos com desordens físicas e emocionais. Os homens, pertencentes ao grupo de indivíduos saudáveis (n= 3120) obtiveram valores de média iguais a: 97,1 no domínio

capacidade funcional, 95,4 no domínio limitação por aspecto físico, 90,9 no domínio dor, 76,7 no domínio estado geral de saúde, 68,7 no domínio vitalidade, 95,9 no domínio aspectos sociais, 96,4 no domínio aspectos emocionais e 82,1 no domínio saúde mental. As mulheres, pertencentes ao mesmo grupo (n= 1227) obtiveram valores de média iguais a 88,2 no domínio capacidade funcional, 92,1 no domínio limitação por aspecto físico, 84,8 no domínio dor, 77,4 no domínio estado geral de saúde, 65,1 no domínio vitalidade, 93,0 no domínio aspectos sociais, 95,4 no domínio aspectos emocionais e 80,3 no domínio saúde mental.

Ambos os gêneros do grupo de indivíduos saudáveis apresentaram menores valores de média nos domínios: vitalidade, estado geral de saúde e saúde mental, respectivamente.

Em contraste com os valores obtidos em nossa pesquisa, destaca-se a pesquisa apresentada por Silva (2001), que avaliou a qualidade de vida de um total de 103 trabalhadoras da cidade de São Paulo, com faixa etária entre 18 e 45 anos e diagnóstico de LER/DORT. Os valores de médias obtidos para cada domínio do SF-36 foram: capacidade funcional igual a 41,9; limitação por aspectos físicos igual a 5,9; dor igual a 22,5; estado geral de saúde igual a 37,4; vitalidade igual a 34,6; aspectos sociais igual a 46,7; aspectos emocionais igual a 17,5 e saúde mental igual a 41,7.

Os dados referentes à percepção de características de saúde dos funcionários do DIS indicam que, em geral, os participantes da pesquisa (n= 39) classificam a sua saúde como “muito boa” (51,3%), “boa” (33,3%) e excelente (15,4%). Nenhum funcionário classificou a sua saúde como “ruim” ou “muito ruim”. Quando comparada com um ano atrás, 74,4% dos funcionários classificaram a saúde como “quase a mesma” e 15,4% classificaram-na como “um pouco melhor”.

Isso nos indica que a percepção do estado de saúde atual manteve-se relativamente constante durante os últimos 12 meses para a maioria, enquanto um grupo menor percebeu mudanças para melhor.

As características de saúde também foram investigadas considerando a frequência de consultas médicas e o motivo destas consultas nos últimos 12 meses. Na amostra analisada, 89,7% dos funcionários consultaram médico neste período e, destes, 43,6% tiveram frequência de 3 ou mais consultas.

Os dados de acesso e utilização dos serviços de saúde, apontados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2003 (IBGE), revelam que do total de 57.169.181 indivíduos pertencentes à faixa etária de 20 a 39 anos, 47.647.262 (83,3%) classificaram sua saúde como “muito boa ou boa” e do total de 21.823.045 indivíduos com faixa etária de 40 a 49 anos, 17.335.178 (79,4%) classificaram-na como “muito boa ou boa”.

Com relação ao rendimento familiar mensal, 87,5% dos indivíduos com classe de renda familiar entre 10 e 20 salários mínimos classificaram sua saúde como “muito boa ou boa” e 91,7% dos indivíduos com classe de renda familiar acima de 20 salários mínimos classificaram sua saúde como “muito boa ou boa”.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios deste período mostra também que do total de 175.495.212 entrevistados, 110.306.405 (62,8%) consultaram médico nos últimos doze meses, sendo que destes 50,2% realizaram de 1 a 2 consultas médicas e 30,2% realizaram entre 3 e 5 consultas médicas. Quando analisados com relação à renda familiar mensal, entre os indivíduos com classe de renda entre 10 e 20 salários mínimos, 47,7% realizaram de 1 a 2 consultas e 31,4% realizaram entre 3 e 5 consultas médicas nos últimos 12 meses. Entre os

indivíduos com classe de renda familiar mensal acima de 20 salários mínimos, 47,2% realizaram de 1 a 2 e 32,1% efetivaram de 3 a 5 consultas médicas.

Sob este ângulo, ao relacionarmos os dados de saúde da nossa amostra com os valores da população brasileira, notamos que os funcionários do DIS classificam a sua saúde de maneira similar aos brasileiros que apresentam a mesma faixa etária e a mesma renda familiar mensal. Com relação à frequência de consultas médicas no ano, os funcionários do DIS obtiveram número de consultas maiores que as apresentadas pela população brasileira, mesmo quando analisados somente os indivíduos com renda familiar mensal similar ao do DIS.

O principal motivo de consultas médicas nos últimos doze meses revelados pelos funcionários do DIS foi a realização de exames periódicos (48,6%), fato considerado positivo, no contexto deste estudo, uma vez que demonstra a existência de acesso a serviços de atendimento médico e uma estrutura organizacional que favorece o exame preventivo de seus funcionários.

Com relação às consultas realizadas pela presença de sintomas, observou-se que as desordens músculo-esqueléticas aparecem como o principal motivo de doença (31,5%) que levou os funcionários do DIS a procurarem o serviço de saúde, seguido por problemas oftalmológicos e dor de cabeça, ambos acometendo 11,5% da amostra analisada.

Esses dados convergem com a literatura nacional e internacional (Long, 2004), que nomeiam atualmente as alterações músculo-esqueléticas (afecções ósseas, musculares e articulares) como principal doença causada ou agravada pelo trabalho.

O *International Labour Office* e a Organização Mundial da Saúde (2005) estimam que deva ocorrer por ano aproximadamente 268 milhões de acidentes não-

fatais relacionados ao trabalho, resultando em média anual de três dias perdidos de trabalho pelas vítimas. Além disso, ocorrem por ano aproximadamente 160 milhões de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho. As principais doenças apontadas pelo *International Labour Office* são o câncer, decorrente da exposição às substâncias perigosas, as doenças músculo-esqueléticas, as doenças respiratórias, a perda de audição e as doenças circulatórias.

Neste sentido, torna-se interessante a menção de uma pesquisa realizada na Grã-Bretanha, envolvendo 2.233.000 trabalhadores (Long, 2004), que revela as doenças músculo-esqueléticas como principal doença causada ou agravada pelo trabalho, acometendo 49,6% dos entrevistados. A categoria estresse, depressão ou ansiedade acometeu 25% dos entrevistados, seguida por problemas respiratórios e pulmonares (8,2%), problemas auditivos (3,6%) e doenças cardiocirculatórias (2,9%).

No Brasil, esta realidade pode ser ilustrada pelos dados do Ministério da Previdência do Trabalho, que registrou, em 2004, o total de 458.956 acidentes de trabalho, sendo que destes, 27.587 foram classificados como “Doenças do Trabalho”. Os diagnósticos mais frequentes desta categoria foram: sinovite e tenossinovite (28,8%); lesões do ombro (12,1%); dorsalgia (7,7%), perda da audição (5,9%) e mononeuropatias do membro superior (5,3%).

Este novo quadro de doenças ocupacionais, instalado na transição para o século XXI, pode ser analisado e compreendido com base nas diversas modificações de ordem econômica, política, ambiental e social, que ocorreram no mundo do trabalho, particularmente, nos fins do século XX. As inovações organizacionais e tecnológicas provocaram significativas mudanças, seja na produção, seja na sociedade, cujas repercussões residem no mundo do trabalho.

Nas últimas décadas, inúmeras inovações tecnológicas foram lançadas nos mercados, contribuindo para transformar produtos, processos e as atividades econômicas e administrativas. Entre suas conseqüências, se destacam a redução do impacto da atividade industrial sobre o planeta, tanto pela produção de bens mais duráveis quanto pela maior eficiência na utilização da energia, o incremento significativo na produtividade do trabalho. Devem ser mencionados, sobretudo, os enormes avanços no bem estar material das pessoas e na sua saúde, aspectos cristalizados no decréscimo das taxas de mortalidade e na maior longevidade da população.

Em decorrência de sua utilização em escala global, novas questões desafiantes vêm se instituindo no mundo do trabalho: qualificação – desqualificação da mão de obra; racionalização total – alienação completa dos processos de trabalho; eficiência máxima na administração privada e pública e, sobretudo, desigualdades sociais expressas na saúde em sua relação com o trabalho. Está implícito o entendimento da relação trabalho-saúde como reflexo de processos sociais.

É inegável que seus maiores impactos são de natureza social. Mesmo quando alguma menção é feita sobre os impactos na relação emprego – desemprego, esta se concentra nos termos quantitativos, abstraindo das condições de trabalho, dos impactos sobre as emoções e sentimentos dos trabalhadores, o próprio “sentido” do trabalho para a vida humana.

No limiar da sociedade do “não trabalho”, abstraída dos problemas do poder, das relações sociais e das condições de trabalho, a inovação tecnológica passa a ser encarada como elemento preponderante na luta pelos mercados travada pelas grandes corporações que operam no espaço econômico transnacional.

Neste contexto, devem ser sublinhados os aspectos das inovações tecnológicas que alteram o processo de trabalho, aprimoraram as funções e as ferramentas do trabalho, com suposta eliminação de tarefas penosas ou pesadas, levando a uma nova relação homem/máquina, traduzido no imperativo da automação e informatização. Estas transformações se refletem hoje em inédita forma de organização e gerenciamento do trabalho e em nova interação do homem frente ao seu posto de trabalho.

Automatização do trabalho exige maior esforço cognitivo e maior qualificação do trabalhador, menor esforço físico e trabalho braçal, surgindo assim uma relação corpo-máquina de comando da atividade e não de realização da ação. A busca da qualidade, por sua vez, pressupõe o acompanhamento de sistemas automatizados sujeitos à falhas inesperadas, requer mão de obra atenta e conhecedora dos equipamentos, impedindo uma abordagem taylorista rígida, quer na organização do trabalho, quer na gestão do mesmo.

Esta nova relação tem profunda repercussão sobre o cotidiano dos trabalhadores, particularmente em sua vida psíquico-social, provoca novos riscos para a sua saúde a ponto de incidir na vida familiar e social. Ela se liga à produção de mecanismos não muito bem conhecidos e às manifestações sintomáticas inespecíficas, que afetam múltiplas partes do organismo, podendo se expressar muitas vezes no campo das chamadas enfermidades psicossomáticas. Dessa forma, estes riscos mais sutis para a saúde não podem ser apreendidos e avaliados sob a ótica da Medicina do Trabalho, que busca sempre uma conexão direta com acidentes e doenças profissionais.

Padrão de Qualidade, Normas de Segurança do Trabalho, Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional ou do Trabalho, Movimentos Sociais de

Trabalhadores são categorias referenciais presentes no universo do trabalho e que podem atestar o aspecto qualitativo de tais mudanças e conquistas.

A pressão da modernidade representada pela busca da qualidade atinge os trabalhadores, gerando no limite conseqüências para sua saúde física e mental. Os aspectos psico-sociais se fortalecem e passam a exercer uma influência efetiva nos trabalhadores à medida que crescem as demandas sociais pelos bens de consumo coletivo, como saneamento, moradia, saúde, educação, transporte, lazer e segurança, diante da ausência ou pouca presença do Estado nas ações que priorizam tais solicitações. O medo, a preocupação e as insatisfações tornam-se, assim, constantes na vida do trabalhador, influenciando diretamente o processo saúde-doença.

A perda do emprego, ou o medo de perdê-lo, constitui marco de insegurança, que afeta o conjunto de trabalhadores, gera fortes pressões sobre as condições psico-sociais e sobre as condições de trabalho, em geral. Ocasiona, pois, quadros de estresse, riscos na saúde física e mental, além de crescentes graus de insatisfação laboral. Espinoza, em estudo da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, na Região Metropolitana de Santiago, revelou que 1 a cada 4 adultos tem problemas de saúde mental e muitos desses transtornos se associam aos problemas laborais. Assim, por exemplo, 28,9% de aposentados e pensionistas apresentavam algum tipo de transtorno psiquiátrico (estresse, depressão, angústia, entre outros), e 70,6% entre aqueles que estavam sem trabalho por problemas de saúde. De igual modo, o grau de precariedade do mercado de trabalho e as bases em que se assenta o próprio processo de precarização das condições de trabalho, atribuídos à reprodução de baixos níveis salariais, à não-cobertura da seguridade

social e à falta de assistência médica, são fatores que habitam o território do medo e aflições no imaginário dos trabalhadores.

O desgaste a que pessoas são submetidas nos ambientes e nas relações com o trabalho é fator dos mais significativos na determinação de doenças. Em síntese, procuramos sublinhar um quadro no qual a manifestação das doenças do trabalho vêm afetando trabalhadores de ambos os sexos, em diferentes estágios e circunstâncias de suas vidas produtivas, nos mais diversos setores da produção e de serviços.

Os determinantes ambientais foram analisados com base nos dados referentes ao domicílio, carga de trabalho e ergonomia do posto de trabalho. Com relação às características do domicílio, 46,2 % dos funcionários do DIS possuíam domicílio “próprio e pago”, 35,9% possuíam domicílio “alugado” e 12,8% “próprio, ainda pagando”. O número de moradores por domicílio foram categorizados como: um morador/domicílio, relatado por 12,8 % dos funcionários, dois moradores/domicílio, relatado por 23,1% dos funcionários e três moradores ou mais/domicílio, relatado pela maioria, 59% dos funcionários.

Os valores apresentados refletem a realidade brasileira, como revela a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, referente ao período de 2004. Do total de domicílios investigados, 69,4% eram “próprios e pagos, 4,3% eram “próprios, ainda pagando”, enquanto que 15,4% eram “alugados”. Na região sudeste ocorreu uma distribuição similar, com 66,3% dos domicílios sendo classificados como “próprios e pagos”, 5,3% “próprios, ainda pagando” e 17,8% classificados como “alugados”.

Na análise dos determinantes do ambiente físico do trabalho notamos que os dados referentes às características de trabalho dos funcionários do DIS

participantes da pesquisa revelam uma distribuição homogênea da amostra quanto ao tempo de trabalho neste Departamento e as horas de trabalho por dia. A maioria dos funcionários (74,4%) da amostra não realiza hora-extra, bem como 74,4% dos funcionários gastam até uma hora de deslocamento de casa para o trabalho. A análise da ergonomia do posto de trabalho, realizada através do “Check-list para avaliação simplificada das condições biomecânicas do posto de trabalho”, proposto por Couto (1995), mostrou que 56,4% dos funcionários da amostra classificaram o posto de trabalho como “razoável” e 38,5% consideram a ergonomia do posto de trabalho “boa”.

Os determinantes comportamentais relacionados com saúde e qualidade de vida investigados nesta pesquisa incluíram dados sobre hábitos de vida, eventos de vida diária, estresse e estratégias de *coping* no ambiente ocupacional.

Os eventos de vida diária e suas relações com saúde e qualidade de vida têm como base o pressuposto de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, frente à ocorrência de diversos eventos de vida, gera um desgaste que pode causar doenças (Savóia, 1999). Desta maneira, os eventos de vida são considerados fatores estressantes e tanto o acúmulo destes eventos quanto a capacidade de adaptação ou superação do sujeito frente às mudanças na vida relacionam-se com a probabilidade de adoecimento.

Nesta pesquisa, os eventos vitais foram medidos através da Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes-Rahe, a qual revela que entre os funcionários do DIS que participaram da pesquisa, 53,8% apresentaram chance moderada de adoecer, 33,3% apresentaram chance pequena de adoecer e a minoria, 12,8% apresentaram grande chance de adoecer devido à ocorrência de eventos de vida estressantes. Os eventos de vida pessoais que ocorreram com

maior freqüência entre os funcionários do DIS foram: dívidas (51,3%); revisão de hábitos alimentares (46,2%), alteração da situação financeira (43,6%), doença grave na família (38,5%) e alterações na condição de vida (38,5%). Os eventos relacionados ao trabalho que ocorreram com maior freqüência foram: férias (53,8%), mudança de responsabilidade no emprego (23,1%) e dificuldade com o chefe (20,5%).

A publicação de artigos científicos que investigam a relação entre os eventos de vida diária e a ocorrência de doenças físicas e mentais tornou-se uma constante nas últimas décadas do século passado, ganhando força nas áreas de pesquisa de doenças como câncer, depressão, AIDS, afecções coronarianas, estresse pós-traumático e distúrbios psiquiátricos.

Neste sentido, podemos citar o estudo realizado por Cutrona et al, em 2005, que analisou o contexto da vizinhança, os eventos de vida negativos e a afetividade negativa como fatores preditivos para ocorrência de depressão em mulheres afro-americanas (n= 720). Os resultados desta pesquisa mostraram que as mulheres que viviam em locais onde prevaleciam as desordens sociais (ex: delinqüência, drogas) e que vivenciaram eventos estressantes negativos tornaram-se mais depressivas do que aquelas inseridas em ambientes residenciais mais benignos. Desta maneira, a associação dos fatores ambientais e a experiência de eventos estressantes se relacionam, significativamente, com a ocorrência de depressão no gênero feminino.

Um estudo realizado na cidade de Pelotas (Sparrenberger, 2004), envolvendo 3.942 pessoas maiores de 20 anos, relacionou aspectos sócio-demográficos e os eventos de vida produtores de estresse com a ocorrência de mal-estar psicológico. As características sócio-demográficas que apresentaram uma prevalência maior de mal-estar psicológico foram: sexo feminino, raças não-brancas

e faixa etária de 50 a 59 anos, quando comparada com indivíduos de 20 a 29 anos. A escolaridade e a renda apresentaram uma relação inversa com a prevalência de mal-estar psicológico, sendo que quanto maior a renda ou a escolaridade, menor a presença desta condição. Os eventos de vida relacionados com a presença de mal-estar psicológico foram: separação conjugal, perda de emprego, doença na família e morte de pessoa da família. Os fatores preditivos para ocorrência de mal-estar psicológico apontados nesse estudo foram: renda menor que seis salários mínimos mensais, escolaridade inferior a 12 anos e a ocorrência de pelo menos um dos eventos estressantes.

Somando-se a estas afirmativas, podemos citar uma pesquisa realizada com 4.030 funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública no Rio de Janeiro, que avaliou a associação entre a ocorrência de eventos de vida estressantes e a presença de transtornos mentais comuns. A vivência de eventos estressantes mostrou correlação significativa com a ocorrência de transtornos mentais comuns, sendo que os eventos dificuldades financeiras graves, ter sido vítima de agressão física, rompimento de relação amorosa, mudança forçada de moradia e problema sério de saúde tiveram uma forte associação com a presença desta enfermidade (Lopes, 2003).

Constantemente, os sujeitos se deparam com diversas situações significativas que exigem mudanças e adaptações do organismo, influenciando de maneira direta a capacidade de cada um de manter-se saudável. Quando estas situações excedem os recursos de enfrentamento do indivíduo ocorre uma série de reações complexas, tanto físicas quanto psicológicas, reconhecida como estresse (Murta, 2004). Assim, o estresse é considerado como uma reação intensa do

organismo frente a eventos positivos ou negativos que alterem a vida do indivíduo (Lipp, 1996; Calais, 2003).

As dimensões geradoras de estresse envolvem não somente os aspectos externos, como as mudanças ambientais, organizacionais e de hábitos de vida, que fazem parte do contexto do homem moderno, mas também os aspectos internos, relacionados com os desejos, insatisfações, frustrações e características emocionais de cada um (Lipp, 2001). A ocorrência e a intensidade do estresse são decorrentes da associação dos estímulos externos e internos com as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por cada pessoa.

No ambiente ocupacional, os aspectos que envolvem o modelo organizacional do trabalho, como segurança, a qualificação do empregado, ciclo trabalho-descanso, a pressão para maior desempenho, as relações psico-sociais e a socialização, são considerados frequentemente como fatores estressores (Carayon, 1999). Todos interagem como um sistema que produz uma sobrecarga de estresse ao indivíduo e que pode afetar os aspectos da saúde e da qualidade de vida no trabalho.

A ocorrência de estresse no ambiente ocupacional está relacionada com o desenvolvimento de diversas patologias, como as doenças mentais, as desordens musculoesqueléticas, as doenças coronarianas, cefaléia, desordens do sono, entre outros (Carayon, 1999; Calais, 2003; Murta, 2004).

Nesta pesquisa, a ocorrência ou não de estresse entre os funcionários do DIS da amostra foi analisada através do Inventário de Controle do Estresse, proposto por Lipp (1994). Os sintomas físicos e emocionais descritos são agrupados de acordo com a fase do estresse: alerta, consiste na fase inicial caracterizada por reações do sistema nervoso simpático, quando o organismo percebe o evento;

resistência, ocorrendo quando o estímulo estressante se mantém por um determinado tempo ou é de grande dimensão e o organismo adapta seu metabolismo e suas reações para suportar o estresse; fase de exaustão, quando não há mais possibilidade de adaptação do organismo, surgindo assim diversas doenças físicas e/ou emocionais (Calais, 2003).

Os dados revelados indicam uma predominância da ausência do estresse, em todas as fases, entre os funcionários do DIS participantes da pesquisa. Na fase de alerta, somente 1 (2,6%) foi classificado como “estresse presente”, sendo que 97,4% dos funcionários não apresentaram estresse nesta fase. O estresse na fase de resistência mostrou-se presente em 8 (20,5%) dos funcionários, sendo classificado como “limite” em 4 (10,3%) e “ausente” em 27 (69,2) funcionários. Na fase de resistência, o estresse mostrou-se ausente em 38 (97,4%) funcionários do DIS e limite em apenas 1 (2,6%) sujeito.

A interação dos eventos de vida com os aspectos de saúde e qualidade de vida torna-se mais ampla e complexa quando consideramos a capacidade de adaptação do indivíduo frente a estes acontecimentos. Os esforços cognitivos e comportamentais individuais que objetivam manejar (reduzir, minimizar, controlar ou tolerar) as demandas internas ou externas da interação homem-ambiente, percebidas como sobrecarga aos recursos de cada um são definidos como *coping* (ou enfrentamento) (Folkman, 1986).

O processo de *coping* assume, então, uma função de mediador entre os fatores estressantes do ambiente e a reação e adaptação do organismo frente a este desequilíbrio, sendo apontado por diversos autores sua importância na redução dos efeitos negativos do estresse (Parkes, 1986; Folkman, 1985 e 1986; Latack, 1986; Bowman, 1995). Esta relação entre *coping* e o estado de saúde físico ou mental

depende da natureza do evento estressante, dos recursos pessoais disponíveis e do ambiente no qual o fator estressante se desenvolve (Parkes, 1986; Bowman, 1995).

As estratégias de coping englobam duas categorias: “*coping* centralizado no problema”, que se refere aos esforços pró-ativos realizados para lidar, controlar ou alterar objetivamente as condições consideradas como origens do estresse; e a categoria “*coping* centralizado na emoção” que consiste em regular as respostas emocionais causadas pelo estresse, utilizando-se de mecanismos que evitam um confronto direto com o agente estressante, como a negação e a esquiva (Folkman, 1985 e 1986). A escolha e a efetividade dos mecanismos de coping dependem da avaliação cognitiva da situação estressante, sendo que a estratégia centralizada no problema é considerada mais efetiva quando os estressores são percebidos como passíveis de controle e a estratégia centralizada na emoção é mais proveitosa em situações que, em grande parte, devem ser aceitas (Bowman, 1995).

Neste estudo, as estratégias de enfrentamento utilizadas no local de trabalho foram mensuradas pela Escala de Coping no Ambiente Ocupacional, proposta por Latack e adaptada à língua portuguesa por Pinheiro, em 2003. Neste instrumento, os mecanismos de coping são categorizados como: controle, que consiste de ações e reavaliações cognitivas de enfrentamento da situação; esquiva, que engloba as ações e reavaliações cognitivas que sugerem fuga ou atitudes de evitar a situação estressante; manejo, definido como as estratégias de lidar com os sintomas decorrentes do estresse do trabalho, como prática de exercícios e relaxamento (Latack, 1986; Pinheiro, 2003).

Os funcionários do DIS participantes da pesquisa apresentaram maior valor de média na categoria controle (43,11), seguido pelo fator esquiva (20,74) e fator manejo (17,16), sendo que os valores maiores relacionam-se com a utilização mais

freqüente de determinada categoria de estratégia de enfrentamento para lidar com os problemas estressantes do ambiente de trabalho.

A influência do tipo de estratégia utilizada e as alterações do estado de saúde têm sido objetos de investigação de diversos autores na literatura internacional e nacional. A academia vem registrando uma importante produção científica neste sentido a partir da década dos anos 80. Amirhkan (1990), em pesquisa realizada com indivíduos de uma comunidade do sul da Califórnia, mostrou uma relação significativa entre as estratégias de coping, medidas pelo *Coping Indicator Scale (CSI)*, e o índice de depressão. Os achados relataram uma associação inversa entre os valores de depressão e da estratégia controle, e uma associação direta entre depressão e o fator esquiva.

Esta pesquisa corrobora a sustentação das hipóteses sugeridas por Latack (1986) de que frente a um evento estressante no trabalho, as estratégias de controle e pró-ativas provavelmente produzam resultados mais positivos quando comparadas com os mecanismos de fuga, aceitação e manejo dos sintomas.

Os dados levantados pela pesquisa realizada por Bowman (1995), envolvendo uma mostra de 187 enfermeiras, com faixa etária de 20 a 66 anos, ratificam esta afirmação, pois sugerem uma correlação negativa entre as estratégias de esquiva e o ajustamento psicológico devido às características dos estressores relatados no ambiente ocupacional. Em contrapartida, as estratégias de resolução e reavaliação dos problemas foram apontadas como mantendo uma correlação positiva com o trabalho, podendo contribuir com o entusiasmo e um interesse maior dentro do ambiente ocupacional.

A efetividade das estratégias de *coping* no ambiente ocupacional em reduzir os riscos à saúde decorrentes do estresse relaciona-se de maneira significativa com

os aspectos individuais, as características situacionais e os fatores ambientais, como propôs Parkes (1986). Em pesquisa realizada com 135 alunas de enfermagem, este autor sugere que o uso de determinadas estratégias de enfrentamento foram associadas com as condições de demanda do trabalho. As estratégias centralizadas no problema foram utilizadas freqüentemente em condições de moderada demanda e as estratégias centralizadas na emoção ocorreram freqüentemente em condições de alta demanda de trabalho.

7.2. MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA: POSSÍVEIS TRANSVERSALIDADES

Na correlação dos dados pessoais do domínio social do modelo *PRECEDE* com as dimensões da qualidade de vida, as variáveis gênero, faixa etária, estado civil, presença de filhos dependentes ou incapacitados, número de trabalhos, renda mensal pessoal e familiar obtiveram correlação significativa com os domínios do SF-36.

Na variável gênero, o grupo de mulheres apresentou pontuações significativamente menores do que o grupo de homens, nos domínios capacidade funcional ($p= 0,011$), aspectos emocionais (0,014) e saúde mental (0,023). Isso revela que as mulheres percebem uma pior qualidade de vida quando comparadas aos homens, com relação a estes três domínios do questionário SF-36.

A relação do gênero e os aspectos da qualidade de vida pode ser ratificada pela pesquisa realizada por Jenkinson (1993) que avaliou a qualidade de vida de uma amostra formada por 9.332 indivíduos, com faixa etária de 18 a 64 anos, residentes no Reino Unido. As mulheres obtiveram valores de médias

significativamente ($p < 0.001$) menores do que os homens, em todos os domínios do SF-36, com exceção do domínio “estado geral de saúde”.

Neste sentido, devemos citar um estudo realizado por Scott et al, em 1999, envolvendo 7.862 sujeitos, com idade acima de 15 anos e diferentes níveis sócio-econômicos. Seus achados também revelam diferenças significativas entre os gêneros, sendo que as mulheres apresentaram valores de médias menores em todos os domínios do SF-36, com exceção do domínio “estado geral de saúde”. As diferenças foram maiores nos domínios da escala referentes aos aspectos de saúde mental.

No que diz respeito à literatura nacional, vale destacar estudo realizado por Lipp (2002), que objetivou avaliar o estresse ocupacional e o índice de qualidade de vida dos Magistrados da Justiça do Trabalho. Os resultados evidenciaram que 71% da amostra apresentavam estresse, sendo que desgaste físico, tensão muscular e excesso de irritabilidade foram os sintomas mais freqüentes citados. O índice de qualidade de vida revelou que 80% dos avaliados mostraram dificuldades na área da saúde, 41% na área afetiva, 39% na área social e 36% na área profissional. Na comparação entre os gêneros, houve diferença significativa com relação à presença do estresse, sendo que as mulheres juízas (82%) apresentaram maior incidência de estresse do que os homens juizes (56%). Nas áreas afetiva, profissional e de saúde, a mulheres apresentaram valores significativamente menores de qualidade de vida do que os homens, sendo esta relação inversa apenas na área social da qualidade de vida.

Na correlação da variável idade com a qualidade de vida, o grupo de funcionários do DIS, pertencentes à categoria faixa etária entre 21 e 30 anos, apresentou média significativamente menor no domínio “Limitação por aspecto físico”

do questionário SF-36, quando comparado com o grupo da categoria acima de 30 anos.

Diversos artigos acadêmicos que exploram a relação idade e qualidade de vida demonstram uma relação inversa entre essas variáveis, com valores menores nos domínios da qualidade de vida com o avançar da idade. Neste sentido, podemos retomar o estudo publicado por Scott et al, acima mencionado, que avaliou a qualidade de vida de uma amostra formada por 7.862 indivíduos, com faixa etária acima de 15 anos. Os resultados indicaram uma diminuição dos aspectos da saúde do questionário SF-36 com o aumento da idade, com as diferenças mais pronunciadas nos domínios relacionados com os aspectos físicos.

Ratificando esta hipótese, Sullivan (1995) aponta resultados equivalentes ao aplicar o questionário SF-36 em uma amostra de 8.930 indivíduos, com faixa etária entre 15 e 93 anos. A idade foi um fator preditivo de qualidade de vida, com valores de médias maiores no grupo de indivíduos mais jovens, em todos os domínios do questionário.

A variável “estado civil”, questionada nesta pesquisa, evidenciou correlação significativa com os domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, sendo que o grupo de indivíduos “sem companheiro” apresentou valores de médias menores nos domínios: limitação por aspecto físico ($p= 0,011$), dor ($p= 0,003$), estado geral de saúde ($p= 0,039$) e aspectos sociais ($p= 0,043$), quando comparado com o grupo de indivíduos “com companheiro”.

As relações sociais, mais especificamente o matrimônio, são apontadas pela literatura como um determinante positivo do estado de saúde. Os índices de morbidade e mortalidade são relativamente menores entre os indivíduos que vivem com um companheiro em diversas condições agudas e crônicas, como as doenças

cardiovasculares, desordens neurológicas, câncer, dor e depressão (Berkman, 1995; Carels, 1998; Kiecolt-Glaser, 2001; Tucker, 1996; Turk, 1992; Markey, 2005). As pessoas que vivem com um companheiro são mais saudáveis, apresentam menos estresse e têm maior apoio social, o que favorece o desenvolvimento de atitudes e comportamentos positivos, que influenciam os aspectos da saúde e da qualidade de vida.

Ratificando nossos achados, podemos destacar os dados resultantes de uma pesquisa realizada com 2.206 indivíduos, que sugere que os sujeitos casados apresentam atitudes mais pró-ativas à saúde quando comparados com indivíduos solteiros. Com relação ao gênero, as mulheres solteiras apresentaram atitudes mais pró-ativas do que as mulheres casadas, porém os homens casados apresentaram atitudes mais pró-ativas quando comparados com os homens solteiros. As diferenças entre os gêneros e o estado civil refletem algumas questões interessantes: as mulheres favorecem atitudes positivas de saúde nos homens, o cuidado com a família faz com que as mulheres tenham menos tempo e energia para cuidarem da própria saúde, as atitudes pró-ativas no homem casado podem ser favorecidas pelo aumento do senso de responsabilidade para com os outros da sua família (Markey, 2005).

A presença de filhos dependentes ou incapacitados mostrou também correlação significativa com a qualidade de vida, sendo que o grupo de indivíduos que não tinham filhos apresentou valor de média significativamente menor no domínio "Limitação por aspecto físico" ($p= 0,049$) quando comparado com o grupo com 1 filho ou mais. A presença de filhos dependentes ou incapacitados pode ser considerada como um fator estressante ou capaz de gerar limitações nas dimensões físicas, mentais e sociais da qualidade de vida. Porém, esta hipótese não foi

confirmada neste nosso estudo, o qual revelou que a presença de filhos tem uma relação positiva com a qualidade de vida, podendo ser relacionado com satisfação pessoal, motivação e apoio social.

As variáveis “renda pessoal mensal” e “renda familiar mensal” inventariadas nesta pesquisa, apresentaram correlação significativa com a qualidade de vida. O grupo de indivíduos com renda pessoal mensal acima de 7 salários mínimos obteve valores de médias maiores nos domínios “limitação por aspecto físico” e “aspecto social”, enquanto o grupo de indivíduos com renda familiar acima de 5.000,00 reais obteve valores de médias significativamente maiores nos domínios “dor” e “aspecto social” do questionário SF-36.

As condições sócio-econômicas, medidas através da renda pessoal e familiar, ratificam os achados da literatura que apontam o rendimento como fator determinante para saúde e qualidade de vida. As desigualdades de renda exercem impacto negativo no estresse, na auto-estima e nas relações sociais, os quais influenciam no bem-estar físico e mental dos indivíduos (Davidson, 2006). Além disso, o valor de renda menor influencia na facilidade de acesso aos serviços de saúde, na obtenção dos bens de consumo e na capacidade de mudanças de comportamento que favoreçam os aspectos de saúde e de qualidade de vida.

Macleod et al, em 2005, publicou uma pesquisa que pretendia analisar a associação dos índices objetivos e subjetivos da posição social, a percepção de estresse psicológico, os fatores de risco para doenças cardiovasculares e a saúde, com tempo de seguimento de 25 anos. Os resultados indicaram uma relação inversa entre posição social e fatores de risco para desenvolvimento de doenças, e uma relação direta entre posição social e a percepção do estresse e satisfação com o trabalho.

A relação classe social e qualidade de vida também, avaliada em uma pesquisa englobando 7.949 respondentes, com faixa etária de 35 a 55 anos, revelou que os homens pertencentes às classes sociais mais baixas apresentaram valores de médias significativamente menores em todos os domínios do questionário SF-36, quando comparados com os homens de classes sociais mais altas. As mulheres pertencentes às classes sociais mais baixas apresentaram a mesma correlação, com exceção aos domínios “limitação por aspecto físico” e “estado geral de saúde” (Hemingway, 1997).

Os dados relacionados com os aspectos do ambiente físico pessoal e do trabalho, investigados nesta pesquisa, como: tipo de domicílio, número de moradores por domicílio, tempo de trabalho, horas de trabalho por dia, horas-extras e tempo de deslocamento casa-trabalho, não apresentaram correlações significativas com a qualidade de vida, com exceção da variável ergonomia do posto de trabalho. O grupo de indivíduos que classificou o posto de trabalho como “razoável” apresentou valor de média maior no domínio “Capacidade Funcional”, do que o grupo que classificou a ergonomia como “boa”.

No domínio comportamental do modelo PRECEDE foram avaliados dados relacionados aos hábitos de vida, eventos de vida diária, estresse e estratégias de enfrentamento, sendo estes correlacionados com os domínios da qualidade de vida do questionário SF-36.

As categorias da escala de Reajustamento Social de Holmes-Rahe não apresentaram correlação estatística com a qualidade de vida. Porém, ao relacionarmos a ocorrência dos eventos descritos nesta escala com os domínios do questionário SF-36, ficam evidentes associações significativas dos eventos de vida pessoal, entre eles: morte de pessoa da família, início ou término de estudos,

alterações nas condições de vida, revisão de hábitos alimentares e alterações nos hábitos de dormir.

No âmbito do trabalho, apenas o evento de vida “dificuldades com o chefe” mostrou correlação significativa com a qualidade de vida. Os domínios do questionário SF-36, que apresentaram correlação significativa, foram: capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os sujeitos que relataram as ocorrências destes eventos apresentaram valores menores de médias nestes domínios da qualidade de vida.

A exceção ocorreu com o evento “morte de pessoa da família”, que obteve correlação significativa com o domínio “aspectos emocionais”. Os sujeitos que relataram a ocorrência deste evento apresentaram valor de média maior para este domínio, quando comparados com quem relatou a ocorrência do evento no último ano.

Patterson (2003) realizou uma pesquisa com 233 oficiais de polícia, relacionando “eventos de vida pessoal e do trabalho” e a ocorrência de estresse. Seus dados demonstraram uma associação direta entre o número de eventos de vida e a presença de estresse, sendo que os eventos de vida pessoal apresentaram uma correlação mais forte com o estresse quando comparados com os eventos de vida relacionados ao trabalho. Assim, situações relacionadas com a família e com a saúde foram mais relevantes na percepção do bem-estar desta amostra do que os eventos específicos do local de trabalho (Patterson, 2003).

A relação dos eventos de vida estressantes e o desenvolvimento de estresse, caracterizado tanto por sintomas físicos quanto por emocionais, é mediada pelas estratégias de enfrentamento avaliadas e utilizadas por cada sujeito. Ben-Zur, em estudo publicado em 2005, envolvendo 510 trabalhadores, apontou em seus

resultados que os sujeitos que vivenciaram eventos de vida recentes e utilizaram estratégias de *coping* centralizadas no problema, obtiveram menores níveis de estresse quando comparados com aqueles que optaram pelo uso das estratégias centralizadas na emoção. Desta forma, escolhas de estratégias de enfrentamento efetivas possibilitam redução da influência do estressor, diminuição do estresse psicológico, manutenção da função social e da percepção de bem-estar. Os sujeitos que optam pelas estratégias centralizadas no problema lidam de forma mais efetiva e adaptativa com as situações estressantes do dia-a-dia (Ben-Zur, 2005).

Portanto, apesar da ocorrência de diversos eventos de vida, considerados estressantes, e das correlações significativas com os domínios da qualidade de vida dos funcionários do DIS, nossos dados revelaram pequena presença de estresse em nossa amostra. Provavelmente, em decorrência de maior utilização das estratégias de controle (43,11), consideradas centralizadas no problema, do que a utilização das estratégias de esquiva (20,74), que estão centralizadas na emoção.

Em nossa pesquisa, a variável “estresse” demonstrou correlação significativa com a qualidade de vida. Os indivíduos, classificados como “estresse ausente”, apresentaram, na fase de resistência, valores de médias maiores nos domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, saúde mental e aspectos sociais. Tais valores se expressam na comparação com o grupo “estresse limite” e “estresse presente”.

Nesta perspectiva, recorreremos a uma pesquisa realizada por Guo, em 2004, que analisou a relação do estresse ocupacional com os domínios estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental, em 1669 trabalhadores do gênero feminino. Do total desta amostra, 27,5% das trabalhadoras relataram percepção de estresse

durante todo o tempo ou na maior parte do tempo, apresentando uma relação negativa com os domínios da qualidade de vida: saúde mental e vitalidade.

As repercussões do trabalho na saúde de homens e mulheres foram apontadas pela pesquisa realizada por Rocha (2001), envolvendo 636 analistas de sistemas. Os dados de saúde indicaram prevalência de sintomas de estresse em ambos os gêneros, sendo mais freqüentes entre as mulheres os sintomas de irritabilidade, ansiedade, atenção instável e depressão. As condições de trabalho percebidas como fatores de incômodo e de fadiga nesta amostra foram: prazos curtos, uso constante da mente e alto grau de responsabilidade, semelhantes para ambos os gêneros.

Em nossa pesquisa, as estratégias de enfrentamento no ambiente ocupacional não apresentaram correlações significativas com a qualidade de vida. Porém, apontamos uma tendência de associação direta do fator “manejo” com o domínio “Estado geral de saúde” e do fator “controle” com os domínios “Capacidade funcional” e “Estado geral de saúde”. O fator “esquiva” revelou uma tendência de associação inversa com os domínios “Aspectos emocionais” e “Saúde mental” do questionário SF-36. Os resultados estatísticos da variável “*Coping* no ambiente ocupacional” foram limitados pelo número da amostra, sendo provável a confirmação destas associações em uma amostra maior.

Nossos achados apontam para reflexões acerca das inter-relações existentes entre homem, trabalho e ambiente, corroborando a tese do envolvimento de múltiplos determinantes na percepção de saúde e qualidade de vida no ambiente ocupacional. A relação linear, envolvendo saúde, qualidade de vida e trabalho, é descaracterizada nesta pesquisa, em várias correlações: 1. Ao demonstrarmos a inexistência de associação entre os dados do ambiente organizacional ocupacional e

os domínios da qualidade de vida; 2. ao apontarmos correlações significativas entre gênero, faixa etária, estado civil, presença de filhos, renda, eventos de vida pessoal e do trabalho e o estresse na qualidade de vida dos funcionários do DIS.

Respostas a tantas interrogações passam pelo crivo de políticas de gestão dos recursos humanos passíveis de serem introduzidas no ambiente organizacional ocupacional e que permitam controlar as inseguranças e temores, melhorar as relações humanas, racionalizar a sobrecarga de trabalho e outras fontes de insatisfação. Práticas colegiadas nos processos gestores e decisórios, incorporação e valorização de qualificações que sintetizam aspectos de polivalência dos trabalhadores, promoção de cultura e lazer compatível com a “sociedade do não trabalho”, tão anunciada, e promoção de ambiente ocupacional ancorado na criatividade dos trabalhadores, são aspectos que devem constar da pauta de novas políticas.

São escassas as experiências inovadoras em matéria de organização do trabalho, de modo que resultem para os trabalhadores ganhos na autonomia para decisões que envolvam seus interesses e que permitam construir novos espaços e formas coletivas de gerenciamento e gestão. Para melhorar a qualidade de vida no trabalho, a legislação trabalhista ajuda, porém, não é suficiente. A capacitação necessária para entrar em sintonia com os avanços tecnológicos, por sua vez, deveria merecer menor grau de atenção diante dos adereços presentes nas condições de vida e dos domínios da qualidade de vida.

A menção a programas de educação para a saúde e qualidade de vida no trabalho não deve ser descartada ou preterida, pois reforça o caráter do binômio educação e saúde e sublinha este novo campo intelectual, cuja veemência se cristaliza no volume da produção acadêmica mais recente.

Ao cotejarmos a literatura pertinente às múltiplas questões discutidas e analisadas, restam-nos alguns aspectos derivados da pesquisa e que podem ser grifados. As especificidades constituintes do perfil dos sujeitos da amostra, da atividade ocupacional e dos locais de trabalho refletem quadros diferenciados em termos de percepção de saúde e qualidade de vida, desencorajando generalizações apressadas.

Qualquer abordagem deve levar em conta os riscos inerentes à pressuposta relação linear e unilateral entre saúde, qualidade e vida e trabalho, tão relevada pelas pesquisas acadêmicas, particularmente, das ciências sociais há décadas. Os novos modelos de gestão de recursos humanos, de busca de maior produtividade e qualidade, devem ser tomados como elementos diferenciadores das práticas até então utilizadas no mundo do trabalho e da produção. Eles indicam a possibilidade de conjugação de fatores diversos e de correlações múltiplas, traduzidas em novos paradigmas e metodologias de análise.

Sob este ângulo, as pesquisas com enfoques inter/multidisciplinares adquirem novo status, fundam novos campos de estudo, elegem novos objetos e se revestem de potencial explicativo incomensurável. Em boa medida, os resultados da pesquisa aqui discutidos e confrontados com estudos acadêmicos, que traduzem ambientes culturais múltiplos e distintos, revelam a necessidade de difusão de tais perspectivas de trabalho entre os pesquisadores, ainda que iniciantes.

A verticalização das abordagens dos objetos do campo intelectual da educação e saúde, particularmente relacionadas à qualidade de vida no trabalho, o refinamento dos modelos teóricos, a socialização e a disseminação dos resultados das pesquisas se constituem em compromissos acadêmicos de instituições envolvidas com questão tão tangentes e caras à modernidade. Mais que isso, o

desafio maior é erradicar a distância entre a Universidade e a comunidade, diante da demanda da sociedade por políticas públicas compatíveis com os valores das forças que engendram o desenvolvimento econômico e social em um cenário globalizado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do modelo *PRECEDE*, proposto por Lawrence Green e Marshall Kreuter (1999) forneceu suporte para a análise referente às questões de fundo propostas para a pesquisa. A opção por tal modelo, centrado na análise dos determinantes que incidem na percepção de saúde e qualidade de vida de trabalhadores, contemplou a obtenção de considerável monta de dados e informações que, submetidas às considerações teóricas cotejadas em larga produção acadêmica, sedimentaram o processo de análise e discussão.

Entre os diversos aspectos de relevância configurados pela utilização do modelo, destaca-se a consagração da educação e saúde como campo intelectual vasto e vigoroso, de modo a fornecer subsídios aos quesitos de qualidade de vida no trabalho e educação para a saúde derivados da modernidade do mundo do trabalho.

Os dados desta pesquisa, organizados e sistematizados, expressaram resultados que demonstraram que os determinantes sociais, ambientais e comportamentais que interferem na percepção de saúde e de qualidade de vida dos funcionários do DIS, em particular, foram: gênero, faixa etária, estado civil, número de filhos, número de empregos, renda pessoal e familiar mensal, ergonomia do posto de trabalho, eventos de vida pessoal e relacionados ao trabalho e o estresse.

Tais constatações convergem para as dimensões globais do processo de adoecer estabelecidas ao longo de nossas considerações e assumem relevância na medida que podem delinear medidas indispensáveis de atenção à saúde e à qualidade de vida do trabalhador.

A promoção da saúde, como campo de conhecimento e de prática, para a qualidade de vida, foi assumida como discussão estrutural de nossas investidas na produção acadêmica. Promoção da saúde, ao tornar disponível a variedade de saberes produzidos na diversidade dos campos de conhecimento, possibilita meios e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar. Para tanto, ela não pode prescindir das diferentes dimensões da experiência humana e qualidade de vida acumuladas no cotidiano dos sujeitos sociais. Desse modo, as tradicionais concepções fragmentadas de educação e de saúde têm sido submetidas a um processo de revisão do conhecimento, sobretudo as que envolvem as ações educativas no contexto da promoção da saúde.

Os resultados de pesquisas, dispostos ao longo do texto, submetidos aos referenciais teóricos, confirmam a proposição de que as intervenções educacionais e psico-sociais se constituem em componentes efetivos de diagnósticos e formulação de programas de educação e saúde.

A literatura acadêmica tem ressaltado a educação enquanto processo experimental ativo, que tem como propósito capacitar as pessoas a fazerem escolhas informadas para que possam transformar seu conhecimento em prática. A educação para saúde, a partir de seu caráter dinâmico e multidisciplinar, tem, entre seus desafios, a tarefa de organizar e proporcionar um sistema de relações que englobam conhecimentos, atitudes e habilidades, favorecendo, assim, a solidificação de processos de ensino-aprendizagem.

Após incansáveis investidas na literatura específica, torna-se redundante a afirmação da contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, desnecessário reafirmar que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. Não se trata, também, de reafirmar a importância do acesso a serviços de saúde de qualidade. Torna-se evidente a necessidade inequívoca de considerar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, nos seus múltiplos aspectos e correlações.

Não é exagero ressaltarmos a reivindicação de maior espaço acadêmico para as abordagens de educação e saúde, bem como destacar a transversalidade dos campos educação, saúde, qualidade de vida e promoção da saúde face as diferentes dimensões humanas. Numa perspectiva mais ampla, o conceito de promoção de saúde deve ser tomado a partir da dimensão inter-relacional de educação e qualidade de vida. De modo derivado, as questões de promoção de saúde no ambiente de trabalho passam a demandar a compreensão das relações entre os modos de viver e condições de vida, terreno contaminado pelas práticas e tradições culturais. Isto implica em considerar valores e crenças sobre as quais devem ser pautadas as ações educativas em saúde.

Na perspectivas das transversalidades, a relação entre saúde e educação em ambientes ocupacionais vai além de ações esparsas ou espontâneas e permite uma maior integração dos saberes acumulados por tais campos. Tal como os processos de saúde e doença, os processos educativos, comportam tanto

conscientização e autonomia, quanto a necessidade do desenvolvimento de ações coletivas e de fomento à participação individual.

O outro objetivo conotado pela pesquisa era identificar oportunidades de promoção de qualidade de vida, através de práticas educativas em saúde. Cotejados os dados obtidos com os referenciais teóricos referenciados ao longo do texto, foram assinalados os determinantes identificados como oportunidades de intervenções educativas para a promoção da saúde. Estado civil, ergonomia e estresse dão consistência e expressam os resultados alcançados e são indicativos de futuras perspectivas de pesquisa.

Embora se argumente fartamente sobre os aspectos positivos dos programas de promoção da saúde nos locais de trabalho, convém sublinhar outros elementos, dos quais não podemos desviar nossa atenção. Antes de mais nada, tais programas devem ser construídos e planejados com base nos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, intrínsecos e extrínsecos ao ambiente de trabalho e às relações sociais e afetivas ali consolidadas. De outro lado, grande parcela de autores reivindica a necessidade do emprego de bases teóricas de **estratégias de ensino**, as quais devem incluir táticas de mudança de comportamento que interferem em sentimentos e atitudes do indivíduo.

Para que a aplicação prática dos **programas de promoção de saúde** nos “*settings*” ocupacionais torne-se uma realidade, é indispensável refletirmos sobre possíveis barreiras e dificuldades geradas pelos diversos níveis de uma organização. Nicoletti (2005) sintetiza que o envolvimento da alta direção da organização depende de propostas de ação fundamentadas em princípios científicos, psico-sociais e econômicos. Reivindica, ainda, a necessidade de conscientização dos trabalhadores para que estes assumam a parcela de

responsabilidade na luta por melhores condições de saúde. Propõe que a elaboração e implementação de tais práticas deve considerar também as crenças e interesses que englobam os conceitos de doenças ocupacionais, possibilitando resultados positivos na saúde e na qualidade de vida do trabalhador.

O propósito de tais iniciativas é desenvolver o compromisso de criar um ambiente no trabalho que possibilite, de um lado, melhoras na saúde e, de outro, capacite o indivíduo a fazer opções saudáveis de vida e devem ter como bases a estrutura organizacional, modelo de trabalho e a participação ativa dos empregados.

Pesquisas têm concluído que: A educação do paciente é efetiva no aumento de todas as variáveis estudadas e que os esforços para aumentar apenas o conhecimento do paciente raramente obtiveram sucesso; Os programas de orientação do comportamento, freqüentemente com atenção especial ao ambiente no qual o indivíduo se inseria, foram mais efetivos na melhora do curso clínico das doenças crônicas; As estratégias comportamentais foram mais efetivas no aumento da adesão do paciente e melhora dos achados clínicos quando comparadas com as estratégias didáticas isoladas; Os resultados demonstram fortes benefícios das intervenções educacionais no aumento do conhecimento, maior adesão ao regime médico e melhora nos resultados clínicos; As intervenções que se basearam nos princípios educacionais de reforço, feedback e individualização obtiveram efeitos mais fortes do que aqueles que não usaram estes princípios; A educação do paciente resulta de um aprendizado sistematizado, onde a metodologia de ensino se associa às técnicas de mudança comportamental e ambiental, resultando tanto no conhecimento novo como em novas atitudes; há um eficaz processo que culmina na participação ativa do paciente em seus cuidados de saúde, incidindo na efetividade do processo, o que pode nos levar a uma revisão conceitual do cuidado; Este

processo viabiliza a construção de táticas educativas efetivas, passíveis de gerar mudanças sustentadas no comportamento e no ambiente, baseada em diagnósticos dos determinantes.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) AMIRKHAN, James H. **A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator.** Journal of Personality and Social Psychology, v.59, n.5, p.1066-1074, 1990.
- 2) BAMMER, Gabriele. **Discussion papers on the pathology of work-related neck and upper limb disorders and the implications for diagnosis and treatment.** Working Paper # 24. Sidney, 1991 (mimeo).
- 3) BEN-ZUR, Hasida. **Coping, distress, and life events in a community sample.** International Journal of Stress Management, v.12, n.2, p.188-196, 2005.
- 4) BLY, Janet L; JONES, Robert C; e RICHARDSON, Jean E. **Impact of worksite health promotion on health care costs and utilization.** JAMA, v.256, n.23, p.3235-3240, 1986.
- 5) BATISTA, Nildo Alves. **Planejamento na prática docente em saúde.** In: Batista, N. A; Batista, S. H. (orgs). Docência em Saúde: temas e experiências. São Paulo. Editora Senac, 2004.
- 6) BATISTA, Sylvia Helena. **Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias.** In: Batista, N. A; Batista, S. H. (orgs). Docência em Saúde: temas e experiências. São Paulo. Editora Senac, 2004.
- 7) BERKMAN, Lisa F. **The role of social relations in health promotion.** Psychosomatic Medicine, v.57, p.245-254, 1995.
- 8) BOWMAN, Glen D; STERN, Marilyn. **Adjustment to occupational stress: the relationship of perceived control to effectiveness of coping strategies.** Journal of Counseling Psychology, v.42, n.3, p.294-303, 1995.
- 9) BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** 43ª reimpressão. São Paulo. Editora Brasiliense, 2004.

- 10) BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=111667> >. Acesso em 20 de março 2005.
- 11) BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. AEAT Infologo – Estatísticas de acidente do trabalho. Brasília, 2003. Disponível em: <
<http://www.dataprev.gov.br/servicos/servicos.shtm> >. Acesso em 10 de fevereiro de 2006.
- 12) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GESTHOS Gestão Hospitalar: Capacitação a Distância em Administração Hospitalar para pequenos e médios Estabelecimentos de saúde: Módulo I – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- 13) BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde, Documento Final. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 1986.
- 14) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ordem de serviço 606. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de agosto de 1998. Disponível em: <
<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/82/INSS-DSS/1998/606.htm> > Acesso em 14 de fevereiro 2006.
- 15) BULLINGER M, ANDERSON R, CELLA D. **Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models**. Quality Life Res, v.2, p.451-459, 1993.
- 16) BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde Coletiva, v.5, n.1 p.63-177, 2000.
- 17) CALAIS, Sandra Leal; ANDRADE, Livia Maria Batista; LIPP, Marilda E. N. **Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens**. Psicologia: reflexão e crítica, v.16, n.2, p.257-263, 2003.
- 18) CARAYON, Pascale; SMITH, Michael J; HAIMS, Marla C. **Work organization, job stress and work related musculoskeletal disorders**. Human Factors, v.41, n.4, p 644-663, 1999.

- 19) CARELS, Robert A; SHERWOOD, Andrew; BLUMENTHAL, James A. **Psychosocial influences on blood pressure during daily life.** International Journal of Psychophysiology, v.28, p.117-129, 1998.
- 20) CHU, Cordia et al. **Health-promoting workplaces – international settings development.** Health Promotion International, v.15, n.2, p. 155-167, 2000.
- 21) CIBORRA, C; LANZARA, G.F. Progettazione delle tecnologie e qualità del lavoro. Milão. Franco Angeli Editore, pp.330, 1985 apud LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n.1, p. 151-161, 2000.
- 22) CICONELLI, Rozana Mesquita et al. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36).** Rev. Bras. Reumatol; v.39, n.3, p.143-150, 1999.
- 23) COOPER, Helen et al. **Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses.** Patient Education and Counseling v.44, p.107-117, 2001.
- 24) COSTA, Maria do Rosário da Silva Ramos. **Contribuição dos programas educativos estruturados para o controle da asma.** 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- 25) COUTO, Hudson de Araújo. **Ergonomia aplicada ao trabalho: o manual técnico da máquina humana.** Vol 1 e 2. Belo Horizonte. Editora Ego Ltda, 1995.
- 26) CUTRONA, Carolyn E. et al. **Neighborhood context, personality, and stressful life events as predictors of depression among african american women.** Journal of Abnormal Psychology, v.114, n.1, p.3-15, 2005.
- 27) DAVIDSON, Rosemary; KITZINGER, Jenny; HUNT, Kate. **The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities.** Social Science and Medicine, v.62, n.9, p.2171-2182, 2006.
- 28) ESPINOZA, M. **Calidad de vida en el trabajo: Reflexiones en torno a la inseguridad y el malestar social** Temas Laborales N° 18, s/d. Disponível em: < http://portal.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-61006_temalab_18.pdf > Acesso em 16 março 2006.
- 29) FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar.** Salvador. 2 ed. Casa da Qualidade Editora Ltda, 1996 apud CONTE, Antonio Lázaro. **Qualidade de vida no trabalho.** Revista Fae Business, n.7, p. 32-34, 2003.
- 30) FERRARA, Floreal Antonio. **Medicina de la comunidad.** 2ª Edição. Buenos Aires. Editora Intermédica, 1976.

- 31) FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html> > Acesso em 20 de janeiro de 2005.
- 32) FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. **If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination**. Journal of Personality and Social Psychology; v. 48, n. 1, p.150-170, 1985.
- 33) FOLKMAN, Susan et al. **Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes**. Journal of Personality and Social Psychology; v. 40, n. 5, p.992-1003, 1986.
- 34) II FÓRUM SOCIAL MUNDIAL, 2002. Oficina Outro Mundo/Outras Terapias, Porto Alegre. Disponível em: < http://inscricoes.forumsocialmundial.org.br/content/index.php?page=feedback_detalhe&oficina=8&dia=1 >. Acesso em 21 março 2005.
- 35) FRANKISH, C. James; MILLIGAN, C. Dawne; REID, Collen. **A review of relationships between active living and determinants of health**. Soc. Sci. Med; v.47, n.3, p.287-301, 1998.
- 36) GREEN, Lawrence. **National policy in the promotion health**. International Journal of Health Education, v.22, p.161-168, 1979.
- 37) GREEN, Lawrence. **Health promotion research and development**. The Alabama Journal of Medical Sciences, v.21, n.2, p.217-219, 1984.
- 38) GREEN, Lawrence e KREUTER, Marshall. **CDC's planned approach to community health as application of precede and an inspiration for proceed**. Journal of Health Education, v.23, n.3, p.140-147, 1992.
- 39) GREEN, Lawrence; FRANKISH, James C. **Theories and principles of health education applied to asthma**. Chest, v. 106, n.4, p.219S-230S, 1994.
- 40) GREEN, Lawrence; KREUTER, Marshall. **Health promotion planning: an educational and ecological approach**. Third Edition. McGraw-Hill, 1999.
- 41) GUO, Yueliang; GHENG, Yawen, CHANG, Kwang-Hsi. **Work stress and well-being in electronics workers in Taiwan**. Epidemiology, v.14, n.4, p.S161, 2004.
- 42) HEMINGWAY, Harry; STAFFORD, Mai; STANSFELD, Stephen; SHIPLEY, Martin; MARMOT, Michael. **Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study**. British Medical Journal, v.315, n.7118, p.1273-1277, 1997.
- 43) HOLMES, Thomas; RAHE, Richard. **The Social Readjustment Rating Scale**. Journal of Psychosomatic Research, v.4, p.189-194, 1967.

- 44) IBGE. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. **Indicadores Sociais**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em 10 fevereiro 2005.
- 45) IBGE. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em 10 março 2006
- 46) IBGE. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em 10 fevereiro 2005.
- 47) IBGE. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. **Pesquisa Mensal de Emprego**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em 10 março 2006.
- 48) JENKINSON, Crispin; COULTER, Angela; WRIGHT, Lucie. Short form 36. British Medical Journal, v.306, n.6890, p.1437-1441, 1993.
- 49) JONES, J. R; HUXTABLE, C. S; HODGSON, J.T. Self-reported work-related illness in 2003/2004: results from Labour Force Survey. Disponível em: < <http://www.hse-databases.co.uk/statistics/causdis/sdw0304.pdf> >. Acesso em 28 janeiro 2006.
- 50) JONES, Sandra C; DONOVAN, Robert J. **Does Theory inform practice in health promotion in Australia?** Health Education Research, v.19, n.1, p.1-14, 2004.
- 51) KIECOLT-GLASER, Janice K; NEWTON, Tamara L. **Marriage and health: his and hers**. Psychological Bulletin, v.127, n.4, p. 472-503, 2001.
- 52) KOK, Gerjo; BORNE, Bart; MULLEN, Patricia Dolan. **Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect and determinants of effectiveness**. Patient Education and Counseling, v.30, p.19-27, 1997.
- 53) LABONTE, R; LITTLE, S. **Determinants of health: empowering strategies for nurses**. Vancouver: registered nurses association of British Columbia apud POLAND, Blake; GREEN, Lawrence; ROOTMAN, Irving. **Settings for health promotion: linking theory and practice**. 1ª Edição. United States of America. Sage Publications, 2000.
- 54) LALONDE, Marc. **A new Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa, 1974. Disponível em: < <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pube/perintrod.htm> > Acesso em 23 março 2005.
- 55) LATAACK, Janina C. **Coping with job stress: measures and future directions for scale development**. Journal of Applied Psychology, v. 71, n.3, p.377-385, 1986.

- 56) LAVINSKY, Luiz. **Saúde – informações básicas**. 3ª Edição. Editora da Universidade do Rio Grande do Sul, 1990.
- 57) LAZARUS, Richard S; FOLKMAN, Susan. Coping and adaptation. In: Gentry, W.D. (Ed). Handbook of Behaviour Medicine. Nova York, 1984 apud PINHEIRO, Fernanda Amaral; TRÓCOLI, Bartholomeu tôres; TAMAYO, Maurício Robayo. **Mensuração de coping no ambiente ocupacional**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.19, n.2, p. 153-158, 2003.
- 58) LERICHE, René, 1936 apud SERPA Jr, Octávio Domont. **Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de “o normal e o patológico” de Georges Canguilhem**. Revista Psicologia Clínica, PUC-Rio, v.15, n.1, p. 121-135, 2003. Disponível em: < <http://www.puc-rio.br/sobrepuc/depto/psicologia/octavio.html> > Acesso em 10 março 2005.
- 59) LIPP, Marilda E. N. **Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: Um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas. Editora Papirus, 1994.
- 60) LIPP, Marilda E. N, SASSI, L; BATISTA, I. **Stress ocupacional na equipe cirúrgica**. Cadernos de Pesquisa III (1-2), p.57-64, 1997.
- 61) LIPP, Marilda E. N. **Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos**. Rev. Psiq. Clin; v.28, n.6, p.347-349, 2001.
- 62) LIPP, Marilda E. N; TANGANELLI, M. Sacramento. **Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.15, n.3, p.537-548, 2002.
- 63) LOPES, Claudia S; FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dóra. **Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde**. Cad. Saúde Pública, v.9, n.6, 2003.
- 64) MACLEOD, John et al. **Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men**. Social Science and Medicine, v.61, n.9, p.1916-1929, 2005.
- 65) MAITINO, Edison Moraes. **Fatores de risco da doença coronária em escolares do ensino fundamental e médio e suas interfaces com a Educação Física**. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências. Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília.
- 66) MARKEY, Charlotte N. et al. **Marital status and health beliefs: different relations for men and women**. Sex Roles, v.53, n.5/6, p.443-451, 2005.
- 67) MARQUES, Antonio Teixeira; GAYA, Adroaldo. **Atividade física, aptidão física e educação para a saúde: estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil**. Rev. Paul. Educ. Fís; v.13, n.1, p.83-102,1999.

- 68) MARTIN, A.J; Stockler, M. Quality of life assessment in health care research and practice. *Evaluation and Health Professions*, v.21, n.2, p.141-156, 1998 apud MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Maria Zulmira de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.
- 69) MAZZUCA, Steven. **Does patient education in chronic disease have therapeutic value?** *J. Chron. Dis.* V. 35, p. 521-529, 1982.
- 70) MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Maria Zulmira de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.
- 71) MIKHEEV, Mikhail Ivanovich. **Occupational health for all: the strategy of the World Health Organization**. *Environmental Management and Health*, v.5, n.5, p.199-201, 1997.
- 72) MULLEN, Patricia Dolan; GREEN, Lawrence; PERSINGER, Gary S. **Clinical trials of patient for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types**. *Preventive Medicine*, v.14, p. 753-781, 1985.
- 73) MURTA, Sheila Giardini; TRÓCCOLI, Bartholomeu Torres. **Avaliação de intervenção em estresse ocupacional**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.20, n.1, p.39-47, 2004.
- 74) NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Theory at a glance: a guide for health promotion practice**. U.S. National Institutes of Health, 2003. Disponível em: <<http://cancer.gov/cancerinformation/theoryat-a-glance>> Acesso em 13 de março de 2003.
- 75) NETTO, Ruffino. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia, 1994 apud MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Maria Zulmira de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.
- 76) NICOLETTI, Sérgio. **Medicina e educação em saúde: perspectivas e práticas em cenários de trabalho**. In: Batista, N. A; Batista, S. H; Abdalla, I. G. (orgs). *Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas*. São Paulo. Editora Arte e Ciência, 2005.
- 77) NUTBEAM, Don. **Health promotion glossary**. *Health Promotion*, v.1, n.1, p.113-127, 1986.
- 78) NUTBEAM, Don. **Health promotion glossary**. *Health Promotion International*, v.13, n.4, p. 349-364, 1998.
- 79) OLIVEIRA, Maria Alenita. **Avaliação de um programa de educação em asma para adultos**. 1999. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo –Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

- 80) OLIVEIRA, Simone. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Públ; Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 625-634, 1997.
- 81) OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Santa Fé de Bogotá, 1992. **Declaração de Santa Fé de Bogotá**, 1992. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/> > Acesso em 24 março 2005.
- 82) OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. II Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde, São Paulo, 2002. **Carta de São Paulo (versão preliminar)**, 2002. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/> > Acesso em 14 outubro 2005.
- 83) PADGETT, Deborah et al. **Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus**. J. Clin. Epidemiol., v. 41, n.10, p.1007-1030, 1988.
- 84) PARKES, Katharine R. **Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics**. Journal of Personality and Social Psychology, v.51, n.6, p.1277-1292, 1986.
- 85) PATTERSON, George T. **Examining the effects of coping and social support on work and life stress among police officers**. Journal of Criminal Justice, v.31, n. 3, p.215-226, 2003.
- 86) PINHEIRO, Fernanda Amaral; TRÓCOLI, Bartholomeu tôres; TAMAYO, Maurício Robayo. **Mensuração de coping no ambiente ocupacional**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.19, n.2, p. 153-158, 2003.
- 87) PONDÉ, Milena Pereira. **Estudos mistos e paradigmas em saúde**. Psychiatry on Line Brazil, v.8, n.7,2003. Disponível em:< <http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0203.htm> >. Acesso em 21 março 2005.
- 88) POLAND, Blake D; GREEN, Lawrence W; ROOTMAN, Irving. Settings for health promotion. Linking theory and practice. Sage Publications, Inc; 2000.
- 89) RIAÑO, D. G. **Calidad de vida: aproximación histórico – conceptual**. Boletín de Psicología, v. 20, n.30, p.55-94, 1991 apud MARQUES, L. F. **Qualidade de vida: uma aproximação conceitual**. Psico, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 49-62, 1996.
- 90) RÍOS, Luis Fernández. **Manual de Psicología Preventiva: teoria y práctica**. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 1994.
- 91) ROCHA, Lys Esther; DEBERT-RIBEIRO, Myrian. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. Revista de Saúde Pública, v.35, n.6, p.539-547, 2001.
- 92) RODRIGUES, M.C.V. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial**. Fortaleza. Fundação Edson Queirós, 1991 apud LACAZ,

- Francisco Antônio de Castro. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n.1, p. 151-161, 2000.
- 93) SAVÓIA, Mariangela Gentil. **Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping)**. Rev. Psiq. Clin; v.26, n.2, 1999. Disponível em: < [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(57\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(57).htm) > Acesso em 20 março 2005.
- 94) SAVÓIA, Mariangela Gentil; SANTANA, Paulo Reinhardt; MEIJAS, Nilce Pinheiro. **Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português**. Psicologia USP, v.7, n.1/2, p.183-201, 1996.
- 95) SAVÓIA, Mariangela Gentil. **Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping)**. Rev. Psiq. Clin; v.26, n.2, 1999.
- 96) SCOTT, Kate M; TOBIAS, Martin I; SARFATI, Diana. **SF-36 health survey reliability, validity and norms for New Zealand**. Australian and New Zealand Journal of Public Health, v.23, n.4, p.401-406, 1999.
- 97) SILVA, Evelani Martins. **Características sociodemográficas, situação empregatícia, dor e qualidade de vida em trabalhadoras com LER/DORT**. 2001. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- 98) SPARRENBERGER, Felipe; SANTOS, Iná; LIMA, Rosângela da Costa. **Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional**. Cad. Saúde Pública, v.20, n.1, p.249-258, 2004.
- 99) SULLIVAN, Marianne; KARLSSON, Jan; WARE, John E. Jr. The Swedish SF-36 health survey – I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. Social Science Medicine, v.41, n.10, p.1349-1358, 1995.
- 100) SOUZA, Elza Maria; GRUNDY, Emily. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública**. Caderno de Saúde Pública, v.20, n.5, p.1354-1360, 2004
- 101) TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- 102) TUCKER, Joan S. et al. **Marital history at midlife as a predictor of longevity: alternative explanations to the protective effect of marriage**. Health Psychology, v. 15, n.2, p.94-101, 1996.
- 103) TURK, D. C; KERNS, R.D; ROSENBERG, R. **Effects of marital interaction on chronic pain and disability: examining the down side of social support**. Rehabilitation Psychology, V.37, p.259-274, 1992.

- 104) VALLA, Vitor; STOTZ, Eduardo. **Educação Saúde e cidadania**. 2ª Edição. Petrópolis. Editora Vozes, 1994.
- 105) ZANCAN, Lenira. **Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, v.9, n.3, p. 739-744, 2004.
- 106) WALTON, Richard E. **Quality of Working Life: What is it?** Sloan Management Review, V.15, n.1, p.11-21, 1973.
- 107) WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Conference on Primary Health Care, 1978, USSR. **Declaration of Alma – Ata**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em 23 março 2005.
- 108) WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde**, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em 20 março 2005.
- 109) WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Second Global Conference on Health Promotion, 1988, Adelaide. **Adelaide Declaration**, 1988. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em 20 março 2005.
- 110) WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Third International Conference on Health Promotion, 1991, Sundsvall. **Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health**, 1991. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em 20 março 2005.
- 111) WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fourth International Conference on Health Promotion: News Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century, 1997, Jakart. **Jakart Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century**, 1997. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em 20 março 2005.
- 112) WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Regional guidelines for the development of healthy workplaces**. Regional office for the Western Pacific, 1999. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em 26 outubro 2005.

- 113) WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fifth Global Conference on Health Promotion, 2000, Mexico City. **Mexico Declaration**, 2000.
Disponível em: < <http://www.who.int/en/> >. Acesso em 20 março 2005.

ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



São Paulo, 3 de junho de 2005.
CEP 0491/05

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) SIMONE PIVARO STADNIKY
Co-Investigadores: Sergio José Nicoletti
Disciplina/Departamento: CEDESS da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **"Promoção da saúde e práticas educativas: possibilidade através da análise dos determinantes de estado de saúde e qualidade de vida no ambiente ocupacional"**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico observacional de formas de promoção de saúde e práticas educativas.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Analisar determinantes biológicos, ambientais, comportamentais e sociais que interferem no estado de saúde e na percepção de qualidade de vida dos integrantes do Departamento de Informática em Saúde da Unifesp e identificar oportunidades de promoção de qualidade de vida, através de práticas educativas em saúde..

RESUMO: Estudo observacional transversal com coleta de dados realizada no DIS da Unifesp. Serão verificados os fatores biológicos, ambientais, sociais e comportamentais que estão relacionados com o estado de saúde e a qualidade de vida dos funcionários do DIS e identificar oportunidades para a promoção da saúde. Serão tomadas como base, o modelo PRECEDE e realizadas 4 fases iniciais do processo: avaliação social, avaliação epidemiológica, comportamental e ambiental e avaliação educacional e ecológica. Serão utilizados questionários em envelopes lacrados como instrumento de coleta de dados e, juntamente os participantes receberão o termo de consentimento livre e esclarecido que deverão ser devolvidos no mesmo envelope..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Importante práticas educativas para promoção da saúde.

MATERIAL E MÉTODO: descritos e apresentados o instrumento da pesquisa.

TCLE: adequado.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento específico R\$ 740,00.

CRONOGRAMA: 10 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 29/5/2006 e 24/5/2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PRÁTICAS EDUCATIVAS: POSSIBILIDADES
ATRAVÉS DA ANÁLISE DOS DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE E
DA QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Os objetivos desta pesquisa são analisar os determinantes biológicos, ambientais, comportamentais e sociais que interferem no estado de saúde e na percepção de qualidade de vida dos integrantes do Departamento de Informática em Saúde, da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) e identificar oportunidades de promoção de qualidade de vida, através de práticas educativas em saúde.

Estas informações serão obtidas através da sua participação voluntária, respondendo um questionário, entregue em envelope lacrado, elaborado pelos investigadores deste trabalho, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Este estudo não causa nenhum risco e desconforto mínimo. Não há benefício direto para o participante. Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pelo estudo é a fisioterapeuta Simone Plvaro Stadniky, que pode ser encontrada no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), telefone 55764516 ou 55764517. Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de ética em Pesquisa (CEP), localizado na rua Botucatu, 572, 1 andar conjunto 14. O telefone é 55711062.

É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar deste estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Promoção da Saúde e Práticas Educativas: Possibilidades Através da Análise dos Determinantes de Estado de Saúde e Qualidade de Vida no Ambiente Ocupacional “. Eu discuti com a fisioterapeuta Simone Pivaro Stadniky sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo no meu atendimento neste serviço ou no meu local de trabalho.

Assinatura do funcionário

Data ___/___/___

Assinatura da testemunha

Data ___/___/___

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável do estudo

Data: ___/___/___

ANEXO C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Código: _____

O OBJETIVO DESTE QUESTIONÁRIO É OBTER INFORMAÇÕES SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA E OS DETERMINANTES DO SEU ESTADO DE SAÚDE. ESTES DADOS SÃO IMPORTANTES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS METAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NESTE SETOR. POR FAVOR, LEIA AS QUESTÕES COM ATENÇÃO E RESPONDA COM SINCERIDADE.

1. IDADE ATUAL: _____

2. SEXO: () MASCULINO () FEMININO

3. BAIRRO DE DOMICÍLIO: _____

4. PROFISSÃO: _____

5. ESTADO CIVIL:

() Solteiro(a) () Com Companheiro(a) () Sem Companheiro(a)

() Casado(a)

() Desquitado/Divorciado (a): () Com Companheiro(a) () Sem

Companheiro(a)

() viúvo (a) () Com Companheiro (a) () Sem Companheiro (a)

6. TEM FILHOS DEPENDENTES OU INCAPACITADOS?

() Um filho Idade: _____

() Dois Filhos Idade: _____

() Três ou mais filhos Idade: _____

() Não tem filhos

7. VOCÊ FUMA?

() Sim

() Não

8. VOCÊ PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA?

() Sim

() Não

9. QUANTOS TRABALHOS VOCÊ POSSUI?

() Um

() Dois

() Três ou mais

10. SEU RENDIMENTO ATUAL (INCLUI RECEBIMENTO POR TRABALHO AUTÔNOMO, BICO, PENSÃO ALIMENTÍCIA, ETC.) É OU ESTA PRÓXIMO DE : R\$ _____ POR MÊS

11. VOCÊ SUSTENTA SUA FAMÍLIA SOZINHO?

() Sim

() Não

12. QUAL É A RENDA FAMILIAR? R\$ _____

13. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO NO DIS?

() menos de 1 ano

() entre 1 e 2 anos

() entre 3 e 4 anos

() entre 4 e 5 anos

() mais de 5 anos

14. QUAL SUA FUNÇÃO NO DIS? _____

15. DESCREVA RESUMIDAMENTE, O QUE VOCÊ FAZ, EM UM DIA TÍPICO DE TRABALHO _____

16. QUANTAS HORAS POR DIA VOCÊ TRABALHA? _____

17. VOCÊ TRABALHA COM HORAS- EXTRAS?

() Sim () Não Horas/semana _____ Remunerada? () Sim () Não

18. QUANTO TEMPO VOCÊ GASTA ENTRE SAIR DE CASA E CHEGAR AO TRABALHO? _____

19. QUAL O MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA IR E VOLTAR AO TRABALHO?

() Carro próprio

() Ônibus

() Metrô

() Outros _____-

SOBRE O SEU DOMICÍLIO

20. ESTE DOMICÍLIO É:

() Próprio – Já Pago

() Próprio – Ainda Pagando Valor referente à última prestação _____

() Alugado Valor do aluguel referente ao último mês _____

() Cedido por empregador

() Cedido de outra forma

() Outra Condição (especifique) _____

21. QUANTAS PESSOAS MORAM NESTE DOMICÍLIO? _____

SOBRE SUA ESCOLARIDADE

22. SABE LER E ESCREVER?

() Sim () Não

23. FREQUENTA ESCOLA?

() Sim () Não

24. QUAL FOI O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTOU ANTERIORMENTE?

- () Elementar (primário)
- () Médio 1º ciclo (ginasial)
- () Médio 2º ciclo (científico, clássico)
- () Ensino fundamental ou 1º grau
- () Ensino médio ou 2º grau
- () Superior
- () Mestrado ou Doutorado
- () Alfabetização de adultos
- () Creche
- () Pré-escolar

SOBRE SUA SAÚDE

25. NOS ÚLTIMOS DOZE MESES VOCE CONSULTOU MÉDICO?

- () Sim Quantas vezes? _____
- () Não

26. O que o levou a consultar medico(s), nestes últimos doze meses? _____

27. ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ DISSE QUE TEM:

- () Doença de coluna ou costas
- () Artrite ou reumatismo
- () Câncer
- () Diabetes
- () Bronquite ou asma
- () Hipertensão arterial (pressão alta)
- () Doença do coração
- () Insuficiência renal crônica
- () Depressão
- () Tuberculose
- () tendinite ou tenossinovite
- () cirrose

() Outras doenças: Qual(is)?: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor solicite nossa ajuda e tente responder o melhor que puder.

1-Em geral, você diria que a sua saúde é:

- (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Ruim (5) Muito Ruim

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- (1) Muito melhor agora do que há um ano atrás
(2) Um pouco melhor agora do que há um ano atrás
(3) Quase a mesma de um ano atrás
(4) Um pouco pior agora do que há um ano atrás
(5) Muito pior agora do que há um ano atrás

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

	SIM,	SIM,	NÃO, não
--	-------------	-------------	-----------------

ATIVIDADES	Dificulta muito	Dificulta um pouco	dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola ou varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escadas	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou curvar-se	1	2	3
g) Caminhar por mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Caminhar por vários quarteirões	1	2	3
i) Caminhar por um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou arrumar-se	1	2	3

4- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como **conseqüência de sua saúde física** ?

	SIM	NÃO
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5- Durante as **últimas 4 semanas**, você teve alguns dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	SIM	NÃO
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6- Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo ?

(1) De forma alguma-

(4) Bastante-

(2) Ligeiramente-

(5) Extremamente-

(3) Moderadamente-

7- Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(1) Nenhuma

(4) Moderada

(2) Muito Leve

(5) Intensa

(3) Leve

(6) Muito Intensa

8- Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora e dentro de casa) ?

- (1) Absolutamente em nada
- (2) Muito pouco
- (3) Moderadamente
- (4) Bastante
- (5) Extremamente

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**, para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação **as últimas 4 semanas**.

a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte
- (3) uma boa parte do tempo
- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa nervosa?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte
- (3) uma boa parte do tempo
- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte
- (3) uma boa parte do tempo

- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte
- (3) uma boa parte do tempo
- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte
- (3) uma boa parte do tempo
- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte
- (3) uma boa parte do tempo
- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte
- (3) uma boa parte do tempo
- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte

- (3) uma boa parte do tempo
- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

- (1) todo tempo
- (2) a maior parte
- (3) uma boa parte do tempo
- (4) alguma parte do tempo
- (5) uma pequena parte do tempo
- (6) nunca

10- Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- (1) Todo o tempo
- (2) A maior parte do tempo
- (3) Parte do tempo
- (4) Por pouco tempo
- (5) Nunca

11) Quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas

- (1) definitivamente verdadeiro
- (2) a maioria das vezes verdadeira
- (3) não sei
- (4) a maioria das vezes falsa
- (5) definitivamente falsa

b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço

- (1) definitivamente verdadeiro
- (2) a maioria das vezes verdadeira
- (3) não sei

(4) a maioria das vezes falsa

(5) definitivamente falsa

c) Eu acho que minha saúde vai piorar

(1) definitivamente verdadeiro

(2) a maioria das vezes verdadeira

(3) não sei

(4) a maioria das vezes falsa

(5) definitivamente falsa

d) Minha saúde é excelente

(1) definitivamente verdadeiro

(2) a maioria das vezes verdadeira

(3) não sei

(4) a maioria das vezes falsa

(5) definitivamente falsa

✓ **Por favor, circule a resposta correta**

Enquanto trabalha, o corpo (tronco) é mantido ereto, na vertical? não = 0 sim = 1

Os braços trabalham na vertical ou próximo da vertical? não = 0 sim = 1

Existe a necessidade de sustentar pesos com os membros superiores? não = 0 sim = 1

Existem posições forçadas dos membros superiores? não = 1 sim = 0

As mãos têm que fazer muita força? não = 1 sim = 0

Há repetitividade freqüente de algum tipo específico de movimento? não = 1 sim = 0

Quando sentado, os pés estão apoiados? não = 0 sim = 1

Há necessidade de grandes esforços com a coluna ou outra parte do corpo? não = 1 sim = 0

É possível variar a postura /posição do corpo, durante o trabalho? não = 0 sim = 1

Há pausas entre os ciclos das tarefas ou períodos definidos p/ descanso? não = 0 sim = 1

Há regulagens para adequar o posto de trabalho ao trabalhador (cadeira, mesa, bancada)?
não = 0 sim = 1

O trabalho exige a elevação dos braços acima do ombro, com freqüência? não = 1 sim = 0

Há contrações estáticas prolongadas (pescoço estendido, braços suspensos)? não = 1 sim = 0

Objetos de uso freqüente estão na área de alcance? não = 0 sim = 1

Esta parte da pesquisa tem como finalidade conhecer como você lida com os problemas do ambiente de trabalho. No questionário, você encontrará uma série de afirmativas sobre possíveis maneiras de enfrentá-los.

Sua tarefa consiste em indicar com que freqüência você utiliza cada uma dessas maneiras. Para assinalar a sua resposta, marque o número que represente melhor a sua opinião, de acordo com a escala abaixo:

1	2	3	4	5
Nunca faço isso	Raramente faço isso	Às vezes faço isso	Freqüentemen te faço isso	Sempre faço isso

Exemplo:

QUANDO TENHO UM PROBLEMA NO TRABALHO, EU ...

01. Procuo o meu chefe para discuti-lo	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Se você SEMPRE procura o seu chefe para resolver um problema no trabalho, você deve assinalar o número 5; se você NUNCA faz isso, assinale 1.

QUANDO TENHO UM PROBLEMA NO TRABALHO, EU ...

01. procuro o meu chefe para discuti-lo	1	2	3	4	5
02. tento me organizar para manter o controle da situação	1	2	3	4	5
03. converso com colegas que também estejam envolvidos no problema	1	2	3	4	5
04. tento ver a situação como uma oportunidade para aprender e desenvolver novas habilidades	1	2	3	4	5
05. dou atenção extra ao planejamento	1	2	3	4	5
06. penso em mim como alguém que sempre consegue se sair bem em situações como essa	1	2	3	4	5
07. digo a mim mesmo que sou capaz de tirar proveito de tais situações	1	2	3	4	5
08. dedico mais tempo e energia para fazer minhas tarefas	1	2	3	4	5
09. tento envolver outras pessoas para resolvê-lo	1	2	3	4	5
10. penso na situação como um desafio	1	2	3	4	5
11. tento trabalhar mais rápida e eficientemente	1	2	3	4	5
12. decido sobre o que deveria ser feito e comunico às demais pessoas envolvidas	1	2	3	4	5
13. me esforço para fazer o que eu acho que se espera de mim	1	2	3	4	5
14. peço ajuda a pessoas que tenham poder para fazer algo por mim	1	2	3	4	5
15. peço conselho a pessoas que, embora estejam fora da situação, possam me ajudar a pensar sobre o que fazer	1	2	3	4	5
16. tento modificar os fatores que causaram a situação	1	2	3	4	5
17. me envolvo mais ainda nas minhas tarefas, se acho que isso pode ajudar a resolver a questão	1	2	3	4	5
18. evito a situação, se possível	1	2	3	4	5
19. digo a mim mesmo que o tempo resolve problemas desta natureza	1	2	3	4	5
20. tento manter distância da situação	1	2	3	4	5
21. procuro lembrar que o trabalho não é tudo na vida	1	2	3	4	5

22. antecipo as conseqüências negativas, preparando-me assim para o pior	1	2	3	4	5
23. delego minhas tarefas a outras pessoas	1	2	3	4	5
24. mantenho a maior distância possível das pessoas que causaram a situação	1	2	3	4	5
25. tento não me preocupar com a situação	1	2	3	4	5
26. faço o possível para sair da situação diplomaticamente	1	2	3	4	5
27. aceito a situação, se acho que não há nada que possa fazer para mudá-la	1	2	3	4	5
28. concentro-me em fazer prioritariamente aquilo que gosto	1	2	3	4	5
29. durmo mais do que de costume	1	2	3	4	5
30. bebo mais do que de costume	1	2	3	4	5
31. tomo tranqüilizantes	1	2	3	4	5
32. uso algum outro tipo de droga	1	2	3	4	5
33. pratico mais exercícios físicos	1	2	3	4	5
34. uso algum tipo de técnica de relaxamento	1	2	3	4	5
35. procuro a companhia de outras pessoas	1	2	3	4	5
36. mudo os meus hábitos alimentares	1	2	3	4	5
37. procuro me isolar das outras pessoas	1	2	3	4	5
38. procuro me envolver em mais atividades de lazer	1	2	3	4	5
39. compro alguma coisa	1	2	3	4	5
40. tiro alguns dias para descansar	1	2	3	4	5
41. faço uma viagem	1	2	3	4	5
42. me torno mais sonhador(a)	1	2	3	4	5
43. reclamo com outras pessoas	1	2	3	4	5
44. procuro ajuda profissional	1	2	3	4	5
45. busco ajuda espiritual	1	2	3	4	5
46. fumo mais do que de costume	1	2	3	4	5

✓ POR FAVOR, CIRCULE A RESPOSTA CORRETA COM RELAÇÃO AOS ACONTECIMENTOS OCORRIDOS COM VOCÊ NO ÚLTIMO ANO.

Morte do cônjuge	SIM	NÃO
Divórcio	SIM	NÃO
Ser preso	SIM	NÃO
Morte de pessoa querida da família	SIM	NÃO
Ferimento ou doença pessoal grave	SIM	NÃO

Casamento	SIM	NÃO
Demissão do emprego	SIM	NÃO
Reconciliação com cônjuge	SIM	NÃO
Aposentadoria	SIM	NÃO
Doença grave em pessoa da família	SIM	NÃO
Gravidez	SIM	NÃO
Dificuldades sexuais	SIM	NÃO
Chegada de novo membro à família	SIM	NÃO
Adaptação a novo emprego ou negócio	SIM	NÃO
Alteração da situação financeira	SIM	NÃO
Morte de amigo(a) querido(a)	SIM	NÃO
Mudança para outra área de trabalho	SIM	NÃO
Variação na frequência de discussões com o cônjuge	SIM	NÃO
Dívidas	SIM	NÃO
Mudança de responsabilidade no emprego	SIM	NÃO
Filho(a) saindo de casa	SIM	NÃO
Dificuldades com os sogros.	SIM	NÃO
Façanha pessoal incomum	SIM	NÃO
Cônjuge começa ou pára de trabalhar	SIM	NÃO
Início ou término de estudo escolares	SIM	NÃO
Alteração nas condições de vida	SIM	NÃO
Revisão de hábitos pessoas	SIM	NÃO
Dificuldades com o chefe	SIM	NÃO
Mudança nas condições ou horários de trabalho	SIM	NÃO
Mudança de escola	SIM	NÃO
Mudança de tipo de lazer	SIM	NÃO
Mudança de atividades sociais	SIM	NÃO
Alteração nos hábitos de dormir	SIM	NÃO
Alteração nos hábitos de comer	SIM	NÃO
Férias	SIM	NÃO
Natal	SIM	NÃO
Transgressões (não graves) da lei	SIM	NÃO

ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS

1. mãos ou pés frios
2. boca seca
3. nó no estômago
4. aumento de suor
5. tensão muscular
6. aperto da mandíbula/ranger dos dentes

7. diarreia passageira
8. insônia
9. taquicardia/coração disparado
10. hiperventilação/ respiração rápida
11. hipertensão arterial (pressão alta)
12. mudança de apetite

ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM APRESENTADO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS

13. aumento súbito da motivação
14. entusiasmo súbito
15. vontade súbita de iniciar novos projetos

ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NA ÚLTIMA SEMANA

1. problemas com a memória
2. mal estar generalizado, sem causa específica
3. formigamento nas extremidades
4. sensação de desgaste físico constante
5. mudança de apetite
6. aparecimento de problemas dermatológicos
7. hipertensão arterial (pressão alta)
8. cansaço constante
9. gastrite, úlcera ou indisposição estomacal muito prolongada
10. tontura ou sensação de estar flutuando

ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NA ÚLTIMA SEMANA

11. sensibilidade emotiva excessiva
12. dúvidas quanto a si próprio
13. pensar constantemente em um só assunto
14. irritabilidade excessiva
15. diminuição da libido (vontade de ter relações sexuais)

ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NO ÚLTIMO MÊS

1. diarreia freqüente
2. dificuldades sexuais

3. insônia
4. náuseas
5. tiques
6. hipertensão arterial continuada (pressão alta continuada)
7. problemas dermatológicos prolongados
8. mudança extrema do apetite
9. excesso de gases
10. tontura freqüente
11. úlcera, colite ou outro problema sério
12. enfarte

ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NO ÚLTIMO MÊS

13. impossibilidade de trabalhar
14. pesadelos freqüentes
15. sensação de incompetência em todas as áreas
16. vontade de fugir de tudo
17. apatia, depressão ou raiva prolongada
18. cansaço constante e excessivo
19. pensa e fala constantemente sobre um só assunto
20. irritabilidade freqüente sem causa aparente
21. angustia, ansiedade, medo, diariamente
22. hipersensibilidade emotiva
23. perda do senso de humor

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)