

**QUALIDADE DE VIDA**  
Evolução dos Conceitos e  
Práticas no Século XXI



### **Conselho Editorial**

**ANA MARIA GIROTTI SPERANDIO**  
OPAS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORREA**  
FCM, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**GUANIS DE BARROS VILELA JR**  
DEF, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

**JOSÉ ARMANDO VALENTE**  
IA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**LENIRA ZANCAN**  
ENSP, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**LEONARDO MENDES**  
FEEC, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**LIGIA MARIA PRESUMIDO BRACCIALLI**  
FFC, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

**LUIZ FERNANDO ROCABADO**  
OPAS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**LUIZ ODORICO ANDRADE**  
FM, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

<http://ipes.cemib.unicamp.br/ipes/editora>

Roberto Vilarta  
Gustavo Luis Gutierrez  
Maria Inês Monteiro  
**(Organizadores)**

**QUALIDADE DE VIDA**  
Evolução dos Conceitos e  
Práticas no Século XXI

1ª Edição  
IPES

Campinas  
2010

FICHA CATALOGRÁFICA

---

Q25 Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI / Roberto Vilarta, Gustavo Luis Gutierrez, Maria Inês Monteiro (organizadores). Campinas: Ipes, 2010.

206p.

1. Qualidade de vida. 2. Atividade física. 3. Nutrição.  
4. Promoção da saúde. I. Vilarta, Roberto. II. Gutierrez, Gustavo Luis. III. Monteiro, Maria Inês. IV. Título.

CDD -613.7  
612.3

---

ISBN: 978-85-98189-28-4

**Organizadores**

Roberto Vilarta  
Gustavo Luis Gutierrez  
Maria Inês Monteiro

**Diagramação e Capa**

Alex Calixto de Matos

Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer sem autorização dos editores.

## Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>9</b>
Capítulo 1	
<b>Fenômeno Esporte: Relações com a Qualidade de Vida .....</b>	<b>11</b>
<i>Marco Antonio Bettine de Almeida e Dante de Rose Junior</i>	
Capítulo 2	
<b>O Desafio da Alimentação como Fator de Qualidade de Vida na Última Década.....</b>	<b>19</b>
<i>Erika da Silva Maciel e Marília Oetterer</i>	
Capítulo 3	
<b>Envelhecimento Humano e Qualidade de Vida: Responsabilidade da Universidade neste século XXI .....</b>	<b>27</b>
<i>Maria Candida Soares Del-Masso</i>	
Capítulo 4	
<b>Qualidade de Vida da Mulher na Pós-Menopausa .....</b>	<b>37</b>
<i>Valéria Bonganha e Vera Aparecida Madruga</i>	
Capítulo 5	
<b>Qualidade de Vida e Instrumentos para Avaliação de Doenças Crônicas – Revisão de Literatura. ....</b>	<b>45</b>
<i>Valéria Aparecida Masson, Maria Inês Monteiro e Tatiana Giovanelli Vedovato</i>	
Capítulo 6	
<b>Pessoa em Condição de Deficiência e Aspectos da Qualidade de Vida .....</b>	<b>55</b>
<i>Rita de Fátima da Silva e Paulo Ferreira de Araújo</i>	

Capítulo 7

**Pesquisa das condições de saúde do trabalhador da  
Universidade Estadual de Campinas como revelação de  
mecanismos de avaliação para atuação sistêmica em  
qualidade de vida institucional** ..... 65

*Estela Dall'Oca Tozetti, Maria do Rosário Almeida Rocha,  
Arlete de Souza Barros, Carlos Renato Paraizo,  
Maria das Graças Freitas de Aquinoj  
Teresa Helena Portela Freire de Carvalho e Viviane Coentro*

Capítulo 8

**Pluralidade e Complexidade da Questão Alimentar e  
Nutricional na Transição do Século XX para o XXI** ..... 73

*Luciana Sales Purcino e Ana Lúcia Carletti de Moraes*

Capítulo 9

**Novos Padrões Alimentares e as Relações  
com os Domínios da Qualidade de Vida e Saúde**..... 85

*Jaqueline Girnos Sonati e Roberto Vilarta*

Capítulo 10

**Esporte e Qualidade de Vida:  
Perspectiva para o Início do Século XXI**..... 93

*Renato Francisco Rodrigues Marques, Gustavo Luis Gutierrez e  
Paulo César Montagner*

Capítulo 11

**Qualidade de Vida e Diabetes Mellitus**.....105

*Inaldo Cavalcanti Figueiredo Filho, Rôse Clélia Grion Trevisane,  
Edite Kazue Taninaga e Rosely Cai Albertin*

Capítulo 12

**Programa Preventivo para Dor Orofacial e Disfunção das  
Articulações Temporomandibulares (ATM)**.....113

*Ana Paula Sereni Manfredi Moreira, Lila Lea Cruvinel e  
Paula Próspero Borelli Bortolletto*

Capítulo 13

**Whoqol – Antes, Durante, Depois e Agora**.....123

*Aquinaldo Gonçalves*

Capítulo 14

**Considerações sobre a Qualidade de Vida no  
Trabalho e o Estresse Ocupacional**.....131

*Daniela de Almeida Martins*

Capítulo 15

**A Evolução das Abordagens Conceituais sobre a Prática da  
Atividade Física Relacionada à Saúde e Qualidade de Vida ..... 141**  
*Dênis Marcelo Modeneze e Roberto Vilarta*

Capítulo 16

**Qualidade de Vida: Discussões Contemporâneas ..... 151**  
*Marco Antonio Bettine de Almeida e Gustavo Luis Gutierrez*

Capítulo 17

**Qualidade de Vida de Trabalhadores de  
Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva ..... 161**  
*Valéria do Amaral Silveira e Maria Inês Monteiro*

Capítulo 18

**Green Jobs, Green Economy – Ampliando as  
Possibilidades de Desenvolvimento Sustentável ..... 169**  
*Maria Inês Monteiro, Heleno Rodrigues Corrêa Filho e  
Carlos Eduardo Siqueira*

Capítulo 19

**Considerações sobre os aspectos relacionados à  
promoção à saúde e bem-estar no local de  
trabalho nos últimos 20 anos. .... 179**  
*Telma Terezinha Ribeiro da Silva*

Capítulo 20

**Hábitos Alimentares, Segurança e Soberania Alimentar ..... 187**  
*Walter Belik e Emma Siliprandi*

Capítulo 21

**Revisão Literária dos Modelos Clássicos de  
Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho:  
um Debate Necessário ..... 197**  
*Bruno Pedroso e Luiz Alberto Pilatti*





## **Apresentação**

O conceito de qualidade de vida tem sido intensamente divulgado pelas mídias e bastante discutido no meio científico nas últimas quatro décadas.

Neste século, a evolução da base conceitual da qualidade de vida ganha fundamentação teórica e metodológica a partir do aprimoramento das pesquisas, bem como pelas múltiplas expressões das práticas promotoras da saúde e do bem estar das populações.

Amplo senso, as abordagens positivas mais impactantes sobre os modos de viver da sociedade contemporânea ocorrem como resultado das políticas públicas de valorização da coletividade, do avanço da produção do conhecimento da área biomédica e do aprofundamento da pesquisa sobre as relações sociais e individuais em interação específica com as mudanças ambientais, em especial as urbanas.

Dentre as muitas expressões conceituais vigentes, a qualidade de vida pode ser compreendida pela análise de suas partes, em aspectos estruturados por domínios e facetas que dizem respeito aos componentes físico, emocional, do ambiente e das relações sociais.

Mas, na realidade, ainda pouco se conhece sobre as relações específicas destes componentes da vida com o nosso modo de ser cotidiano, como nos alimentamos, praticamos esportes, convivemos no local de trabalho, nos relacionamos com os amigos ou envelhecemos com dignidade e saúde.

A presente publicação tem por objetivo expor um conjunto de reflexões sobre a qualidade de vida, dados de sua evolução, seu aprimoramento metodológico e as perspectivas de melhoria da vida individual e coletiva. As temáticas aqui desenvolvidas centram-se no estabelecimento de vínculos relacionais da qualidade de vida com: i) prática da atividade física, desenvolvimento da aptidão física, esporte e a promoção da saúde; ii) pluralidade e complexidade da questão ali-

mentar, dos novos padrões e hábitos alimentares, segurança e soberania alimentar; iii) grupos com demandas específicas, a pessoa em condição de deficiência, a mulher na pós-menopausa, avaliação de doenças crônicas, diabetes mellitus e envelhecimento humano; iv) promoção da saúde e bem-estar no local de trabalho, estresse ocupacional, e possibilidades de desenvolvimento sustentável.

Os capítulos são construídos a partir da experiência acadêmica e profissional de docentes e pesquisadores de centros de ensino e pesquisa renomados vinculados à Universidade Estadual de Campinas, Universidade de São Paulo – campus São Paulo, Piracicaba e Ribeirão Preto, Universidade Tecnológica Federal do Paraná e University of Massachusetts Lowell - USA.

*Roberto Vilarta*  
*Gustavo Luis Gutierrez*  
*Maria Inês Monteiro*

## ***Fenômeno Esporte: Relações com a Qualidade de Vida***

***Marco Antonio Bettine de Almeida***  
*Prof. Dr. Universidade de São Paulo –  
Escola de Artes Ciências e Humanidades.*

***Dante de Rose Junior***  
*Prof. Titular da Universidade de São Paulo –  
Escola de Artes Ciências e Humanidades*

### **Aspectos introdutórios**

O esporte desempenha um importante papel na formação do homem e da vida em sociedade, como matriz de socialização e transmissão de valores, forma de sociabilidade moderna, instrumento de educação e saúde, ligado às expressões artísticas e, ao mesmo tempo, palco de violência. Possui papel destacado nas mídias e, às vezes, é fonte de discriminação, local amplo de atuação de trabalho e tem parte de sua estrutura ancorada na mercantilização das práticas corporais. Enfim, um fenômeno múltiplo que também contribui para a valorização do movimento e a busca de qualidade de vida dos praticantes.

O esporte possui várias dimensões, pode-se considerar uma primeira relacionada com o seu papel histórico, sua racionalização e a ligação com os capitais simbólicos, artísticos e de poder. Uma segunda dimensão científica. A terceira ligada à industrialização e atuação profissional. Uma quarta com relação à mídia, às políticas públicas, preconceito e violência, demonstrando que o esporte é vinculado à cultura e carrega

consigo as questões mais sensíveis da sociedade. Por fim, o esporte como transmissão de valores e integrado às ações culturais de um determinado agrupamento social.

O esporte, como fenômeno social, acaba por incorporar as várias faces da cultura, tornando-se um elemento que agrega os acontecimentos sociais, enquanto fonte de produção cultural e um elemento imprescindível para entender os acontecimentos contemporâneos. Portanto, a qualidade de vida como acesso aos bens culturais e incorporação de hábitos saudáveis tem no esporte uma possibilidade ímpar para desenvolver políticas que buscam o movimento e a incorporação de práticas corporais no cotidiano das pessoas.

O esporte é uma prática entre sujeitos, definida no mundo das relações sociais, que carrega consigo os significados importantes da sociedade contemporânea. Portanto, deve-se valorizar o esporte como interlocutor na promoção da saúde e busca de qualidade de vida. Este processo de valorização será discutido nas próximas páginas.

### **O esporte: envolvimento com a massa**

A passagem do século XX, no esporte, para o século XXI foi marcada por um quadro conceitual amplo de mudanças e tendências, influenciadas pelas transformações sociais e políticas, principalmente o fim da guerra fria, a globalização e a importância da atividade física no mundo contemporâneo.

Desde Pierre de Coubertin o esporte mudou bastante, pode-se afirmar que o universo dividido em esportes amadores e profissionais tornou-se mais complexo que a simples aferição de renda. Hoje o esporte, como fenômeno social, possui distintas dimensões. Depois da Segunda Guerra Mundial, o quadro internacional do esporte transformou-se em todas as suas formas e pode-se afirmar que uma interpretação correta do conjunto de fatos históricos tornou-se extremamente difícil.

O esporte ganha uma nova forma, o ensino de suas práticas para uma educação do Movimento – Educação Física, Motricidade Humana, Consciência Corporal. Rapidamente o aspecto pedagógico incorpora o ensino técnico da modalidade como espelho direto do fenômeno esportivo.

No esporte, as alterações da segunda metade do século XX, pós-guerra, foram profundas, pois o número de praticantes e modalidades surgidas cresceu impressionantemente. Além disso, o esporte era visto apenas na perspectiva do rendimento e após a Carta Internacional de Educação Física e Esporte da UNESCO (1978), a prática esportiva, passou a ser entendida como “direitos de todas as pessoas”.

A idéia de uma prática esportiva pluralista trouxe a possibilidade de democratização e dissociação do esporte e atleta profissional. A abrangência social do esporte passou a ser preponderante. As formas de exercício do direito ao esporte passaram a ser o Esporte-Educação, o Esporte-Lazer e o Esporte de Alto-Desempenho. Estas dimensões do conceito contemporâneo de esporte podem ser explicadas por princípios: (a) do Esporte-Educação, qual seja, princípios sócio-educativos voltados à participação, cooperação, co-educação, co-responsabilidade, inclusão, desenvolvimento esportivo e desenvolvimento do espírito esportivo; (b) do Esporte-Lazer constituído pelo princípio da não obrigatoriedade e da adaptação para a participação de todos; e (c) do Esporte de Alto-Desempenho com foco na superação, performance e uso de diferentes tecnologias.

Com a globalização tecnológica e a mundialização cultural o esporte incorpora rapidamente as principais características destes fenômenos sociais. Os avanços tecnológicos possuem aspectos positivos, como o uso de mídias para o ensino tático e técnico; novos materiais como fibra de carbono; nutrição; psicologia; e aspectos negativos, quais sejam, os diferentes tipos de doping; aspectos financeiros como motor exclusivo da prática; perda da relação entre o atleta e o país de origem.

Na mundialização cultural o esporte se integra ao meio social conforme suas dimensões e características locais. Por exemplo, o esporte de lazer adapta-se à realidade cultural local, como por exemplo, o jogo de futebol dos índios da tribo de Caetés que a partida termina quando uma equipe marcar o primeiro gol. Na dimensão pedagógica cada local de trabalho possui características distintas, como nos mostra os livros de ensino desportivo. Porém, o Esporte de Alto-Rendimento Profissional é aquele que pelo fenômeno da secularização,

igualdade, especialização, racionalização, burocracia, quantificação e recorde integra uma realidade cultural sem sofrer adaptações, uma competição mundial na China, por exemplo, é a mesma dos Estados Unidos, independente do modelo econômico, cultural e social destes e de outros países. Mostrando que o esporte burocratizado estrutura-se em um todo coeso e justamente esta coesão é que possibilitou o esporte se tornar um fenômeno mundial.

A partir do momento que o esporte passa a ser um fenômeno mundial, ele sofre uma crise ética, principalmente quando seus objetivos deixam de ser a prática e passam a incorporar aos seus fins o uso político-econômico, como assistimos na Alemanha de Hitler, na União Soviética de Kruschev, nos Estados Unidos com Nixon, no Brasil com Médici, na Argentina com Videla. Ao mesmo tempo, temos por um lado esta postura estratégica do esporte, e por outro a busca pelo jogo limpo e transparência esportiva, mostrando que o esporte reflete os conflitos sociais inerentes a qualquer manifestação humana atual.

O esporte passa a ser movimento de massa por meio da transformação do sentido da prática, primeiramente como rendimento máximo para, depois, constituir-se também como esporte participação e escolar, com o rendimento possível. Outro ponto a ser lembrado sobre a massificação do esporte é que a partir da ampliação dos praticantes aumentaram-se os investimentos do estado, levando a uma transformação no conceito de planejamento urbano e de políticas públicas no setor. O próprio desenvolvimento na área científica demonstrou um avanço no entendimento do esporte participativo nas escolas juntamente com a prática das modalidades.

Neste sentido, é razoável defender a idéia de que o esporte participação como cultura espelha mais a sociedade atual do que a prática de alguns escolhidos geneticamente para representar o país como monocultura. Porém, o esporte participação necessita de um espelho, algo para mimetizar, e isto é oferecido pela espetacularização, por meio da sua beleza, arte, integração e plasticidade. As imagens veiculadas ao esporte, bem como um aparato midiático de grande proporção, alimenta o sentido da participação da prática, e quanto mais

— |

— |

As pessoas colocam o esporte no seu cotidiano, mais espetacularizado ele fica. Este processo histórico complexo oferece uma pequena base para entender a esportivização da sociedade e como ela está presente na vida das pessoas, simbolizando competição, originalidade, beleza, frustração, vitória, reciprocidade ou alegria, tornando as relações sociais repletas de valores esportivos. Estes valores devem ser considerados quando relacionamos esporte com a busca de qualidade de vida.

Outro ponto importante é pensar o fascínio do esporte derivado de aspectos que, de forma diversa, estamos habituados a experimentar e admirar nos espetáculos. O aspecto estético é um dos elementos na consolidação da popularidade do fenômeno esportivo. O esporte não é somente um “tema” e/ou “inspiração” para obras de artes mas, também, é a própria manifestação artística, estabelecendo diálogos com outras linguagens.

A discussão sobre o grau de relacionamento entre o esporte e o espetáculo não é recente. Por exemplo, Pierre de Coubertin, quando idealizou a recriação dos Jogos Olímpicos na modernidade, já os concebia não somente dedicados ao esporte, mas como festivais culturais em um sentido ampliado, tendo implementado concursos de poesias, de artes plásticas e mesmo de músicas.

O esporte, como espetáculo, constrói valores tornando-se mais que um objeto puramente estético, traz consigo um conteúdo ético. Por isso o esporte pode ser veículo de educação. O esporte como manifestação de massa começa a ser objeto de discussão na pedagogia, demonstrando a sua inserção na sociedade e sua relação com as manifestações humanas.

### **O esporte como veículo de educação e deseducação**

O esporte pode ser entendido como um campo de estudo composto de incontáveis formas de relações humanas, todas elas passíveis de serem examinadas pela ótica das orientações educacionais e dos valores morais. O esporte transmite valores em qualquer ambiente, por isso a importância de uma educação para prática esportiva e, ao mesmo tempo, uma educação do esporte enquanto fenômeno social. A primeira educação é a do gesto, da técnica, do controle emocional e

dos princípios das ciências do esporte, a segunda uma educação dos valores, da alteridade, da valorização da cooperação e da problematização do esporte de alto-rendimento que é vinculado à mídia.

A relação do esporte com a educação não é recente. A aristocracia inglesa, no século XIX, entendia o esporte como uma espécie de “escola de caráter”, isto é, como uma prática que ajuda a formar os jovens dentro de princípios de hombridade e de comportamento civilizado, preparando-os para competirem entre si dentro de uma ordem instituída e inseridos num grupo social delimitado. Graças ao sucesso do movimento olímpico, no século XX, o esporte tornou-se um elemento central da educação moral. Mas, a legitimação de uma “ética esportiva” não ficou restrita ao âmbito da escola, uma vez que o esporte se difundiu e se desenvolveu em outras instituições.

A educação consiste em transmitir normas de comportamento técnico-científico (instrução) e moral (formação do caráter) que podem ser compartilhadas por todos os membros da sociedade. Por isso a educação deve ser entendida como inseparável de princípios éticos como igualdade, liberdade, justiça e felicidade, assim como da aceitação do direito às diferenças e da preservação da autonomia individual ou institucional. Podemos pensar a educação esportiva no ensino das modalidades, das técnicas, das táticas, da visão espacial, no estímulo das capacidades sensoriais, no desenvolvimento fisiológico, na busca pela saúde e manutenção da saúde pela prática reiterada no tempo.

### **As marcas da modernidade e o avanço do esporte na sociedade contemporânea**

O esporte, na sua origem, derivava de jogo e brincadeira. Eles eram parte da cultura, como expressão das tradições do sagrado ou do profano, consistindo em uma atividade essencialmente lúdica de caráter ritual. Pelas suas exigências, estas atividades celebravam o corpo, a força, a beleza e o mágico.

Uma característica do esporte moderno é retirar o caráter ritual religioso do jogo e o transformar em algo secularizado,



sem estruturar-se na religião, incorporando elementos racionais, como medidas, recordes e igualdade de chances.

A primeira aproximação possível entre o esporte e a promoção da saúde é recuperar os aspectos primeiros da gênese do esporte, que é o movimento lúdico e o prazer, trazendo-os para a sociedade contemporânea. Desvinculando o esporte de rendimento máximo, com suas regras e estruturas valorizadas pela mídia, para a prática do movimento lúdico.

O ritual esportivo e seu caráter essencialmente mágico, como os uniformes – a camisa da equipe –, as bandeiras, são exemplos de veneração que podem ser utilizados como meios de promoção da saúde, valorizando o esporte pela beleza do movimento.

A quantificação geralmente se faz acompanhar de dois outros fenômenos muito frequentes no mundo esportivo de alto-rendimento, a especialização – definição dos papéis a serem executados pelos atletas – e as estratégias - táticas de jogos cada vez mais formais, rígidas e calculistas. Estes dois elementos visam, em última instância, um melhor desempenho dos atletas e das equipes nas competições. Estas características do esporte podem servir tanto para afastar o praticante dos cânones da qualidade de vida, como aproximar. A quantificação pode ser marca de desempenho ótimo como parâmetro de envolvimento com a atividade e a busca de resultados intrínsecos, permitindo a comparação no sentido de melhora da performance.

A introdução do uso de aparelhos tecnológicos confere mais racionalidade e precisão nos movimentos, este processo pode levar tanto a uma exacerbação do culto exagerado ao corpo, como a utilização dos aparelhos para promover o movimento pelo esporte. Exemplo disso é utilizar a tecnologia para adaptar a altura da tabela de basquete, ou mesmo criar formas de interação entre os praticantes de alguma modalidade. No surf podemos citar a utilização de pranchas com maior fluidez e equipamentos de segurança para os iniciantes.

Nestas páginas ficou claro que se propõe a utilização do fenômeno esportivo como valorização do movimento, e a sistematização do movimento reiterado no tempo para a busca de um estilo de vida saudável. Não se trata de perceber o rendimento a qualquer custo, mas de utilizar as modalidades esportivas como

ampliação das possibilidades de movimento. Consagrando o esporte como prática social que pode ser vista como parte da modernização do mundo ocidental, de seu processo civilizador, no sentido que lhe atribuiu Norbert Elias (1980).

### Referências Bibliográficas

- BOURDIEU, P. DA REGRA ÀS ESTRATÉGIAS. IN: *COISAS DITAS*. SÃO PAULO: BRASILIENSE, 1990.
- \_\_\_\_\_. *O CAMPO ECONÔMICO: A DIMENSÃO SIMBÓLICA DA DOMINAÇÃO*. CAMPINAS: PAPIRUS, 2000.
- ELIAS, N. *INTRODUÇÃO À SOCIOLOGIA*. SÃO PAULO: MARTINS FONTES, 1980.
- GEBARA, A. NORBERT ELIAS E PIERRE BOURDIEU: NOVAS ABORDAGENS, NOVOS TEMAS. IN: *CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DO ESPORTE, LAZER E EDUCAÇÃO FÍSICA, 6.*, 1998, RIO DE JANEIRO. COLEÇÃO. RIO DE JANEIRO: UGE, 1998. p. 75-81
- MARQUES, RENATO FRANCISCO RODRIGUES. *ESPORTE E QUALIDADE DE VIDA: REFLEXÃO SOCIOLÓGICA*. 2007. 160 F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO) - CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA, UNICAMP, CAMPINAS, 2007.
- MARCHI JR., W. COMO É POSSÍVEL SER ESPORTIVO E SOCIÓLOGO? IN GEBARA, A.; PILATTI, L. A. *ENSAIOS SOBRE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA NOS ESPORTES*. JUNDIAÍ: FONTOURA, 2006. p.159-195.
- PILATTI, L. A. *ENSAIOS SOBRE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA NOS ESPORTES*. JUNDIAÍ: FONTOURA, 2006. p.159-195.
- SIGOLI, M. E ROSE, D. A HISTÓRIA DO USO POLÍTICO DO ESPORTE. *REV. BRAS. CIÊNCIA E MOVIMENTO*. V.12, N.2 p.111-119. BRASÍLIA, 2004.

## ***O Desafio da Alimentação como Fator de Qualidade de Vida na Última Década***

***Erika da Silva Maciel***

*Especialista em Atividade Física e Qualidade de Vida - UNICAMP  
Mestre em Ciência e Tecnologia - USP*

***Marília Oetterer***

*Professora Titular  
Chefe do Depto. de Agroindústria, Alimentos e Nutrição - ESALQ- USP  
Coordenadora do GETEP- Grupo de Estudos e Extensão em Inovação  
Tecnológica e Qualidade do Pescado*

### **Introdução**

Nos últimos anos houve um esforço coletivo para desvendar como os domínios que compõem a qualidade de vida comportam-se em diferentes grupos e situações. Esse interesse por parte dos pesquisadores refletiu em preocupações na população relacionadas ao estilo de vida praticado atualmente.

Na última década salientou-se a importância das avaliações na área da qualidade de vida e dos indicadores de saúde que podem contribuir para melhor compreensão das necessidades reais de um grupo de indivíduos. Nessa avaliação o levantamento do contexto sócio cultural e econômico do grupo estudado tornou-se imprescindível, pois associado a outras informações, como estado nutricional, nível de atividade física, dieta alimentar e medidas bioquímicas entre outras, são elementos que permitem compreender melhor a qualidade de vida e, principalmente, fornecem subsídios mais concretos dos domínios a serem trabalhados.

Em torno dessa discussão é cabível afirmar que há um consenso atual referente aos principais fatores relacionados à promoção da saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida de uma população: a dieta, a prática de atividade física, o controle do fumo e do álcool, combinações que, quando associadas, correspondem à 50% do risco total para o desenvolvimento de algum tipo de doença crônica (WHO,2003). Entretanto, os fatores psicossociais têm ganhado destaque importante no contexto saúde e qualidade de vida, contribuindo para essa análise.

Embora a avaliação da qualidade de vida tenha evoluído nos últimos anos, com a participação de várias áreas de conhecimento, as estratégias de promoção da saúde são as mesmas, pois ainda carecem de ser estimuladas e praticadas em todo o mundo. A combinação atividade física e alimentação ainda é foco principal na mudança de hábitos.

A qualidade de vida, antes uma utopia para muitos, tornou-se alvo de preocupação e de controvérsias, principalmente quando se considera um dos seus principais construtos: a alimentação.

### **A alimentação como fator de qualidade de vida**

É de conhecimento geral que a saúde de um grupo de indivíduos é resultado da interação entre fatores genéticos e vários fatores ambientais. Nossa genética não apresenta fortes mudanças há pelo menos 10.000 anos; já a prática de atividade física no cotidiano tem sofrido mudanças importantes, resultado de todo o processo de industrialização. A alimentação, por sua vez, tem mudado constantemente e alterado o nosso gasto energético. Portanto, dentre os fatores ambientais a nutrição/alimentação pode ser considerada o de maior importância para uma melhor qualidade de vida (TYROVOLAS; PANAGIOTAKOS, 2010)

Assim como qualquer área de conhecimento as orientações nutricionais são escassas de estudos de associação e também de estudo em longo prazo. No entanto, na última década, houve

um frenesi da mídia por informações a respeito de pesquisas na área de alimentação. A divulgação de estudos inacabados ou com resultados contraditórios tem ganhado a atenção da mídia, a qual os tornou cada vez mais disseminados, confundindo não só os consumidores como também os especialistas.

Hoje o que parece evidente, por exemplo, é que o consumo de alguns alimentos como a margarina e a gordura hidrogenada, não deveria ter sido estimulado sem estudos que pudessem garantir, em longo prazo, a segurança do consumidor. Outro exemplo é relacionado à ingestão de ovos, que foi condenada durante anos, e, atualmente, especialistas indicam o consumo moderado. O café já foi relacionado à hipertensão; recentemente, no entanto, o seu consumo tem sido associado a pequenas alterações na pressão sanguínea e não tem sido atribuído a esse produto um papel central no aparecimento da hipertensão (AZEVEDO, 2008).

As mudanças no padrão dietético da população, as inovações na área e a discussão sobre a qualidade de vida e a qualidade da alimentação cresceram fortemente nos últimos anos, devido à alta incidência de problemas com a saúde, tais como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e que possuem grande associação com a alimentação.

Preocupações com as deficiências nutricionais e a fome têm dado espaço para a discussão do consumo excessivo de certos nutrientes e calorias na dieta, além dos problemas relativos à contaminação química dos alimentos (AZEVEDO, 2008).

A modificação no padrão alimentar é complexa e constante. Envolve desde o processo de industrialização, as novidades na indústria de alimentos, o estudo dos hábitos e do ambiente para o consumo, a disponibilidade e o acesso ao alimento.

Alguns autores sugerem ainda que, entre 2007-2008, a alta dos preços, devido à crise mundial, teve uma repercussão direta na alimentação em diversos países, afetando negativamente na quantidade e a qualidade da dieta (Brinkman et al, 2009).

## A dieta do mediterrâneo

Embora a expectativa de vida tenha aumentado nos últimos anos, entre as principais causas de morte no mundo estão as DCNT. O aumento do sobrepeso e da obesidade entre adultos e crianças tem despertado interesse por estratégias de prevenção já que a o peso elevado é primordial para o desenvolvimento de doenças crônicas e essas são responsáveis, em grande medida, pela depreciação da qualidade de vida.

O problema é simples de entender já que grande parte das DCNT tem uma maior ou menor relação com o consumo de alimentos e nutrientes, ou seja, a modificação de alguns alimentos da dieta poderia reduzir substancialmente as taxas de mortalidade. Entretanto, a prática desse conceito é de alta complexidade.

O papel da dieta na prevenção e controle das DCNT tem sido bem estabelecido, baseado em estudos epidemiológicos durante pelo menos duas décadas. A base inicial para essas pesquisas foi a dieta do mediterrâneo, que se refere tradicionalmente às regiões de Creta, a outras partes da Grécia, à Espanha e ao sul da Itália. Essa dieta tradicional é composta por alta ingestão de frutas, vegetais, cereais, nozes, peixes, feijões, pouca quantidade de carne vermelha, moderado consumo de álcool (e, nesse sentido, o destaque é dado ao consumo de vinho tinto), sendo o óleo de oliva a sua principal fonte de gordura. Embora o consumo de leite seja moderado, o de queijo e iogurte é alto (TYROVOLAS; PANAGIOTAKOS, 2010).

O estilo de dieta do mediterrâneo foi incorporado em muitas das recomendações nutricionais, seu estudo iniciou em torno de 1950. Na década de 1960 o departamento de Saúde Pública da *Harvard University* cria a pirâmide alimentar no modelo da dieta do mediterrâneo para que fosse adotada por diversas nacionalidades, inclusive e principalmente, pelos americanos, que já apresentavam problemas de saúde relacionados com a qualidade da dieta alimentar (RUMAWAS et al, 2009).

Embora a discussão sobre esse modelo de dieta tenha se originado há anos, somente no fim da última década os resultados das pesquisas epidemiológicas foram confirmados. Há um consenso em que esse padrão de dieta é benéfico para a

prevenção das DCNT, desde que associado a um estilo de vida ativo e equilibrado.

Essa combinação de alimentos fornece uma dieta com baixa gordura saturada; por outro lado, oferece grande variedade de compostos bioativos com características antioxidantes e antiinflamatórias. Como resultado, há uma influência na redução do risco de desenvolver doenças cardiovasculares (TYROVOLAS; PANAGIOTAKOS, 2010).

Alguns estudos sugerem que esse modelo de dieta tem um efeito protetor quanto ao ganho excessivo de peso e ao desenvolvimento de diabetes tipo 2. Quando correlaciona-se esse padrão dietético ao estilo de vida, observa-se uma baixa ocorrência de doenças coronarianas e de câncer associadas à alta expectativa de vida, ou seja, a modificação dos padrões e hábitos alimentares representam uma estratégia eficiente para a prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida (BALDINI et al, 2008).

Há indícios ainda da relação dessa dieta com estudos epidemiológicos realizados durante as duas últimas décadas, em que o consumo de peixe, rico em ômega 3, protege contra o desenvolvimento de câncer, especialmente o de mama. Em uma revisão sistemática nas publicações de 1985 a 2009 sobre hábitos alimentares e o risco de doenças cardiovasculares e câncer identificou-se que a alta aderência pela dieta do modelo usado no mediterrâneo está associada com a redução dos riscos de doenças cardiovasculares e de alguns tipos de câncer (TYROVOLAS; PANAGIOTAKOS, 2010).

Embora esses resultados indiquem uma associação positiva entre a alimentação e a qualidade de vida, há estudos que ressaltam a importância da educação nutricional e do incentivo a um estilo de vida mais equilibrado.

Em estudo realizado com universitários das áreas do mediterrâneo (León, na Espanha e Bologna, na Itália), e que tradicionalmente consomem os alimentos referidos na dieta, indicou que a nova geração tem consumido muito mais gordura e menos vegetais do que o recomendado. Além da alta incidência de sobrepeso, há resultados associados a outros es-

tudos que atribuem esses resultados ao fato dos estudantes viverem longe de casa (BALDINI et al, 2008).

Em um estudo realizado no Brasil com comunidade universitária, apesar de se encontrar uma boa variabilidade da dieta alimentar, resultado atribuído às refeições realizadas no restaurante universitário (o qual oferece uma boa diversidade de alimentos incluindo frutas e vegetais), identificou-se sobrepeso e obesidade elevados (34%) e baixo nível de atividade física (25%). Esses fatores contribuem para uma avaliação da qualidade de vida insatisfatória, indicando necessidade de intervenção, principalmente nessas áreas (MACIEL, 2006).

Em outro estudo realizado na Espanha analisou-se a influência da alimentação na percepção do estado de saúde. Os resultados indicam que aqueles que consumiam alimentos presentes na dieta do mediterrâneo apresentavam uma melhor percepção de saúde mental e física (MUNOZ et al, 2009).

## **Conclusão**

Estratégias de intervenção alimentar na linha da dieta mediterrânea podem reduzir o risco de morbidade, mortalidade prematura e melhorar a qualidade de vida de pessoas em todo o mundo, tendo em vista que os alimentos consumidos na referida dieta são disponíveis em diversos países.

A melhor compreensão dos componentes da qualidade de vida atingiu seu ápice na última década. Ainda é necessário, no entanto, criar condições de reverter o quadro das DCNT, propor e garantir que sejam executadas as ações de intervenção. Esse trabalho envolve diversos atores sociais, desde os órgãos de fiscalização para acompanhar a mídia e as propagandas de alimentos, o governo para proporcionar estrutura adequada para a prática de hábitos de vida mais saudáveis e um comércio justo em relação aos alimentos. Além disso, cabe aos especialistas pesquisar, divulgar, propor estratégias e incentivar a comunidade nas práticas de vida mais adequadas à saúde.



## Referências Bibliográficas

- AZEVEDO, E. REFLEXÕES SOBRE RISCOS E O PAPEL DA CIÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL. *REVISTA DE NUTRIÇÃO*. CAMPINAS, v. 21, n.6, p.717-723, NOV./DEZ. 2008
- BALDINI, M.; PASQUI, F.; BORDONI, A.; MARANESI, A.; IS THE MEDITERRANEAN LIFESTYLE STILL A REALITY? EVALUATION OF FOOD CONSUMPTION AND ENERGY EXPENDITURE IN ITALIAN AND SPANISH UNIVERSITY STUDENTS. *PUBLIC HEALTH NUTRITION*. v.12, n.2, p. 148-155, 2008.
- BRINKMAN, H. J.; PEE, S.; SANOGO, I.; SUBRAN, L.; BLOEM, M. HIGH FOOD PRICES AND THE GLOBAL FINANCIAL CRISIS HAVE REDUCED ACCESS TO NUTRITIOUS FOOD AND WORSENERED NUTRITIONAL STATUS AND HEALTH. *THE JOURNAL OF NUTRITION. SUPPLEMENT: THE IMPACT OF CLIMATE CHANGE, THE ECONOMIC CRISIS, AND THE INCREASE IN FOOD PRICES ON MALNUTRITION*, p. 153-161, 2009.
- MACIEL, E.S. *QUALIDADE DE VIDA: ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO CONSUMO DE ALIMENTOS E ESTILO DE VIDA*. 2006. 184p. DISSERTAÇÃO DE (MESTRADO EM CIÊNCIAS)- ESCOLA SUPERIOR DE AGRICULTURA “LUIZ DE QUEIROZ”, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, PIRACICABA, 2006.
- MUNOZ, A.A.; FÍTO, M.; MARRUGAT, J.; COVAS, M.I.; SCHRODER, H. ADHERENCE TO THE MEDITERRANEAN DIET IS ASSOCIATED WITH BETTER MENTAL AND PHYSICAL HEALTH. *BRITISH JOURNAL OF NUTRITION*. n. 101, p.1821-1827, 2009.
- RUMAWAS, M.E.; DWYER, J.T.; McKEOWN, N.M.; MEIGS, J.B.; ROGERS, G.; JACQUES, P.F. THE DEVELOPMENT OF MEDITERRANEAN-STYLE DIETARY PATTERN SCORE AND ITS APPLICATION TO THE AMERICAN DIET IN THE FRAMINGHAM OFFSPRING COHORT. *THE JOURNAL OF NUTRITION - NUTRITION EPIDEMIOLOGY*. p. 1150-1156, 2009.
- TYROVOLAS, S.; PANAGIOTAKOS, D. THE ROLE OF MEDITERRANEAN TYPE OF DIET ON THE DEVELOPMENT OF CANCER AND CARDIOVASCULAR DISEASE, IN THE ELDERLY: A SYSTEMATIC REVIEW. *MATURITAS*. v.65, p.122-130, 2010.

WHO 2003. WHO *GLOBAL STRATEGY ON DIET, PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH: THE AMERICAS REGIONAL CONSULTATION MEETING REPORT*. SAN JOSÉ, COSTA RICA, P.23-24 APRIL,2003. DISPONÍVEL EM: [HTTP//WWW.WHO.ORG.BR](http://www.who.org.br). ACESSO EM: 10 JAN. 2010.

***Envelhecimento Humano e Qualidade de Vida: Responsabilidade da Universidade neste século XXI***

***Maria Candida Soares Del-Masso***

*Coordenadora do Núcleo Central UNATI – UNESP – PROEX  
Coordenadora do Núcleo Local UNATI – UNESP – Campus de Marília  
Docente do Departamento de Educação Especial  
Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP – Campus de Marília*

*Apoio Institucional: o presente trabalho teve apoio da Fundunesp –  
Fundação para o Desenvolvimento da UNESP*

**Resumo**

Inserida na problemática que o idoso enfrenta na sociedade e refletindo o papel social da Universidade Pública, a Universidade Estadual Paulista – UNESP - estruturou o projeto da Universidade Aberta à Terceira Idade - UNATI com o objetivo de proporcionar condições para a integração social do idoso mediante o convívio no meio acadêmico, utilizando-se de atividades de ensino, de pesquisa e de extensão universitária. Nesse sentido, a UNESP contempla os anseios do público-alvo num ambiente diversificado culturalmente, como é o ambiente universitário, num trabalho interdisciplinar possibilitando novas formas de relacionamento estimuladas nos grupos de alunos das diferentes UNATIs em direção ao fortalecimento de uma visão positiva do processo de envelhecimento humano.

## **Envelhecimento Humano e Qualidade de Vida**

A compreensão do processo de envelhecimento humano não requer apenas o entendimento do termo, o qual podemos dizer que envelhecer é chegar pouco a pouco a um período mais avançado da vida ou perder a jovialidade e a beleza além das possíveis perdas das habilidades cognitivas. Sob essa perspectiva, o envelhecimento humano representaria apenas uma mudança ou simples passagem de uma fase para outra fase da vida. A análise do processo de envelhecimento humano deveria considerar o estudo de diferentes variáveis presentes na vida dos indivíduos, tais como: fatores familiares, sociais, econômicos, pessoais e, principalmente, fatores físicos e biológicos.

Esse olhar mais cauteloso para o estudo do envelhecimento humano poderia possibilitar a compreensão em como o idoso, a família e o próprio meio social concebem o processo de envelhecimento e as respectivas mudanças nesse período da vida. Diante desse aspecto, é necessário não apenas entender o envelhecimento sob a perspectiva biológica, mas principalmente social, legal, cultural entre outras, entender como um ciclo complexo que engloba desde a aceitação das pequenas mudanças por parte dos indivíduos até as mudanças mais complexas presentes no meio sociocultural.

A aceitação do envelhecimento humano não é uma das tarefas mais fáceis, uma vez que os indivíduos estão predispostos a acreditar que só os outros envelhecem e que eles permanecerão eternamente jovens ou maduros, mais experientes, mas... jamais velhos.

O culto ao novo, ao atual e ao moderno transformou o processo de envelhecimento em um martírio levando, muitas vezes, a uma exclusão social causando temor às pessoas que envelhecem. Esse “suposto martírio” é percebido aos primeiros sinais da passagem do tempo. Nessa perspectiva, é importante compreender o envelhecimento como um processo que ocorre naturalmente com os indivíduos ao longo de suas vidas, não sendo um fenômeno que ocorre rápida e isoladamente.

Para que essa nova visão de envelhecimento se modifique, é importante que o idoso abandone os rótulos que a

sociedade o atribuiu. Ele deve buscar novas experiências e novas alternativas de vida, seja participando de grupos de terceira idade, de roda de amigos, de atividades programadas para orientá-los a vivenciar essa etapa da vida de forma prazerosa e, na maioria das vezes, preparando para a aposentadoria. Além disso, as mudanças introduzidas em suas vidas poderão contribuir não só para a ampliação dos seus horizontes, como também apresentar melhorias nos quadros físico, emocional e intelectual, possibilitando um envelhecimento humano com qualidade de vida.

Atualmente, o Brasil começa a ser visto como um país de cabelos brancos, ou seja, em 2025 o país terá 16 vezes mais idosos do que em 1950. Assim, a sociedade deve rever suas ações no sentido de desmitificar o papel do idoso na sociedade contemporânea e criar políticas públicas para atender esse crescente grupo de pessoas.

Conforme dados do Censo do IBGE de 2000, a população brasileira representava 170 milhões de pessoas, sendo que 14,5 milhões eram de pessoas idosas, ou seja, 8,6% da população do país (IBGE, 2002).

Com a estimativa do próprio IBGE (IBGE, 2010), ao final de 2009 a população brasileira ultrapassava 191 milhões de pessoas, sendo o grupo de idosos composto por aproximadamente 21 milhões de pessoas, ou seja, 11% da população, ultrapassando o grupo de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos de idade, que representa 19,4% da população nacional.

Numa análise comparativa, em 2000 o grupo de pessoas na faixa etária de 0 a 14 anos de idade representava 30% da população e os maiores de 65 anos de idade representava apenas 5% da população. A previsão do IBGE para 2020 considera que serão 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos, ou seja, 13% da população total do país e em 2050 o peso desses 2 grupos será o mesmo, ou seja, 18% da população brasileira. Nesse cenário, a vida do brasileiro aumentou em 5,57 anos, sendo a expectativa de vida atualmente de 72,57 anos de idade. Em 2050 a expectativa de vida será de 81,3 anos de idade, conforme dados apresentados pelo IBGE (IBGE, 2002).

A inversão da pirâmide etária brasileira, o envelhecimento humano acelerado, o aumento significativo da expectativa

de vida das pessoas idosas, a redução da taxa de natalidade, as conquistas tecnológicas e científicas, os avanços da medicina, as mudanças no contexto sócio-político-econômico levam a diferentes dilemas e desafios.

Faz-se necessário entender as características de uma realidade em que o Estado é mínimo a ação social se coloca como responsabilidade. Cabe à Universidade constituir locais de excelência de atuação multidisciplinar para a aplicação do conhecimento da extensão universitária, da pesquisa e do ensino com especial ênfase nas ações da Universidade Aberta à Terceira Idade. Nesse sentido, a extensão universitária é a ponte que possibilita a construção de conhecimento e de práticas universitárias socialmente responsáveis.

O idoso só será visto diferentemente com a transformação da sociedade e essa transformação fazemos com ações concretas desmitificando mitos e tabus acerca do envelhecimento humano.

Como vivenciar essa nova realidade? Algumas respostas estão pautadas nas ações para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, em novas práticas sociais, em ações empreendedoras.

Conforme aponta Pimentel (2009, p.19), frente a um mundo “com tantas possibilidades e de uma população cada vez mais madura e em plena capacidade, os grupos etários da terceira idade devem receber especial atenção para que tenham acesso aos benefícios da modernidade”.

A terceira idade é o momento de melhor avaliação crítica da vida em virtude das experiências acumuladas. Assim, a Universidade realiza a sua responsabilidade social mediante diferentes ações da Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) e é nesse espaço que os idosos podem criar, inventar, reinventar diferentes práticas sociais.

## **A experiência da UNATI – UNESP**

A Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) é resultado de uma série de discussões acerca da problemática que o idoso enfrenta em relação a sua inclusão no meio social.

O Núcleo Central UNATI - UNESP vinculado à Pró-Reitoria de Extensão Universitária (PROEX) foi institucionalizado pela Portaria UNESP nº 191, de 07 de maio de 2001, como resultado do trabalho coletivo desenvolvido nas diferentes Unidades Universitárias da UNESP. O projeto começou a ser discutido a partir da implantação do Projeto Sênior, em 1993, com objetivo de possibilitar às pessoas que estão envelhecendo acesso à Universidade Pública na execução de sua responsabilidade social usufruindo o espaço educacional e cultural para a ampliação de conhecimentos, além de possibilitar a educação continuada, proporcionando a convivência social e a troca de experiências de vida entre os participantes das UNATIs, dos alunos de Graduação e de Pós-Graduação dos diferentes cursos e programas das Unidades Universitárias da UNESP, dos docentes e dos técnico-administrativos da Universidade.

A Pró-Reitoria de Extensão Universitária da UNESP deu continuidade às ações já existentes em suas unidades acadêmicas constituindo-se em iniciativa de grande aceitação na Universidade. Em 2001, o Projeto UNATI – UNESP foi institucionalizado pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária da UNESP, projeto que é desenvolvido em 20 *campi* da UNESP, sendo que cada UNATI possui autonomia de ação estando ligada à coordenação central junto a PROEX.

Neste ano de 2010, mais 3 Unidades Universitárias da UNESP irão compor esse Projeto, sendo elas as Unidades de Itapeva, Ourinhos e Tupã,

A programação desenvolvida pelo Núcleo Central UNATI - UNESP abrange atividades de ensino, de pesquisa, de extensão universitária e de gestão distribuídas nos 20 núcleos locais assumindo características específicas em cada uma das Unidades Universitárias. O foco central do projeto nessas unidades está pautado nas propostas elaboradas pelos coordenadores locais a partir das informações e solicitações recebidas dos alunos das UNATIs, como também dos bolsistas de Ex-

tensão Universitária da PROEX com a atribuição de Bolsa de Apoio Acadêmico e Extensão I e II, dos bolsistas de Iniciação Científica (FAPESP, PIBIC/CNPq,, PIBIC/Reitoria e voluntários), dos pesquisadores docentes, dos pós-graduandos e dos servidores técnico-administrativos, como forma didática de co-participação e co-responsabilidade na elaboração e execução das diferentes atividades.

No ano de 2009, aproximadamente 5.000 idosos participaram das diferentes atividades oferecidas pelas UNATIs nas diferentes Unidades Universitárias da UNESP, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Núcleos Locais UNESP – UNATI

<b>Campus</b>	<b>Unidade Universitária</b>
Araçatuba	Faculdade de Odontologia
Araraquara	Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Assis	Faculdade de Ciências e Letras
Bauru	Fac. Arquitetura, Artes e Comunicação
Botucatu	Administração Geral
Dracena	Campus Experimental de Dracena
Franca	Fac. História, Direito e Serviço Social
Guaratinguetá	Faculdade de Engenharia
Ilha Solteira	Faculdade de Engenharia
Jaboticabal	Fac. Ciências Agrárias e Veterinária
Marília	Faculdade de Filosofia Ciências e Letras
Presidente Prudente	Faculdade de Ciências e Tecnologia
Rio Claro	Instituto de Biociências
Rosana	Campus Experimental de Rosana
São José dos Campos	Faculdade de Odontologia
São José do Rio Preto	Inst. Biociências, Letras e Ciências Exatas
São Paulo	Instituto de Artes
São Paulo	Reitoria
São Vicente	Campus Experimental do Litoral Paulista
Sorocaba	Campus Experimental de Sorocaba

O trabalho realizado em cada uma das UNATIs contou com a participação de professores coordenadores e vice-coordenadores vinculados aos respectivos Núcleos Locais, com nomeação de Portaria do Reitor e publicação no Diário Oficial do Estado,



além de docentes envolvidos no projeto e de bolsistas conforme citado anteriormente. Outros dados podem ser visualizados no Portal da UNESP no endereço <http://www.unesp.br>.

As UNATIs atendem alunos de ambos os gêneros, com independência em locomoção até os locais das atividades e com idade de 55 anos ou mais. As atividades das UNATIs envolvem a educação continuada através de palestras, ações culturais, esportivas, motivadoras; cursos temáticos com objetivo de estimular a atualização do conhecimento, a troca de experiências, volta ao convívio social e ao pleno exercício da cidadania, estimulando e capacitando os alunos às atividades socialmente produtivas, como também à frequência, na condição de aluno especial, em diferentes disciplinas dos cursos de graduação da UNESP, conforme disponibilidade e concordância do docente responsável pela disciplina. Alguns cursos desenvolvidos nas UNATIs são campos de estágio curricular supervisionado para alunos dos diferentes cursos de graduação da Universidade. Grande parte das pesquisas desenvolvidas objetiva conhecer as mudanças ocorridas no interior na UNESP junto aos alunos das UNATIs, aos alunos dos cursos de graduação, de pós-graduação e ao corpo técnico-administrativo. Este projeto tem proporcionado à universidade uma nova maneira de conviver e entender as questões relacionadas ao envelhecimento humano.

A Extensão Universitária deve ser entendida de modo a consolidar uma política interna que se concentre em ações voltadas para a indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, pois é em prol da formação acadêmica pautada nesses alicerces que a UNESP, sem dúvida, vem mantendo a qualidade de seus Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação.

Entre as atividades realizadas pelo Núcleo Central da UNATI – UNESP citamos o VI Seminário UNATI – UNESP que aconteceu junto ao 5º Congresso de Extensão Universitária da UNESP, em novembro de 2009.

## **Considerações Finais**

Durante os anos de atividades que a UNATI – UNESP vem desenvolvendo ações nas diferentes Unidades Universitárias da Unesp e na Reitoria, pudemos observar uma mudança de atitude e de compreensão acerca do papel que o idoso ocupa na sociedade. Além disso, o projeto possibilitou ações intergeracionais aproximando idosos aos alunos de graduação e de pós-graduação, como de outras faixas etárias a partir da realização de projetos de extensão universitária e de pesquisas nessa área do conhecimento.

Outro aspecto encontrado em pesquisa realizada junto aos alunos da UNATI por Paiva e Del-Masso (2007) revelou que esse próprio grupo de idosos em contato constante em diferentes atividades ressignificam o processo de envelhecimento, atribuindo um novo olhar para esse momento da vida.

Dessa maneira observamos que a inserção da UNATI no contexto da UNESP possibilita o desenvolvimento de pesquisas, ações extensionistas, entre outras atividades que buscam entender a complexidade envolvida no processo de envelhecimento humano.

Nesse cenário é possível reconhecer as necessidades e expectativas dos idosos em relação às ações oferecidas pela universidade. É possível igualmente readequar diferentes projetos de extensão universitária existentes na universidade e prospectar novas ações voltadas aos idosos, além de capacitar profissionais nessa área do conhecimento. Com essas ações, a universidade possibilita a participação e integração dos idosos no meio acadêmico respondendo a sua responsabilidade neste século XXI, socializando saberes e produzindo novos conhecimentos e práticas interdisciplinares inovadoras.

## Referências Bibliográficas

- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PERFIL DOS IDOSOS RESPONSÁVEIS PELOS DOMICÍLIOS NO BRASIL – 2000. *SÉRIE ESTUDOS E PESQUISAS: INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA*. Nº 9. RIO DE JANEIRO: IBGE, 2002. 97p.
- \_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *PERFIL DOS IDOSOS RESPONSÁVEIS PELOS DOMICÍLIOS NO BRASIL*. DISPONÍVEL EM [HTTP://WWW.IBGE.GOV.BR](http://www.ibge.gov.br) ACESSO EM 15 FEV. 2010.
- DEL-MASSO, M.C.S. *RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES DO NÚCLEO CENTRAL UNATI – UNESP – PROEX, 2009*. 70p. (DOCUMENTO RESTRITO)
- PAIVA, S. B.; DEL-MASSO, M. C. S. ENVELHECIMENTO HUMANO: LEITURA E MEMÓRIA. IN: BRUNS, M.A.T.; DEL-MASSO, M. C. S.. (ORG.). *ENVELHECIMENTO HUMANO: DIFERENTES PERSPECTIVAS*. CAMPINAS, SP: ALÍNEA EDITORA, 2007, v. 1, p. 53-72.
- PIMENTEL, J.B. A VISÃO INSTITUCIONAL. IN BARROS JUNIOR, J.C. *EMPREENDEDORISMO, TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE*. SÃO PAULO: EDICON, 2009. p.19-20.



## ***Qualidade de Vida da Mulher na Pós-Menopausa***

***Valéria Bonganha***

*Doutoranda em Educação Física na UNICAMP*

***Vera Aparecida Madruga***

*Profa. Dra. da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*

A particularidade da saúde da mulher na fase de envelhecimento ganhou destaque em relação a esse aspecto da saúde dos homens nas pesquisas relacionadas à qualidade de vida (QV).

Isso porque existe uma tendência ao comprometimento da QV em consequência dos sintomas climatéricos, que coincidem com a meia-idade nas mulheres, além de uma associação com fatores psicossociais e culturais dessa fase (DENNERSTEIN; LEHERT; GUTHRIE, 2002).

O climatério refere-se a uma fase de transição que põe fim à fase reprodutiva e inicia a fase não-reprodutiva da vida da mulher. É um fenômeno multifacetado, onde os sintomas ocorridos durante esse tempo podem derivar de diferentes domínios, com etiologias diversas bem como as implicações biológicas, sociais e psicológicas da idade. A menopausa, cessação definitiva da menstruação, é um evento que ocorre dentro da fase do climatério.

Os sintomas climatéricos ocorrem em consequência da alteração hormonal nessa fase, onde há uma diminuição na produção dos hormônios femininos. Entre as alterações fisiológicas observadas destacam-se ondas de calor, suores noturnos, atrofia urogenital, juntamente com o aparecimento de

patologias como cânceres, distúrbios do sono, osteoporose e doenças cardiovasculares. Já as alterações comportamentais referem-se às mudanças de humor, irritabilidade, depressão, auto-estima e insônia (GENAZZANI; GAMBACIANI, 2000).

A vivência dessas mudanças pode ser influenciada por fatores tais como crenças preexistentes, nível social e também cultural. Além disso, as mulheres que tiveram dificuldades em lidar com os sintomas pré-menstruais também teriam que enfrentar os sintomas durante a menopausa, sugerindo que o estado fisiológico e psicológico prévios da mulher seriam importantes preditores de interpretação e vivência da menopausa (ABRAHAM et al., 1995; AVIS; MCKINLAY, 1991).

O climatério ocorre na fase da vida em que as mulheres estão experimentando mudanças em seu papel social, suas responsabilidades, relacionamentos e crescimento dos filhos. Tais mudanças podem criar um considerável estresse para boa parte delas, afetando sua identidade, auto-estima e relacionamentos tanto familiares quanto sociais. Para outras, ela pode marcar o começo de novos e plenos relacionamentos e de novos desafios em direção ao crescimento afetivo e à maturidade. É, portanto, um período de transição crítica na vida das mulheres, não somente por conta das alterações biológicas e físicas, mas também por causa da ocorrência concomitante de alterações psicológicas e sociais.

As pesquisas relacionadas ao climatério há muito tempo sofreram com a falta de um instrumento padrão para medir a gama de sintomas mais comumente experimentado pelas mulheres nessa época de suas vidas. Na ausência de um instrumento padrão, os pesquisadores têm buscado elaborar as suas próprias ferramentas. Estas consistem geralmente em uma lista de sintomas, avaliados subjetivamente, apontando apenas a presença ou ausência dos mesmos, não estabelecendo uma relação direta com a QV.

Surgiu assim a necessidade de instrumentos que conseguissem identificar tanto sintomas do climatério como o seu impacto na qualidade de vida. Em 1959 foi criado o Índice Menopausal de Blatt e Kupperman (IMBK) e até nos dias de hoje é um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica (KUPPERMAN; WETCHLER; BLATT, 1959).

No IMBK foram incluídas questões sobre os diversos sintomas sob a denominação de síndrome climatérica (sintomas vasomotores, insônia, parestesia, nervosismo, melancolia, vertigem, fraqueza, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e zumbidos) que receberam valores numéricos de acordo com a intensidade dos mesmos (leves, moderados, graves) e de forma subjetiva obtém-se um índice de sintomas.

As principais críticas atuais ao IMBK apontam que o somatório dos diversos sintomas pode produzir um índice de sintomas da “menopausa” sem sentido (GREENE, 2008).

Em 1992 Hunter desenvolveu o Women’s Health Questionnaire (WHS) um instrumento para avaliar a saúde da mulher de meia-idade, que visa analisar mudanças físicas e no bem estar decorrentes do período do climatério, bem como das alterações associadas à idade. Mas a sua adaptação para a população brasileira (idioma e cultura) ocorreu 10 anos mais tarde, quando Dias et al. (2002) publicou uma versão para o português do Questionário de Saúde da Mulher (QSM).

O QSM em sua concepção, busca avaliar o período da perimenopausa, sem preocupação quanto à fase do climatério, já que esta varia entre as mulheres. Seus itens foram escolhidos com o cuidado de não enfatizarem os sintomas negativos, sendo inclusive chamado de Questionário de Saúde Geral da Mulher, não incluindo menopausa em seu nome. As questões estão divididas em grupos com tema que envolve os principais sintomas/comportamentos característicos dessa fase: depressão, sintomas somáticos, memória/concentração, sintomas vasomotores, ansiedade/temores, comportamento sexual, problemas de sono, sintomas menstruais e atratividade.

Alternativamente têm sido utilizadas escalas padronizadas já existentes, ou instrumentos de avaliação da QV projetados para outras populações, como o Whoqol, Whoqol-bref e o Short Form Health Survey (SF-36), instrumentos que avaliam principalmente a influência de patologias e comorbidades na QV, de maneira não específica. Usualmente os pesquisadores têm comparado as respostas obtidas em questionários gerais de QV com questionários específicos para a menopausa, a fim de identificar tanto sintomas do climatério como a QV em si.

A comparação das respostas obtidas no Menopause Rating Scale (MRS) e no SF-36 mostrou que a severidade dos sintomas da menopausa é o que melhor reflete o perfil das dimensões da QV de mulheres na pós-menopausa (SCHNEIDER, 2002).

Uma revisão da literatura internacional, na tentativa de avaliar os efeitos da terapia de reposição hormonal (TRH) em mulheres na pós-menopausa, encontrou oito instrumentos de avaliação da QV nas fases durante e após a menopausa, considerados eficientes para tal propósito: Greene Climacteric Scale; Women's Health Questionnaire (WHQ); Qualifemme; Menopause-Specific QOL Questionnaire (MENQOL); Menopausal Symptoms List (MSL); Menopause Rating Scale (MRS); Menopausal Quality of Life Scale (MQOL); Utian Menopause Quality of Life Scale (QQOL). Entretanto ao final do estudo concluiu-se que para avaliar os possíveis efeitos em curto prazo da TRH na QV relacionada à saúde, é necessário alternar um ou mais dos instrumentos já existentes ou desenvolver um novo instrumento, também possíveis de serem aplicados em outros países e línguas diferentes (ZOLLNER; ACQUADRO; SCHAEFER, 2005).

Isso nos mostra que a avaliação da QV relacionada à saúde da mulher de meia-idade se torna mais difícil por envolver muitos fatores como as alterações fisiológicas do envelhecimento, as alterações decorrentes das mudanças hormonais, a utilização de TRH, seja de forma sintética ou fitoterápica, bem como a prática regular de exercícios.

Entretanto a menopausa pode ser fator determinante na percepção subjetiva da QV, como mostra os resultados da pesquisa de Peres (2008) onde as mulheres na pós-menopausa apresentavam pior QV quando comparadas com mulheres de mesma idade, porém que ainda não atingiram a menopausa.

Greene, em 2008, propôs a construção de uma escala breve e padrão para o climatério, com medidas baseadas em critérios objetivos e princípios científicos de sintomas climatéricos, embasada na análise de estudos anteriores. Os sintomas avaliados por essa escala podem ocorrer a qualquer momento durante o climatério, não são necessariamente limitados ao tempo da menopausa e podem ter diversas etiologias. Dependendo da finalidade da pesquisa e as questões investiga-



das, esta escala pode ser complementada por outras medidas de avaliação características de mulheres no climatério. Até o presente momento não existe uma versão em português da The Greene Climateric Scale, para que possa ser utilizada na população brasileira.

No ano de 2009 foi concluída a tradução, validação e adaptação cultural da Escala de Cervantes, criada na Espanha, um instrumento capaz de avaliar a QV relacionada à saúde da mulher durante o climatério. Esse questionário mostra-se adequado também para avaliar efeitos de outras dimensões que não sejam alterações decorrentes do climatério. A versão em português dessa escala é de fácil aplicabilidade e compreensão. Suas propriedades psicométricas são satisfatórias, sendo assim, promete ser uma ferramenta completa para a avaliação da QV relacionada à saúde da mulher durante o climatério (LIMA, 2009).

A prática regular de exercícios físicos tem mostrado, atualmente, influência positiva na percepção da QV (MORIYAMA et al., 2008; TEOMAN; OZCAN; ACAR, 2004; ELAVSKY, 2009; ZANCHETTA, 2005). A presença da prática regular de atividades físicas pode melhorar a QV relacionada à menopausa, ainda que indiretamente, por meio dos efeitos da atividade física sobre a auto-estima e sintomas característicos dessa fase.

Na pesquisa transversal de De Lorezi et al. (2006), na qual foram avaliadas 323 mulheres na pós-menopausa, foi constatado que somente 21,4% das mulheres entrevistadas praticavam atividade física regularmente e que essa prática estava associada a melhores escores de QV. Além disso, os mesmos autores encontraram em seus resultados que a história de comorbidades prévias foi um fator que influenciou negativamente a percepção da QV nessa fase.

Mesmo com uma evolução dos instrumentos de avaliação da QV em mulheres climatéricas no Brasil com o passar dos anos, atualmente não contamos com uma ferramenta considerada eficaz, que tenha a sensibilidade de envolver tantos os sintomas climatéricos como a sua influência sobre a QV nessa fase da vida da mulher.

Essa tarefa torna-se difícil devido aos diversos fatores que podem afetar a QV de mulheres na pós-menopausa. Diante

da inexistência de uma ferramenta completa e eficaz a melhor maneira de avaliar a influência dos sintomas climatéricos na QV de mulheres na meia-idade, observa-se a tendência de buscar o instrumento que mais se aproxime às características da população avaliada, e usar a comparação com instrumentos gerais de QV para obter uma avaliação mais completa.

### Referências Bibliográficas

- ABRAHAM, S.; LLEWELLYN-JONES, D.E.; PERZ, J. CHANGES IN AUSTRALIAN WOMEN'S CLIMACTERIC. *MATURITAS*, v.20, n.2, p.121-128, 1995.
- AVIS, N.E.; MCKINLAY, S.M. – A LONGITUDINAL ANALYSIS OF WOMEN'S ATTITUDES TOWARD THE MENOPAUSE: RESULTS FROM THE MASSACHUSETTS WOMEN'S HEALTH STUDY. *MATURITAS*, v.13, n., p.65-79, 1991.
- DE LORENZI, D.R.S.; BARACAT, E.C.; SACIOTO, B.; PADILHA JUNIOR, I. FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA APÓS MENOPAUSA. *REV. ASSOC. MED. BRAS.*, v.52, n.5, p.312-317, 2006.
- DENNERSTEIN, L.; LEHERT, P.; GUTHRIE, J. THE EFFECTS OF THE MENOPAUSAL TRANSITION AND BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS ON WELL-BEING. *ARCH. WOMEN MENT. HEALTH.*, v.5, n.1, p.15-22, 2002.
- DIAS, R.S. ET AL. ADAPTAÇÃO PARA O PORTUGUÊS DO QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DE PERCEPÇÃO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL DA MULHER DE MEIA-IDADE – QUESTIONÁRIO DA SAÚDE DA MULHER. *REV. PSIQ. CLÍN.*, v.29, n.4, p.181-189, 2002.
- ELAVSKY, S. PHYSICAL ACTIVITY, MENOPAUSE, AND QUALITY OF LIFE: THE ROLE OF AFFECT AND SELF-WORTH ACROSS TIME. *MENOPAUSE*, v.16, n.2, p.265-271, 2009.
- GENAZZANI, A.R.; GAMBACIANI, M. CONTROVERSIAL ISSUES IN CLIMACTERIC MEDICINE: CARDIOVASCULAR DISEASE AND HORMONAL REPLACEMENT THERAPY. *CLIMATERIC*, v.3, n.4, p. 233-240, 2000.
- GREENE, J.G. CONSTRUCTING A STANDARD CLIMATERIC SCALE. *MATURITAS*, v.61, n.1-2, p.78-84, 2008.

- SCHNEIDER, H.P.G. THE QUALITY OF LIFE IN POST-MENOPAUSAL WOMEN. *BEST PRACTICE RES CLIN OBST GYNAECOLOGY*, v.16, n.3, p. 395-409, 2002.
- KUPPERMAN, H.S.; WETCHLER BB, BLATT MH. CONTEMPORARY THERAPY OF THE MENOPAUSAL SYNDROME. *J. AM. MED. ASSOC.*, v.171, p.1627-1637, 1959.
- LIMA, J.E.M. *TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DA ESCALA CERVANTES DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE DA MULHER DURANTE A PERIMENOPAUSA E PÓS-MENOPAUSA*. 2009. 69f. DISSERTAÇÃO (MESTRADO) CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.
- MORIYAMA, C.K.; ET AL. A RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF THE EFFECTS OF PHYSICAL EXERCISES AND ESTROGEN THERAPY ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN. *MENOPAUSE*, v.15, n.4, p.613-618, 2008.
- PERES, C.M. *AValiação da qualidade de vida e dos sintomas de stress em mulheres menopausadas com disfunção da articulação temporomandibular*. 2007. 93f. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA) FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. CAMPINAS, 2007.
- TEOMAN, N.; OZCAN, A.; ACAR, B. THE EFFECT OF EXERCISE ON PHYSICAL FITNESS AND QUALITY OF LIFE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN. *MATURITAS.*, v.47, n.1, p.71-77, 2004.
- ZANCHETTA, L.M. *ESTUDO LONGITUDINAL DA INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NA AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA QUALIDADE DE VIDA EM POPULAÇÃO DE MEIA-IDADE*. 2005. 96f. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA) FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, 2006.
- ZOLLNER, Y.F.; ACQUADRO, C.; SCHAEFER, M. LITERATURE REVIEW OF INSTRUMENTS TO ASSESS HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE DURING AND AFTER MENOPAUSE. *QUAL LIFE RES*, v.14, p.309-327, 2005.



***Qualidade de Vida e Instrumentos para  
Avaliação de Doenças Crônicas –  
Revisão de Literatura***

***Valéria Aparecida Masson***

*Mestre em Enfermagem – UNICAMP.*

***Maria Inês Monteiro***

*Mestre em Educação – Unicamp; Doutora em Enfermagem – USP  
Professora Associada – Departamento de Enfermagem – FCM – Unicamp.*

***Tatiana Giovanelli Vedovato***

*Mestre em Enfermagem – UNICAMP.*

As doenças crônicas são agravos que apresentam pelo menos uma das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (OMS, 1972). O grupo das doenças crônicas compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (Achutti et al, 2004). As doenças crônicas afetam pessoas de todas as faixas etárias e podem acarretar efeitos danosos, além de complicações e prejuízos multidimensionais na vida do paciente prejudicando sua qualidade de vida e podem também trazer implicações econômicas no seu controle e tratamento (Aguiar, 2008). A

avaliação dos efeitos das doenças crônicas sobre a vida das pessoas é de grande importância em termos de saúde pública, tendo como referência a utilização de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, que tem como vantagem a inclusão de aspectos subjetivos, geralmente não abordados por outros critérios de avaliação (Santos et al, 2006).

Em 1998 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a Qualidade de Vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

### **Evolução histórica das pesquisas em qualidade de vida**

De acordo com Ciconelli et al (1997) desde a década de 1970 o número de pesquisas com o objetivo de avaliar a percepção da doença e seu respectivo tratamento vêm crescendo. Em 1977 o crescimento do número de pesquisas e artigos para mensuração da qualidade de vida resultou na inclusão do termo “qualidade de vida” como palavra-chave no *Medical Subject Heading* (MeSH) da *US National Library of Medicine* (PubMed). O número crescente de artigos nessa área tem demonstrado o interesse pela Qualidade de Vida nas duas últimas décadas. Inicialmente na década de 1970, os pesquisadores se concentraram na construção e no desenvolvimento de instrumentos que buscavam quantificar a QV. Entretanto com a elaboração do *Quality of Well Being Scale* (QWB), em 1973, as funções dos instrumentos de avaliação foram ampliadas, incorporando julgamentos de valor na avaliação do *status* de saúde ou nos resultados do tratamento (Patrick et al, 1973).

A carência de ferramentas que avaliassem a qualidade de vida na perspectiva transcultural levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 90 a criação do instrumento WHOQOL-100. A versão em português foi realizada por Fleck e col (Fleck, 1999).

### **Instrumentos de avaliação de qualidade de vida: genéricos e específicos**

Os instrumentos de qualidade de vida permitem explorar o efeito de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções, desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, planejamento e avaliação de determinados tipos de tratamentos (Leal, 2008). Podem ser divididos em genéricos e específicos, sendo os genéricos multidimensionais, possibilitando a mensuração de diversos aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Geralmente são aplicados em vários tipos de doenças, intervenções médicas, tratamentos e em culturas e lugares diferentes (Aguiar et al, 2008). Os instrumentos específicos, em geral, avaliam diversos aspectos quanto a percepção geral da qualidade de vida, entretanto sua ênfase é sobre os sintomas, incapacidades ou limitações (Leal, 2008; Aguiar et al, 2008).

Diante da existência de inúmeros instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida esta síntese da literatura teve por objetivo: identificar e descrever os instrumentos genéricos mais utilizados para avaliação da qualidade de vida correlacionando-os com as principais doenças crônicas e identificar e descrever os instrumentos específicos para diferentes tipos de doença crônica, faixa etária e/ou etnia.

### **Método**

Foi realizada pesquisa nas bases de dados Medline, Lilacs, além do Pub Med e Scielo, no período de 2005 a 2010 com as palavras-chave: *life quality and chronic disease and instrument*. Foram identificados 297 artigos no MEDLINE, dos quais foram selecionados 19 para análise. No PubMed identificados 553 artigos, sendo selecionados 26; no LILACS havia três artigos e foi selecionado um e, no SCIELO, 13, dos quais foram selecionados nove. Ao término do levantamento foram selecionados 57 artigos por meio da leitura na íntegra do resumo, e posteriormente, excluídos aqueles que não utilizavam instrumentos de avaliação da qualidade de vida ou que tratavam de patologias

crônicas transmissíveis ou neoplasias malignas. Foram selecionados na segunda fase 31 artigos que avaliavam por meio de diferentes instrumentos específicos ou genéricos a qualidade de vida de indivíduos de diversas faixas etárias e nacionalidades, com as seguintes doenças crônicas: diabetes, doenças respiratórias, doenças renais crônicas, doenças do trato gastrointestinal, neurológicas, cardiovasculares e dermatológicas.

### Resultados e discussão

As patologias encontradas nos 31 artigos selecionados foram incluídas em sete grupos distintos: doenças metabólicas, diabete *melito* (3,2%); doenças do trato gastrointestinal (22,6%), doenças renais (6,5%), doenças cardiovasculares (12,9%), doenças dermatológicas (6,5%), neurológicas/autoimunes/dor crônica (18,7%) e congênitas/genéticas (9,7%).

Com relação à faixa etária dos sujeitos 16,1% dos artigos tinham como objetivo a avaliação da qualidade de vida entre crianças e adolescentes com diferentes tipos de doenças crônicas, tais como: epilepsia, rinite alérgica, asma e doenças reumáticas. Em 9,7% dos artigos analisados o objetivo era o desenvolvimento de instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida entre doentes crônicos de diferentes etnias tais como chineses, coreanos e dinamarqueses. Entre os estudos selecionados 16,1% foram conduzidos no Brasil, 9,7% na Ásia e 74,2% na Europa e América do Norte.

Os instrumentos genéricos foram utilizados em 22,6% dos artigos identificados, como o *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey* (SF-36), o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), o EUROQOL e o *Nottingham Health Profile* (NPH). Todos foram traduzidos e validados no Brasil. O instrumento de avaliação genérico mais utilizado nos artigos pesquisados foi o SF-36, sua utilização ocorreu para a avaliação da qualidade de vida nas seguintes patologias: doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, hemofilia, doença renal crônica e rinosinusite crônica. Este instrumento apresenta oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, emocional, saúde mental, aspectos sociais, dor e percepção geral de saúde, seu escore varia de 0 a 100 pontos (Ciconelli et al, 1999).



O EUROQOL foi utilizado em um artigo da avaliação de qualidade de vida na doença pulmonar obstrutiva crônica. É um instrumento multidimensional que avalia o estado de saúde e apresenta duas seções: o EQ-5D que contém cinco domínios: mobilidade, cuidados próprios, atividade habitual, dor/desconforto e ansiedade/depressão e a escala EAV em que o paciente gradua seu estado geral de saúde de 0 a 100 (Aguiar et al 2008). O WHOQOL foi utilizado para avaliar dor crônica, o instrumento consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (Fleck, 1999). O Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) foi utilizado para avaliar qualidade de vida no acidente vascular encefálico. É um questionário auto-administrado, constituído por 38 itens, baseados na classificação de incapacidade descrita pela Organização Mundial da Saúde, com respostas no formato “sim/não” (Teixeira-Salmela et al 2004).

Na maior parte dos artigos analisados (77,4%) foram utilizados instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida. Para avaliação da qualidade de vida em sujeitos portadores de doenças crônicas do trato digestivo foram encontrados: *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) utilizado em condições clínicas inflamatórias intestinais (Pontes et al 2004), o (SF- LDQOL) utilizado na avaliação de portadores de doenças hepáticas (Kanwal et al 2008); e *Chronic Liver Disease Especific Quality Life* (CLD-QOL) desenvolvido para avaliação da qualidade de vida especificamente para doenças hepáticas em coreanos (Lee et al 2008).

Para avaliação do impacto sobre a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças respiratórias crônicas foram identificados: o *Saint George's Respiratory Questionnaire in Mandarin Chinese* (SGRQ) (Xu et al 2009). Hofer e colaboradores (2008) usaram o *German Mac New Disease Questionnaire* para reabilitação e tratamento de pacientes com doenças cardiovasculares tais como: infarto, angina e arritmias. Abdel-Kader et al (2009) utilizaram o questionário específico *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting* (SEIQOL-DW) para sujeitos com doença renal crônica.

## Considerações Finais

Os instrumentos específicos foram utilizados para avaliação de pessoas com doença crônica do trato gastrointestinal, respiratório, cardiovascular e renal. São patologias de sistemas complexos e vitais, que têm particularidades e devem ser aprofundadas pelos pesquisadores, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas. Foi identificada, de maneira geral, nos artigos analisados a maior utilização de instrumentos de qualidade de vida específicos para alguns tipos de doenças crônicas, caracterizando uma necessidade dos autores em se aprofundarem cada vez mais em determinadas patologias a fim de tentarem amenizar os danos causados pela cronicidade que refletem diretamente na vida dos doentes crônicos.

## Referências Bibliográficas

- ABDEL-KADER, K.; MYASKOVSKY, L.; KARPOV, I. ET AL. INDIVIDUAL QUALITY OF LIFE IN CHRONIC KIDNEY DISEASE: INFLUENCE OF AGE AND DIALYSIS MODALITY, *CLIN J AM SOC NEPHROL*, v. 4, n. 32, p. 711-718, 2009 .
- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: REPERCUSSÕES DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE SOBRE A SEGURIDADE SOCIAL. *CIÊNC. SAÚDE COLETIVA*, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.
- AGUIAR, C.C., VIEIRA, A.P.G.F.; CARVALHO, A.F. ET AL. ASSESSMENT INSTRUMENTS FOR A HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN DIABETES MELLITUS. *ARQ BRAS ENDOCRINOL METABOL*, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.
- BADIA, X.; WEBB, S.M.; PRIETO, L. ET AL. ACROMEGALY QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (ACROQoL). *HEALTH QUALITY LIFE OUTCOMES*, v.2, p.13, 2004.
- BAUMANN, I. VALIDATED INSTRUMENTS TO MEASURE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS. *HNO*, v. 57, n. 9, p. 873-881, 2009.

- BÜSSING A., FISCHER, J.; HALLER, A. ET AL. VALIDATION OF THE BRIEF MULTIDIMENSIONAL LIFE SATISFACTION SCALE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES. *EUR J MED RES*, v. 14, n. 4, p. 171-177, 2009.
- CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W. ET AL. TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (BRASIL SF-36). *REV. BRAS REUMATOL*, v. 39, p.143-150, 1999.
- EL RHAZI K; NEJJARI C; BENJELLOUN MC ET AL. VALIDATION OF THE ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH COPD OR ASTHMA IN MOROCCO. *INT J TUBERC LUNG*; 10 (11): 1273-8, 2006.
- FLECK, M.P.A., LOUSADA, S.; XAVIER, M. ET AL. APLICAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO-QOL-100). *REV SAUDE PUBL*, v.. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.
- HOFER, S.; SCHMID, J.P.; FRICK, M. ET AL. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE MACNEW HEART DISEASE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE INSTRUMENT IN PATIENTS WITH HEART FAILURE. *J EVAL CLIN PRACT*, v.14, n. 4, p. 500-506, 2008.
- IRVINE, E.J. QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS: PAST, PRESENT, AND FUTURE. *INFLAMM BOWEL DIS*, v. 14, n. 4, p. 554-565, 2008.
- KANWAL, F.; SPIEGEL, B.M.; HAYS, R.D. ET AL. PROSPECTIVE VALIDATION OF THE SHORT FORM LIVER DISEASE QUALITY OF LIFE INSTRUMENT. *ALIMENT PHARMACOL THER*, v. 28, n. 9, p. 1088-1101, 2008.
- KLATCHOIAN, D.A.; LEN, C.A.; TERRERI, M.T. ET AL. QUALITY OF LIFE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS FROM SÃO PAULO: RELIABILITY AND VALIDITY OF THE BRAZILIAN VERSION OF THE PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY VERSION 4.0 GENERIC CORE SCALES. *J PEDIATR*, v. 84, n. 4, p. 308-315, 2008.
- LEA, R.; WHORWELL, P.J. QUALITY OF LIFE IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME. *PHARMACOECONOMICS*, v. 19, n. 6, p. 643-653, 2001.

- LEAL, CM. *REAVALIANDO O CONCEITO DA QUALIDADE DE VIDA*. UNIVERSIDADE DOS AÇORES, 2008.
- LEE, E.H.; CHEONG, J.Y.; CHO, S.W. ET AL. DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC EVALUATION OF A CHRONIC LIVER DISEASE-SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE. *J GASTROENTEROL HEPATOL*, v. 23, n.2, p. 231-238, 2008.
- LENNOX, R.D.; LEAHY, M.J. VALIDATION OF THE DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX AS AN OUTCOME MEASURE FOR URTICARIA-RELATED QUALITY OF LIFE. *ANN ALLERGY ASTHMA IMMUNOL*, v. 93, n. 2, p. 142-146, 2004 .
- NASCIMENTO-SILVA M.; NASPITZ, C.; SOLÉ, D. EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN CHILDREN AND TEENAGERS WITH ALLERGIC RHINITIS: ADAPTATION AND VALIDATION OF THE RHINOCONJUNCTIVITIS. QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (RQLQ). *ALLERGOL IMMUNOPATHOL*, v. 29, n. 4, p. 111-118, 2001.
- OZAKBAS, S.; AKDEDE, B.B.; KÖSEHASANOĞULLARI, G. ET AL. DIFFERENCE BETWEEN GENERIC AND MULTIPLE SCLEROSIS-SPECIFIC QUALITY OF LIFE INSTRUMENTS REGARDING THE ASSESSMENT OF TREATMENT EFFICACY. *J NEUROL SCI*, v. 256, n.1-2, p.30-34, 2007.
- PATRICK, D.L.; BUSH, J.W.; CHEN, M.M. TOWARD AN OPERATIONAL DEFINITION OF HEALTH. *J HEALTH SOC BEHAV*, v. 14, n.1, p.6-23, 1973.
- PONTES, R.M.; MISZPUTEN, S.J.; FERREIRA-FILHO, O.F. ET AL. QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES: TRANSLATION TO PORTUGUESE LANGUAGE AND VALIDATION OF THE INFLAMMATORY BOWEL DISEASE QUESTIONNAIRE (IBDQ). *ARQ GASTROENTEROL*, v. 41, n. 2, p. 137-143, 2004.
- PROCACCINI, D.A.; ANGELINI, P.; AUCELLA, F. ET AL. HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE. *NEFROL*, v. 25, n. 6, p. 694-701, 2008.
- REGNBALLE, V.; THASTUM, M.; LUND, L.D. ET AL. VALIDATION OF THE DANISH VERSION OF THE REVISED CYSTIC FIBROSIS QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE IN ADOLESCENTS AND ADULTS. *J CYST FIBROS*, v. 7, n. 6, p. 531-536, 2008.

- SABAZ, M.; CAIRNS, D.R.; BLEASEL, A.F. ET AL. THE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF CHILDHOOD EPILEPSY SYNDROMES. *J PEDIATR CHILD HEALTH*, v. 39, n. 9, p. 690-696, 2003.
- SANTOS, A.M.B.; ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L.A. ET AL. DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA. *REV BRAS FISIOTER*, v. 10, n. 3, p. 317-324, 2006.
- SOYYIGIT, S.; ERK, M.; GÜLER, N. ET AL. THE VALUE OF SF-36 QUESTIONNAIRE FOR THE MEASUREMENT OF LIFE QUALITY IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. *TUBERK TORAKS*, v. 54, n. 3, p. 259-266, 2006.
- SZENDE, A.; SCHRAMM, W.; FLOOD, E. ET AL. HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN ADULT HAEMOPHILIA PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND EVALUATION OF INSTRUMENTS. *HAEMOPHILIA*, v. 9, n. 6, p. 678-687, 2003.
- TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; MAGALHÃES, L.C.; SOUZA, A.C. ET AL. ADAPTAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DE NOTTINGHAM: UM INSTRUMENTO SIMPLES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA. *CAD. SAÚDE PÚBLICA*, v. 20, n. 4, p. 905-914, 2004.
- TEPAVCEVI, D.K.; PEKMEZOVI, T.; DRULOVI, J. QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS. *VOJNOSANIT PREGLED*, v. 66, n. 8, p. 645-650, 2009.
- TEULER, I.; TORO, E. QUALITY OF LIFE AMONG PEDIATRIC ASTHMA PATIENTS. *ALLERGOL IMMUNOPATHOL*, v. 28, n. 3, p. 168-175, 2000.
- THE WHOQOL GROUP. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. *SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE*, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- WETERING, E.J.; LEMMENS, K.M.; NIEBOER, A.P. ET AL. COGNITIVE AND BEHAVIORAL INTERVENTIONS FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC NEUROPATHIC PAIN IN ADULTS - A SYSTEMATIC REVIEW. *EUR J PAIN*, 2010. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DOWNLOAD.JOURNALS.ELSEVIERHEALTH.COM/PDFS/JOURNALS/1090-3801/PIIS1090380109002456.PDF](http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1090-3801/PIIS1090380109002456.pdf) ACESSO EM: 16 DE FEVEREIRO DE 2010.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*, GENEBRA: WHO, 1972.

XU, W.; COLLET, J.P.; SHAPIRO, S. ET AL. VALIDATION AND CLINICAL INTERPRETATION OF THE ST GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE AMONG COPD PATIENTS, CHINA. *INT J TUBERC LUNG*, v. 13, n. 2, p. 181-189, 2009.

ZHOU, Y.Q.; CHEN, S.Y.; JIANG, L.D. ET AL. DEVELOPMENT AND EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE INSTRUMENT IN CHRONIC LIVER DISEASE PATIENTS WITH MINIMAL HEPATIC ENCEPHALOPATHY. *J GASTROENTEROL HEPATOL*, v. 24, n. 3, p. 408-415, 2009.

## ***Pessoa em Condição de Deficiência e Aspectos da Qualidade de Vida***

**Rita de Fátima da Silva**

*Doutora em Educação Física na FEF/UNICAMP-  
Professora da Faculdade Adventista de Hortolândia/IASP*

**Paulo Ferreira de Araújo**

*Professor Associado – FEF/UNICAMP*

### **Introdução**

Relacionar a pessoa em condição de deficiência (PCD) às questões que envolvem qualidade de vida, entendendo esse fenômeno enquanto “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” (Organização Mundial da Saúde, 1994), força, antes, buscar relembrar as formas relacionais estabelecidas para essas pessoas pela sociedade em geral, uma vez que esse vivido acolhe duas concepções extremamente importantes,

*... uma delas refere-se à subjetividade ou os aspectos percebidos pela pessoa sobre suas condições físicas, emocionais e sociais. A outra está relacionada com a objetividade das condições materiais, ou sobre a vida de relações estabelecidas pela pessoa com o meio ambiente e a própria sociedade. Do ponto de vista conceitual, esses dois aspectos ou formas de entendimento podem envolver as muitas nuances que se apresentam no dia-a-dia das pessoas em todas as situações a que se expõem para viver. Vilarta, (2008, p. 9).*

E, sabe-se que historicamente o viver das PCD foi se fazendo sobre o olhar daquelas sem uma condição de deficiência “aparente”, todos “sujeitos que trazem uma especificidade cultural e de personalidade” (Gutierrez, 2008, p.11), localizados no espaço e no tempo, num ambiente complexo. Então, as formas de tratamento de outrora que dispensavam à PCD sentimentos de medo, desprezo, destruição, foram paulatinamente se convertendo em dó, piedade, aceitação neutra, assistencialismo, tolerância neutra.

Rosadas (2000, p. 24) relata:

*(...) a deficiência física ou mental sempre existiu e a rejeição ao deficiente vem sendo uma constante. Primitivamente matava-se física ou socialmente, pela segregação. Povos houve, que fizeram deficientes abandonados à parte do templo ou isolados em uma instituição assistencialista ...*

Hoje, ainda se busca o sentimento do respeito ativo à diversidade, da compreensão, da aceitação e tolerância também ativas. Para que se compreenda a diferença entre as posições de neutralidade e atividade concernentes ao constructo que se aborda, entenda-se como aceitação e tolerância neutras aqueles tipos de atitudes em que se “aceita” ficar junto no mesmo ambiente que uma PCD (até meados da década de 90 essa não era uma realidade experimentada) sem no entanto conseguir se relacionar com a pessoa. Desvia-se o olhar de sua direção e quando esse acontece, fixa-se na deficiência e não na pessoa, conversa-se como se essa não estivesse ali. Não há mau trato, mas também não se estabelece relação. O contrário, portanto, pode representar o respeito, a aceitação e a tolerância ativos. Isso porque esses elementos são construções fundadas no imaginário de cada um, segundo Elias (2000) fantasias do “nós”, que por sua vez se constroem nas fantasias emotivas e imagens realistas, visões de fantasias pessoais sobre as fantasias coletivas.



Essas fantasias coletivas do “nós”, o grupo nômico (aqui, as pessoas sem uma condição de deficiência aparente) tem estabelecido um padrão com relação aos outros, no caso, ao grupo de PCD, grupo anômico, configurando-se da seguinte maneira:

- Diferença de poder entre grupo – distinção de *status* grupal;
- Nômica ou anômica;
- O grupo considerado nômico pode impingir sua representação do outro no outro (grupo anômico); o grupo anômico pode representar-se pelo prisma do grupo nômico;
- Fortalecimento de coesão e poder de um grupo nômico por conta de maior tempo de relação intra-grupo. Silva, Tavares e Araújo (2006, p. 241).

Ao longo dos tempos, por conta dessa configuração, algumas denominações foram imputadas às pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência, ou melhor, diferença mais acentuada:

- Inválido;
- Minusválido;
- Deficiente;
- Anormal;
- *Handecapped person*;
- *Disable person*;
- *Excepcional*;
- Doente;
- *Special people*;
- Indivíduo de capacidade reduzida;
- Descapacitado;
- Indivíduo de capacidade limitada;
- Incapacitado;
- Impedido ou minorado;

- Portador de deficiência;
- Portador de necessidades especiais;
- Pessoa diversamente hábil;
- Pessoa em condição de deficiência, entre outros.

Uma vez que se compreende a qualidade de vida como fenômeno que se constrói nas relações (intrapessoal, interpessoal e intragrupos), e visualizando o lento processo de reconhecimento como pessoa porque passaram aquelas com uma condição de deficiência, pelas sem uma condição de deficiência aparente, é forçoso reconhecer que ainda estão prejudicados. Contudo, também é visível uma crescente mudança, embora lenta, em vários aspectos da vida das pessoas que apresentam algum tipo de deficiência. Essas mudanças serão abordadas a seguir a partir de dois pontos: elaboração de legislação concernente aos direitos das PCD e produção de conhecimento (pesquisas).

### **Movimentos Internacionais e a Legislação**

A **Carta para o Terceiro Milênio - 1999, Londres-Grã-bretanha** *apud* Silva (2005) afirma que é preciso, através de políticas sensíveis e programas de assistência ao desenvolvimento econômico e social contínuos, assegurar o acesso e permanência da Pessoa deficiente na comunidade, estabelecendo que os serviços de reabilitação necessários devem ser prestados à Pessoa deficiente e sua família, possibilitando-lhes uma melhor qualidade de vida.

Já a **Declaração Internacional de Montreal,- 2001, Quebec – Canadá** (idem anterior) diz que os direitos humanos são universais e que todas as pessoas são iguais. Solicita que a sociedade civil, governo e trabalhadores preocupem-se com as práticas inclusivistas, desenvolvendo políticas públicas voltadas para esse fim.

Envolto nesses aspectos históricos e culturais (de fantasias do “nós”, de grupos nômicos e anômicos), constroem-se as legislações que buscam garantir pela força da lei a equidade de direitos entre as pessoas. Dessa forma, no Brasil é aceita

pelo Direito a seguinte definição para deficiência formulada a partir da **Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência** *apud* Silva (2005) e promulgada pelo Decreto n.º 3.956/2001- Artigo I, “O termo ‘deficiência’ significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”. Percebe-se aqui que à deficiência não é imputada a impossibilidade total de exercer determinada função ou atividade, mas uma limitação para algumas daquelas. O Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que Regulamenta a Lei n.º 7.853 dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (*apud* Silva, 2005), consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Em seu Artigo 4.º define como pessoa portadora de deficiência aquela que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; II - deficiência auditiva - perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte: a) de 25 a 40 decibéis (db) - surdez leve; b) de 41 a 55 db - surdez moderada; c) de 56 a 70 db - surdez acentuada; d) de 71 a 90 db - surdez severa; e) acima de 91 db - surdez profunda; e f) anacusia; III - deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações; IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades

sociais; d) utilização da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho; V - deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências.

Portanto, é possível verificar que nos últimos anos foi se desenvolvendo a preocupação de criar, a partir de aparatos legais, condições para que a pessoa em condição de deficiência venha ser aceita como pertencente à sociedade, e possa usufruir ativamente daquilo que no decorrer da história da humanidade, de forma ativa ou passiva, também ajudou a construir. E, sofrendo influência desse estado de coisas, os aspectos relacionados à qualidade de vida dessas pessoas têm se alterado significativamente: (a) da eliminação ao nascimento ou em qualquer época da vida por adquirir deficiência ao direito à vida; (b) da segregação ao convívio social mais amplo; (c) da caridade e assistencialismo ao reconhecimento dos direitos inalienáveis a qualquer pessoa humana.

### **Produção do Conhecimento: A abordagem das Pesquisas Envolvendo a Pessoa com Deficiência**

É notório o papel da pesquisa como contribuinte para o desenvolvimento de melhor qualidade de vida das pessoas com algum tipo de deficiência, influenciando inclusive a elaboração de leis. Balize-se, por exemplo, no levantamento da produção nacional em Educação Física, realizado por Silva (2009), envolvendo a atividade motora adaptada e posterior análise de conteúdo que tomou como base o primeiro programa de mestrado, em 1977, instituído pela USP, até o mais recente programa de doutorado, criado em 2005 na Universidade Federal de Santa Catarina. Nesse trabalho foi possível constatar que as pesquisas estão concentradas em áreas predominantemente biológicas (56%), seguidas das Pedagógicas (25%), Educação Física e Cultura (13%), Esportes e Educação Física e Sociedade com apenas 3% cada. Esta concentração expressiva na área biológica está relacionada com alguns fatores: a própria história da Educação Física, a alocação na área 21 da CAPES, o fato de a PCD ser ainda um sujeito novo de pesquisa, uma vez que somente na década de 80 surgem as quatro primeiras dissertações, na década de 90 somam-se mais vinte e três e nos

primeiros anos de 2000, sessenta e duas, além da influência norte-americana sentida nas bibliografias.

Tem-se, portanto, buscado conhecer esse corpo e os movimentos realizados por ele (medir, testar, avaliar), além das implicações provenientes da deficiência, ou seja, um sujeito novo que precisava ser desvendado pela pesquisa. Logicamente que outras tendências, embora timidamente, também se fizeram e fazem sentir, sendo possível observar uma preocupação crescente com uma práxis que vai da integração à inclusão, com currículos mais flexíveis; mudanças iniciadas nas políticas públicas, onde a PCD não é destinada somente ao assistencialismo e a caridade; na visão de um corpo que produz movimento fruto de uma história, cultura; de um corpo inexistente como sujeito da Educação Física e que passa a ser enxergado por ela, entre outros.

A atualidade (anos 2000) mostra uma pesquisa *stricto sensu* em Educação Física, relacionada à Atividade Motora Adaptada, caracterizada principalmente por uma abordagem que privilegia a pessoa em sua totalidade. O que ela pensa, sente, necessita, gosta, sonha é tão importante quanto os outros aspectos. As pesquisas analisadas mostram preocupações verdadeiras de pessoas que buscam no seu entorno os elementos (problemas e soluções) que possam trazer novas perspectivas de vida para um grupo que ao longo da história humana esteve impossibilitado de fazer parte.

Todos esses aspectos contribuem para o aumento da qualidade de vida, uma vez que provocam mudanças tanto nos aspectos subjetivos (percebidos pela pessoa sobre suas condições físicas, emocionais e sociais) como nos objetivos (das condições materiais, ou sobre a vida de relações estabelecidas pela pessoa com o meio ambiente e a própria sociedade).

## Considerações Finais

O intuito deste texto foi apresentar indicadores da evolução da qualidade de vida das pessoas com algum tipo de deficiência. Para esse fim buscou-se lançar um olhar sobre parte da história das representações em torno dessa população. Pode-se afirmar que a maior mudança está relacionada ao próprio direito à vida física e social da PCD, da sua não segregação e da assunção de um papel ativo na sociedade. Todos esses elementos receberam incisivo impulso de mudanças na forma de relacionar-se, fruto de um longo processo de humanização de homens e mulheres entre si.

Apontou-se, ainda, que a legislação influencia e deixa-se influenciar pelas pesquisas e juntas mudam rotas, uma vez que ambas não fazem sentido se não servirem para melhorar a qualidade de vida de toda a humanidade. Tanto os legisladores como os pesquisadores poderiam, principalmente no tocante à questão da deficiência, se imbuídos de sincera vontade, ser chamados de pastores de esperanças.

E parafraseado Rubem Alves,

[...] bonito título este, [...], pastor de esperanças [...] esperança é coisa que só sobrevive no amor à coisa que se deseja, do fundo do coração. Porque ter esperança é nada mais que aquele preparar do corpo para o encontro com o objeto desejado [...] antecipação do gozo e da felicidade. (1988, p. 54-55)

Esperanças e sonhos! Que se continue a tê-los a exemplo da genialidade de um Einstein, ou da singeleza de uma Tereza de Calcutá, ou ainda da simplicidade de um(a) trabalhador(a) anônimo(a). Mas que se produzam, a cada novo dia, instrumentos (materiais, emocionais, sociais) que garantam uma melhor qualidade de vida a todos, em especial àqueles com algum tipo de deficiência.

## Referências Bibliográficas

- ALVES, R. *HISTÓRIAS PARA QUEM GOSTA DE ENSINAR. COLEÇÃO POLÊMICAS DO NOSSO TEMPO*. 12ª. EDIÇÃO. SÃO PAULO: CORTEZ: AUTORES ASSOCIADOS. 1988.
- ELIAS, N. *Os ESTABELECIDOS E OS OUSIDERS: SOCIOLOGIA DAS RELAÇÕES DE PODER A PARTIR DE UMA PEQUENA COMUNIDADE*. RIO DE JANEIRO: ZABAR. 2000.
- GUTIERREZ, G.L. LIMITES E POSSIBILIDADES DAS INTERVENÇÕES EM QUALIDADE DE VIDA NAS EMPRESAS. IN: *QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE CORPORATIVO*. VILARTA, R. GUTIERREZ, G. L. CAMPINAS: IPES, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. DECLARAÇÃO ELABORADA PELO GRUPO DE TRABALHO DA QUALIDADE DE VIDA DA OMS. GENEVRA: OMS. 1994.
- ROSADAS, S. C. *SUCESSO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA ATRAVÉS DA PRÁTICA ESPORTIVA: UM ESTUDO DE CASO*. TESE (DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA) – FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, 2000.
- SILVA, R. DE F. DA. *A AÇÃO DO PROFESSOR DO ENSINO SUPERIOR NA EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA: CONSTRUÇÃO MEDIADA PELOS ASPECTOS DOS CONTEXTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E SOCIAIS*. DISSERTAÇÃO ENTREGUE AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO), DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, UNICAMP. 2005.
- \_\_\_\_\_. TAVARES, Mª. DA C. G. C. F.; ARAÚJO, P. F. DE. AS DIFERENTES PERCEPÇÕES DAS E SOBRE AS PESSOAS EM CONDIÇÃO DE DEFICIÊNCIA. *REVISTA PSICOLOGIA, TEORIA, INVESTIGAÇÃO E PRÁTICA*. VOL. 11, Nº. 2, p. 227 – 242, 2006.
- \_\_\_\_\_. *ATIVIDADE MOTORA ADAPTADA: O CONHECIMENTO PRODUZIDO NOS PROGRAMAS STRICTO SENSU EM EDUCAÇÃO FÍSICA, NO BRASIL*. TESE ENTREGUE AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (DOUTORADO), DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, UNICAMP. 2009.
- VILARTA, R. APRESENTAÇÃO. IN: *QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE CORPORATIVO*. VILARTA, R. GUTIERREZ, G. L. CAMPINAS: IPES, 2008.





***Pesquisa das condições de saúde do  
trabalhador da Universidade Estadual de  
Campinas como revelação de mecanismos  
de avaliação para atuação sistêmica em  
qualidade de vida institucional***

***Estela Dall'Oca Tozetti***

*Analista de Recursos Humanos – DGRH/Unicamp*

***Maria do Rosário Almeida Rocha***

*Mestre em Qualidade pela Unicamp*

***Arlete de Souza Barros***

*Enfermeira – DGRH – GT/QVT PRDU*

***Carlos Renato Paraizo***

*Responsável pela Equipe de Comunicação – DGRH/Unicamp*

***Maria das Graças Freitas de Aquino***

*Administradora, Assessora técnica na Prefeitura Unicamp*

***Teresa Helena Portela Freire de Carvalho***

*Pedagoga especialista em Qualidade e Gestão Ambiental*

***Viviane Coentro***

*Fonoaudióloga – DGRH/Unicamp*

**Introdução**

Qualidade de Vida é um estado dinâmico e percebido de forma subjetiva, qualidade de vida no âmbito institucional é postura de construção de bases sociais e individuais que

permitam favorecer aos indivíduos a busca das suas subjetividades para o auto cuidado. Construir projetos institucionais nessa área é fomentar, na instituição, a articulação entre áreas e indivíduos responsáveis pelo cuidado com o funcionário ao mesmo tempo em que os funcionários são estimulados a buscarem o seu desenvolvimento em todas as possíveis dimensões. Construir projetos em qualidade de vida na organização significa gerenciá-los, acompanhá-los, avaliá-los.

Este artigo visa fazer uma reflexão sobre as possibilidades e dificuldades de avaliação em qualidade de vida através da apresentação de um exercício prático de medição: uma pesquisa sobre as condições de saúde dos trabalhadores da Unicamp. Pretende mostrar o potencial deste instrumento enquanto parte de um modelo de gestão da qualidade de vida alinhado a estratégia institucional e seus processos de trabalho; potencial esse alcançado em virtude da evolução das estruturas administrativas nesse terceiro milênio.

### **Avaliação e qualidade de vida**

O termo avaliação é compreendido como o processo de coleta e análise de informações sobre a eficácia e o impacto de cada uma das fases específicas do programa/projeto. Avaliação também envolve analisar as realizações do programa/projeto com o objetivo de detectar e resolver problemas e de planejar o futuro (WHO, 1989). De acordo com essa abordagem, avaliar é uma parte importante do processo de administrar um projeto, qualquer que seja a sua natureza.

Quando trabalhamos com qualidade de vida temos dificuldade de expressar em palavras e atos toda a abrangência deste termo. Vários aspectos caracterizam atuações em qualidade de vida, como saúde (física e emocional), ambiente, sociedade, cultura, espiritualidade entre outros.

Medir projetos em qualidade de vida é duplamente complexo: em parte pela natureza da abrangência em qualidade de vida e outro tanto pela própria dificuldade técnica de medição. Para avaliar projetos em qualidade de vida é necessário buscar recursos de medição nas ciências não exatas, e é importante focar em informações de forma quantitativa e qua-

litativa. A quantidade aponta para a extensão, por expressar valores objetivos permitem análises concretas, focadas e pontuais. Mas a qualidade, como tal, só pode ser definida pela dimensão da intensidade. É propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza. A qualidade tem um significado filosófico, segundo Hoffmann (2001) é uma das categorias fundamentais do pensamento, aspecto sensível que não pode ser medido, pois tem a ver com profundidade, perfeição e criação. Para avaliar-se nessa área importa verificar o significado para todas as dimensões da relação entre os envolvidos.

Uma proposta de avaliação em qualidade de vida deve incluir aspectos quantitativos e qualitativos e considerar o desenvolvimento do projeto.

Segundo Ayres (1996) os processos de avaliação tem distinção de três diferentes critérios, três perspectivas diversas de balizamentos quantitativos e qualitativos específicos: de movimento, de direção e de resultado. Avaliações de movimento, ou inicial, são aquelas mais facilmente redutíveis a expressões quantitativas. São marcas do início do projeto. Levar um projeto a vencer as barreiras e temores iniciais, partindo do planejamento para a ação, é uma etapa muito custosa e envolta em expectativas. Marcam a sucessão de acontecimentos do projeto e identificam como ele efetivamente está acontecendo. Identificar e acompanhar o movimento são fundamentais ao longo de todo o desenvolvimento do projeto.

No processo inicial, avaliar ainda pode ser definido, segundo Callado (2004), por duas formas: contexto e programa. Avaliação do contexto é dirigida a determinar a situação inicial em que vai desenvolver-se o programa. As perguntas e medições nesse momento se referem a responder se existem antecedentes ou experiências prévias que podem ajudar o desenvolvimento do programa proposto. Avaliação de programa analisa a viabilidade na condução do programas e na adequação aos objetivos propostos. Responde a perguntas: os objetivos são realistas e adequados aos meios disponíveis? Há coerência entre os objetivos propostos e o grau de implicação dos envolvidos?

A segunda categoria de critérios de avaliação a ser considerada por Ayres é a de direção. Juntamente com os de movi-

mento os indicadores de direção compõem o que em linguagem clássica de avaliação se costuma chamar de “avaliadores de processo”, porque medem mais o desempenho dos meios que os resultados finais. Quando discrimino, nas avaliações de processo, os indicadores de direção, tenho em mente apenas destacar a importância de um momento de análise qualitativa do desenvolvimento do projeto.

Finalmente, as avaliações de resultado. Queremos saber se alcançamos a proposta formulada no início do projeto. Apesar de parecer simples, verificar o alcance dos resultados em projetos de intervenção sobre comportamentos e condições socioinstitucionais pode se tornar bastante complexo. É mais difícil avaliar a intervenção nessas situações quanto maior for o compromisso ético e político do projeto com a autonomia de seus sujeitos-alvo: quanto mais queremos que os indivíduos assumam uma postura autodeterminada, livre, responsável, maior abertura de resultados precisamos perseguir, maior indeterminação de efeitos. Quanto mais antecipáveis forem os resultados, maior a chance de estarmos sendo excessivamente tutelares e/ou autoritários.

### **Caracterização da pesquisa**

A pesquisa “Condições de Saúde dos Trabalhadores da Unicamp” (GT-QVT, 2008) foi realizada entre o período de setembro de 2007 a outubro de 2008. Teve por objetivo construir a base científica para uma intervenção de melhoria no atual modelo de atenção à saúde dos trabalhadores da Unicamp. Esta base foi obtida através da caracterização das condições de saúde física da população de trabalhadores ativos da Unicamp, através da identificação dos fatores determinantes à situação de adoecimento e de proteção à saúde e prevenção de doenças. Consideraram-se trabalhadores ativos das carreiras Docente, Profissionais de Apoio ao Ensino e à Pesquisa, e demais carreiras. Por amostragem foram respondidas questões quantitativas e qualitativas através de um formulário na internet, acessado por meio de usuário e senha individuais.

A pesquisa, pela sua natureza e resultado, caracteriza-se por um processo primeiro de medição, podendo identificar

na Universidade o status de suas necessidades. Uma estratégia importante para seu desenvolvimento foi realizá-la utilizando a estrutura já existente na Universidade.

A equipe de trabalho foi composta por profissionais do Grupo de qualidade de vida da Universidade (GT-QVT), da área de saúde do trabalhador (DSSO – Diretoria de Segurança e Saúde Ocupacional), da área de saúde geral (CECOM – Centro de Saúde da Comunidade), da área de desenvolvimento (DPD – Divisão de Planejamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos) e a equipe da Prefeitura do Campus, responsáveis pelas questões de alimentação e meio ambiente.

No trabalho multidisciplinar, vários olhares puderam trazer, da experiência, reflexões e produção de intervenção sobre os afastamentos, reabilitações, assistência odontológica e clínica além de auto cuidado de forma geral.

Para a produção da reflexão de forma abrangente, além das questões técnicas em qualidade de vida e saúde, é necessário contextualizar o cotidiano dos funcionários. Para isso, é preciso realizar recortes que considerem regimes de trabalho, carreiras, diversidade dos *campi*, processos de trabalho por áreas de ensino, pesquisa, extensão, administração e saúde (que representa 1/3 da população da universidade), além da função, com base na CBO (Código Brasileiro de Ocupações). Este material tem grande potencial de exploração para investimentos em programas específicos de qualidade de vida no trabalho dentro da Universidade.

### **Pesquisa, avaliação e atuação sistêmica**

Essa primeira tomada de posição, qualitativa e quantitativa, permitiu que a gestão da Universidade fizesse uma observação sistêmica do seu quadro em qualidade de vida. A participação da equipe multidisciplinar possibilitou um olhar renovado de busca de informação. As informações produzidas são como retratos fotográficos com recortes de visão para os vários fornecedores de serviço. Produz o sistêmico e o particular possibilitando atuação das áreas responsáveis: saúde no trabalho, desenvolvimento, atenção à saúde e atenção as condições do meio ambiente.

A pesquisa possibilitou identificar os principais fatores de riscos que apontam para a promoção, prevenção e a atenção direta, ampliando o olhar gerencial sobre as ações já existentes e sobre a ausência delas. O processo de pesquisar a informação tornou-se, porque visto por profissionais integrados e integrantes das rotinas de trabalho, um processo de planejamento de intervenção. Construir o instrumento, acompanhar a aplicação, verificar o resultado foi, ao mesmo tempo, um processo de intervenção na comunidade e um processo de educação aos fornecedores do serviço.

A avaliação de contexto é também avaliação dos programas existentes e faltantes o que, de certa forma, produz uma avaliação de resultado. A informação produzida pôde subsidiar intervenção na rotina e também apontar potenciais intervenções futuras. O conjunto de informações fornece mais do que subsídio para atuações em cada área, produz um desenho sistêmico e integrado de indicadores de atuação.

Esta pesquisa marca a construção sistêmica desses indicadores. Desta forma, com o conhecimento gerado, ganhou-se a possibilidade de alinhamento de base para o Planejamento Estratégico nas áreas de atuação direta ao funcionário: na Pró-reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU), na Diretoria Geral de Recursos Humanos (DGRH), no Centro de Saúde da Comunidade (CECOM) e na Prefeitura do Campus. Medir com a pesquisa alinha a administração com força para atuação pontual e sistêmica. Medir é estratégia de inovação quando segmenta a clientela, convida a participação, produz-se através de equipe multidisciplinar, toma decisão sobre abrangências de possíveis ações futuras, faz registro com segurança e confiabilidade, respeita o tempo das pessoas. Medir é desenvolvimento tecnológico quando atua, por meio da tecnologia da internet, formando banco de dados tabulados com capacidade de extração de informações para estruturação de atuação futura.

A apresentação de um sistema de medição indica que a promoção de ações para atendê-lo deverá, sistemicamente, gerar seu próprio sistema de medição. Aplicar a pesquisa como processo de medição, atingindo, mesmo que parcialmente, aspectos da qualidade de vida do trabalhador da

universidade, promoveu movimento de ações pontuais, com indicadores pontuais, que alimentarão a visão global e o conjunto de indicadores globais possibilitando evolução no cuidado com a qualidade de vida dos trabalhadores administrado por um modelo que se organiza e se alimenta.

### **Conclusão**

A pesquisa enquanto processo de avaliação possibilita, junto com outros instrumentos de gestão, a construção de um sistema de gestão estratégica da qualidade de vida no trabalho.

A reflexão sobre os indicadores obtidos, identificando seu distanciamento dos resultados desejados nos aspectos levantados, facilitará o planejamento de ações visando o alcance de tais resultados. O aprendizado organizacional resultante da aplicação do instrumento, do acompanhamento do plano de ação e de seus resultados, em um ciclo de melhoria contínua, possibilitará novas aplicações em outros aspectos da qualidade de vida no trabalho, favorecendo a organização de outros sub-sistemas da gestão de pessoas, com resultados sobre as estruturas, tarefas, ambientes físicos e sociais de trabalho, cultura organizacional, motivação das equipes, desenvolvimento das competências e reconhecimentos praticados.

A vontade política, o incentivo à renovação dos programas já existentes e a construção de programas indicados como prioritários pelos dados alcançados, alavancados por um sistema de gestão que os acompanhe, constituem apoio importante para o gerenciamento das mudanças necessárias e o estabelecimento do sistema de gestão estratégica da qualidade de vida no trabalho.

Cada momento é único e deve ser acompanhado com seu potencial de transformação. Produzir uma medida pode significar transformar, evoluir, modernizar, garantir sobrevivência. Oportunidades tais constituem imenso potencial de transformação que não deve ser desperdiçado.

## Referências Bibliográficas

- AYRES JRCM. EDUCAÇÃO PREVENTIVA E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS E ABUSO DE DROGAS ENTRE ESCOLARES: COMO AVALIAR A INTERVENÇÃO?, pp. 25-4. IN DA TOZZI ET AL.(ORGS.) *PAPEL DA EDUCAÇÃO NA AÇÃO PREVENTIVA AO ABUSO DE DROGAS E ÀS DST/AIDS*. FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO, SÃO PAULO (SÉRIE IDÉIAS, No. 29). 1996
- CALLADO, C.V. *EDUCAÇÃO PARA A PAZ: PROMOVENDO VALORES HUMANOS NA ESCOLA ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO FÍSICA E DOS JOGOS COOPERATIVOS*. PROJETO COOPERAÇÃO EDITORA, SANTOS, SP, 2004
- GT-QVT - GRUPO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. PRÓ REITORIA DE DESENVOLVIMENTO UNIVERSITÁRIO, UNICAMP. *RELATÓRIO DA PESQUISA "CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA UNICAMP"*. CAMPINAS, 2008.
- HOFFMANN, J. *AVALIAR PARA PROMOVER: AS SETAS DO CAMINHO*. PORTO ALEGRE, EDITORA MEDIAÇÃO, 2001
- WHO - *GUIDE TO PLANNING HEALTH PROMOTION FOR AIDS PREVENTION AND CONTROL*. WHO AIDS SERIES 5. GENEBRA, SUÍÇA, WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1989.



***Pluralidade e Complexidade da Questão Alimentar e Nutricional na Transição do Século XX para o XXI***

***Luciana Sales Purcino***

*Nutricionista – CECOM/UNICAMP*

*Pós-graduada em Nutrição Hospitalar em Cardiologia pelo InCor-HC-FMUSP*

***Ana Lúcia Carletti de Moraes***

*Nutricionista – CECOM/UNICAMP*

*Mestre em Saúde Coletiva pela FCM/UNICAMP*

A questão alimentar está presente na atualidade com fecundas discussões em diferentes âmbitos, podendo-se destacar, entre outros:

- Saúde: hábito alimentar e suas relações com o sobrepeso/obesidade e doenças crônico-degenerativas;
- Ciência: biotecnologia, bromatologia (estudo da composição quantitativa e qualitativa dos alimentos);
- Indústria e agronegócio: indústria de alimentos, técnicas de produção de alimentos orgânicos, *marketing* de alimentos;
- Política/economia: legislações na área da alimentação, políticas públicas, debates econômicos em torno da produção/comercialização de alimentos.

A ascensão dos debates em torno do tema plural “alimentação” nos parece um fato muito promissor para a qualidade de vida (QV) visto que a alimentação abarca vários de seus domínios, como físico (importância da alimentação equilibrada para a saúde), relações sociais (simbologias da alimentação no convívio social e cultural) e meio-ambiente (implicações das tendências de produção e consumo de alimentos para a preservação do meio-ambiente). Neste capítulo analisaremos uma pequena parcela do que está sendo discutido na cena alimentar nesta transição secular.

### **Epidemiologia e padrão alimentar: mudanças e tendências temporais**

Nas últimas duas décadas as pesquisas e publicações científicas nacionais sobre epidemiologia no campo da nutrição nos permitiram visualizar o fenômeno da Transição Nutricional no Brasil e as tendências de evolução no padrão de consumo alimentar da população brasileira. Destacamos entre estas pesquisas e produções científicas as três edições (1986, 1996 e 2006) da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2002-2003) e publicações do Núcleo de Pesquisa Epidemiológicas em Saúde e Nutrição (NUPENS) da Universidade de São Paulo.

A Transição Nutricional pode ser caracterizada de forma simplificada pela redução da desnutrição concomitante à ascensão do sobrepeso e da obesidade. A análise comparativa de dados da segunda e da última edição (1996 e 2006) da PNDS indica que a prevalência da desnutrição infantil no Brasil declinou de 13% para 7%. Enquanto a POF-2002-2003 revela alta prevalência de excesso de peso e obesidade (amostra masculina: 41,1% com excesso de peso e, 8,9%, obesidade; amostra feminina: 40,0% com excesso de peso e, 13,1%, obesidade) (IBGE, 2004a). Vários estudos têm estabelecido de forma consistente que a obesidade aumenta o risco de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes e dislipidemias, as quais, em geral associadas à obesidade, marcam uma participação crescente no perfil de

morbi-mortalidade da população brasileira (LEVY-COSTA, 2005; REPETTO, 2003).

Estas tendências epidemiológicas são condizentes com as intensas modificações no estilo de vida observadas nas últimas décadas. TARDIDO e FALCÃO (2006) apontam algumas mudanças como o aumento do consumo de gorduras e açúcares em detrimento aos alimentos ricos em carboidratos complexos e fibras; a diminuição da prática de atividade física; o grande investimento da indústria de alimentos na divulgação de alimentos calóricos e a mudança no perfil de compra e consumo de alimentos (intensificação do consumo de *fast foods*, refrigerantes, alimentos resfriados, congelados, preparados, empanados, recheados, sucos de frutas prontos para o consumo, na maioria das vezes adoçados, entre outros). Informações a partir da POF-2002-2003 mostram aumento do gasto com refeições realizadas fora do domicílio (24% do total da despesa com alimentação), provavelmente em função da maior presença da mulher no mercado de trabalho (IBGE, 2004b; TARDIDO e FALCÃO, 2006).

### **Produção de alimentos: ascensão e reversão de tecnologias dividem o espaço discursivo**

Podemos observar nesta transição secular a ascensão de tendências de produção de alimentos antagônicas. Iniciativas que têm como premissa a inovação tecnológica se desenvolvem em paralelo a iniciativas que têm como premissa o resgate do natural / tradicional. As tendências de intensificação do consumo de alimentos industrializados - já discutidas anteriormente neste capítulo - junto com a obtenção de alimentos transgênicos a partir da biotecnologia num sentido e, no outro, a produção de alimentos orgânicos são exemplos desta via de mão dupla.

As discussões em torno dos alimentos transgênicos se ampliaram dos anos de 1990 até nossos dias. A questão é bastante complexa, envolvendo interesses de grupos econômicos, ideologias e lacunas do conhecimento (LAJOLO, 2003). Registramos aqui alguns resultados do debate nacional sobre biotecnologia: Decreto nº 3.871, de 18 de julho de 2001

(BRASIL, 2001) - que define sobre rotulagem de produtos alimentícios que contenham Organismos Geneticamente Modificáveis (OGM), e a Comissão Técnica de Biossegurança (CTNBio) ligada ao Ministério da Ciência e Tecnologia, criada através da lei nº 11.105, de 24 de março de 2005 (BRASIL, 2005) com a finalidade de prestar apoio técnico consultivo e assessoramento ao Governo Federal na formulação, atualização e implementação da Política Nacional de Biossegurança relativa a OGM.

Em relação aos alimentos orgânicos, o interesse cresce em consonância com movimentos em prol do desenvolvimento sustentável e com o conhecimento e divulgação dos riscos que os agrotóxicos trazem à saúde. A produção de alimentos por meio da técnica orgânica cresceu no Brasil e no mundo na última década. (MELLO, 2005). A regulamentação do sistema orgânico de produção pela Lei n.º 10.831 de 23 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2003a) é um reflexo do aumento do interesse por este mercado.

Estes temas, contrários do ponto de vista da aposta na tecnologia, estão longe de serem consensuais, mas, com certeza inauguram novos paradigmas em alimentação.

### **Era digital: multiplicidade de discursos e de informações impõem aprimoramento na educação nutricional**

Além dos alimentos transgênicos e dos orgânicos, a cada dia novas descobertas científicas, avanços tecnológicos, produtos alimentícios ou orientações sobre alimentação são anunciados. A população tem acesso em curto espaço de tempo aos mesmos, seja pela difusão midiática, principalmente via *internet*, seja pelos lançamentos de produtos alimentícios que são frutos destas novidades. Contudo, paradoxalmente, não observamos a saúde nutricional melhorar na mesma proporção na qual aumenta a disponibilidade de informações e de alimentos. É por meio do julgamento-crítico que usuários e profissionais aumentam as chances de selecionar de modo inteligente as informações - muitas vezes polêmicas ou complexas - e os produtos - com rótulos nem sempre de fácil compreensão e muitas vezes mascarados pelas manipulações do *marketing*.

O julgamento-crítico, por sua vez, só pode ser desenvolvido através da educação. A educação tomada como simples transmissão de informação, com prevalência da autoridade do professor/profissional não cabe à era digital, a informação está na *internet*, num simples click; *a consciência crítica e a autonomia dos indivíduos - que farão a diferença - só podem ser desenvolvidas por pedagogias críticas* como conclui Pereira (2003) em artigo sobre as tendências pedagógicas e a prática educativa em saúde. Cabe destacar que a educação em saúde só floresce no campo da pedagogia crítica quando a relação entre gestores, profissionais e usuários é solidária, ética e democrática.

#### **Ações e instrumentos de apoio ao desenvolvimento do campo da alimentação**

Lançando um olhar sobre a última década do século XX até a primeira do século XXI, no que tange ao campo da alimentação, podemos observar avanços em recursos humanos, políticas, legislações e ferramentas de trabalho que consolidaram melhorias ou que servirão de base para o futuro desenvolvimento desta área ao longo deste milênio. Destacamos entre eles:

- **Recursos-humanos: o nutricionista em busca de seu espaço.**

Desde a emergência, o nutricionista segue uma trajetória de luta, organização e mobilização em busca de legitimidade, autonomia e identidade profissional e nas últimas duas décadas podemos vislumbrar claros progressos e marcos, entre os quais:

- O final do século XX já anunciou para os nutricionistas um promissor século XXI com o decreto e sanção da Lei nº 8.234 de 17/09/1991 (BRASIL, 1991) que regulamenta a profissão de nutricionista. O texto desta lei firma as atribuições privativas do nutricionista, como, por exemplo, a "assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em

instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética”, *representando para a população um avanço no que diz respeito à segurança de que receberão assistência e educação nutricional por profissional capacitado técnica e legalmente para a função.*

- Em 2007, o profissional nutricionista foi incluído no rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2007).
- Em 2008, A Estratégia de Saúde da Família, do Ministério da Saúde, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incluindo o nutricionista, entre os outros profissionais da área de saúde, através da portaria ministerial nº 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).
- Em 2009, comemoramos os 50 anos do primeiro curso para formação de nutricionistas (atual Curso de Graduação em Nutrição do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo) (VASCONCELOS, 2002).
- O número de cursos de nutrição e de vagas aumentou de forma expressiva nas últimas décadas. Dados citados por VASCONCELOS (2002) mostram que o número de cursos subiu de 30 para 106 e o número de vagas de 1592 para 8000 no período de 1981-2000 e que houve ampliação dos campos de atuação profissional o que levou a uma necessidade de especialização e divisão das diversas áreas de atuação do profissional, levando a uma melhor qualificação de suas habilidades técnico-científicas.
- **Políticas e legislações: ações governamentais na área da alimentação**

Até a década de 1960 as ações governamentais na área de alimentação e nutrição se restringiam às ações emergenciais de doação e distribuição de alimentos. A partir da década de 1980 os temas alimentação e nutrição e segurança alimentar

e nutricional ganharam força no cenário nacional (COSTA e PASQUAL, s/d). Já na década de 1990, com a instituição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), o modelo assistencialista dá lugar a ações interssetoriais que visam o acesso universal aos alimentos e a garantia de segurança e qualidade dos alimentos abarcando a promoção de práticas de alimentação saudável e a prevenção de distúrbios nutricionais (BRASIL, 2003b; SANTOS, 2005).

Ainda no contexto de segurança alimentar e nutricional, está sendo elaborada a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) com o objetivo de assegurar o direito humano à alimentação adequada a todas e todos os habitantes do território brasileiro, promovendo a soberania e a segurança alimentar e nutricional de modo que tenham acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A PNSAN realiza-se por meio da integração de políticas e programas setoriais de modo a atender à universalização dos direitos sociais. Outra ação governamental de relevância foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, com uma área de alimentos que coordena, supervisiona e controla as atividades de registro, informações, inspeção, controle de riscos e estabelecimento de normas e padrões nesta área.

- **Ferramentas de trabalho: subsídios à pesquisa, à assistência e às políticas públicas**

O estudo da composição quantitativa e qualitativa dos alimentos, por meio da bromatologia, é fundamental em vários espaços da alimentação e da nutrição. Contudo, até este século, o Brasil carecia de um banco de dados confiáveis de composição de alimentos, pelo emprego de técnicas analíticas inadequadas ou incorporação de dados de tabelas estrangeiras. Há dois projetos em andamento para elaboração de tabelas brasileiras de composição de alimentos contemplando

alimentos nacionais e regionais: um projeto coordenado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação (NEPA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em parceria com os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Tabela Brasileira de Composição de Alimentos - TACO) e outro coordenado pelo Departamento de Alimentação e Nutrição Experimental da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de São Paulo (USP) e Rede Brasileira de Sistemas de Dados de Alimentos (BRASILFOODS) (Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – TBCA/USP) (MENEZES et al., 2003).

Sistemas de informações para o monitoramento da situação alimentar e nutricional também são indispensáveis ao desenvolvimento das várias dimensões da área de alimentos. Neste sentido, a integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como atividade formal do Ministério da Saúde, em 1990, constituíram um passo adiante para o planejamento, implantação e análise de políticas e programas de alimentação e nutrição, embora este instrumento ainda esteja em fase de ampliação e aperfeiçoamento.

### **Conclusão**

Por fim, acreditamos que estes recortes abrangem os principais paradigmas da alimentação e da nutrição para século XXI, na nossa perspectiva: o combate à obesidade e suas comorbidades, a educação nutricional direcionada à melhoria dos hábitos alimentares, o aprimoramento de políticas públicas em consonância com os apontamentos de estudos científicos consistentes e o desenvolvimento de técnicas de produção de alimentos mais seguros do ponto de vista da saúde, da produtividade e da sustentabilidade.



## Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. PORTARIA N. 154, DE 18 DE MARÇO DE 2008. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DTR2004.SAUDE.GOV.BR/DAB/DOCS/LEGISLACAO/PORTARIA154\\_18\\_03\\_08.PDF](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_18_03_08.pdf) ACESSO EM 11 FEV 2010.

BRASIL. RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 167 DE 9 DE JANEIRO DE 2007.

BRASIL. LEI N. 11.105, DE 24 DE MARÇO DE 2005. REGULAMENTA OS INCISOS II, IV E V DO § 1º DO ART. 225 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, ESTABELECE NORMAS DE SEGURANÇA E MECANISMOS DE FISCALIZAÇÃO DE ATIVIDADES QUE ENVOLVAM ORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS – OGM E SEUS DERIVADOS, CRIA O CONSELHO NACIONAL DE BIOSSEGURANÇA – CNBS, REESTRUTURA A COMISSÃO TÉCNICA NACIONAL DE BIOSSEGURANÇA – CTNBIO, DISPÕE SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE BIOSSEGURANÇA – PNB, REVOGA A LEI N° 8.974, DE 5 DE JANEIRO DE 1995, E A MEDIDA PROVISÓRIA N° 2.191-9, DE 23 DE AGOSTO DE 2001, E OS ARTS. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 E 16 DA LEI N° 10.814, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2003, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm). ACESSO EM 11 FEV 2010.

BRASIL. LEI N. 10.831, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2003 A. DISPÕE SOBRE A AGRICULTURA ORGÂNICA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL\\_03/LEIS/2003/L10.831.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.831.htm). ACESSO EM 11 FEV 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. – 2. ED. REV. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003B.

BRASIL. DECRETO N. 3.871, DE 18 DE JULHO DE 2001. DISCIPLINA A ROTULAGEM DE ALIMENTOS EMBALADOS QUE CONTENHAM OU SEJAM PRODUZIDOS COM ORGANISMO GENETICAMENTE MODIFICADOS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL\\_03/DECRETO/2001/D3871.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3871.htm). ACESSO EM 11 FEV 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E DO ABASTECIMENTO. *INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 7*, DE 17 DE MAIO DE 1999. DISPÕE SOBRE NORMAS PARA A PRODUÇÃO DE PRODUTOS ORGÂNICOS VEGETAIS E ANIMAIS. *DIÁRIO OFICIAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL*, BRASÍLIA, V. 94, P. 11-14, 19 DE MAIO DE 1999. SEÇÃO 1.

BRASIL. *LEI N. 8.234*, DE 17 DE SETEMBRO DE 1991. REGULAMENTA A PROFISSÃO DE NUTRICIONISTA E DETERMINA OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL\\_03/LEIS/1989\\_1994/L8234.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1989_1994/L8234.htm). ACESSO EM 11 FEV 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - PROPOSIÇÕES DO CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA SUA ELABORAÇÃO. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CONSEA/STATIC/AGENDA/PLENARIAS2009/090812/DOCUMENTO%20SOBRE%20A%20PNSAN%20FINAL%2020PLENARIA%20DE%20AGOSTO.PDF](http://www.planalto.gov.br/consea/static/agenda/plenarias2009/090812/DOCUMENTO%20SOBRE%20A%20PNSAN%20FINAL%2020PLENARIA%20DE%20AGOSTO.PDF). ACESSO EM 12/02/2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *SISVAN - SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL*. DISPONÍVEL EM: [HTTP://NUTRICA0.SAUDE.GOV.BR/SISVAN.PHP](http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php). SITE ACESSADO EM 12/02/2010.

COSTA, C.; PASQUAL, M. PARTICIPAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.POLIS.ORG.BR/UTILITARIOS/EDITOR2.0/USERFILES/FILE/PARTICIPACAO%20E%20POLITICAS%20PUBLICAS%20NA%20SAN%20NO%20BRASIL.PDF](http://www.polis.org.br/utilitarios/editor2.0/UserFiles/File/PARTICIPACAO%20E%20POLITICAS%20PUBLICAS%20NA%20SAN%20NO%20BRASIL.PDF). ACESSO EM 11/02/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. COMUNICAÇÃO SOCIAL 16 DE DEZEMBRO DE 2004A. *PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES*, POF 2002-2003. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.IBGE.GOV.BR/HOME/PRESIDENCIA/NOTICIAS/NOTICIA\\_IMPRESSAO.PHP?ID\\_NOTICIA=278](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=278). ACESSO EM 11 FEV 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. COMUNICAÇÃO SOCIAL 19 DE MAIO DE 2004B. *PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES - POF - EM 30 ANOS, IMPORTANTES MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE CONSUMO DOS BRASILEIROS* – DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.IBGE.GOV.BR/HOME/PRESIDENCIA/NOTICIAS/NOTICIA\\_IMPRESSAO.PHP?ID\\_NOTICIA=171](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=171). ACESSO EM 09 FEV 2010.

- LAJOLO, F.M.; NUTTI, M.R. *TRANSGÊNICOS: BASES CIENTÍFICAS DA SUA SEGURANÇA*. SÃO PAULO: SBAN, 2003.
- LEVY-COSTA, R.B. ET AL. DISPONIBILIDADE DOMICILIAR DE ALIMENTOS NO BRASIL: DISTRIBUIÇÃO E EVOLUÇÃO (1974-2003). *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, SÃO PAULO, v. 39, n. 4, p. 530-40, 2005.
- MELLO, J.A.V. REVERSÃO TECNOLÓGICA NO AGRONEGÓCIO: UMA ESTRATÉGIA PARA O SETOR DE ALIMENTOS ORGÂNICOS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.AEDB.BR/SEGET/ARTIGOS05/305\\_ARTIGOORGANICOS.PDF](http://www.aedb.br/seget/artigos05/305_ARTIGOORGANICOS.PDF). ACESSO EM 11 FEV 2010.
- MENEZES, E.W.; GIUNTINI, E.B.; LAJOLO, F.M. A QUESTÃO DA VARIABILIDADE E QUALIDADE DE DADOS DE COMPOSIÇÃO DE ALIMENTOS. *NUTRIRE: REV. SOC. BRAS. ALIM. NUTR.* v. 26, n. 6, p. 63-76, 2003.
- PEREIRA, A.L.DE F. AS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E A PRÁTICA EDUCATIVA NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE. *CAD. SAÚDE PÚBLICA*, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.
- REPETTO, G; RIZZOLLI, J., BONATTO, C. PREVALÊNCIA, RISCOS E SOLUÇÕES NA OBESIDADE E SOBREPESO: HERE, THERE, AND EVERYWHERE. *ARQ. BRAS. ENDOCRINOL METAB.* v. 47, n. 6, 2003.
- SANTOS, L. A. S. *EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS*. *REV. NUTR.*, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.
- TABELA BRASILEIRA DE COMPOSIÇÃO DE ALIMENTOS. CAMPINAS: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.UNICAMP.BR/NEPA/TACO](http://www.unicamp.br/nepa/taco). ACESSO EM: 12/02/2010.
- TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O IMPACTO DA MODERNIZAÇÃO NA TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E OBESIDADE. *REVISTA BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA*, v. 21, n. 2, p. 117-124, 2006.
- VASCONCELOS, F. DE A. G. O NUTRICIONISTA NO BRASIL: UMA ANÁLISE HISTÓRICA. *REVISTA DE NUTRIÇÃO*, v. 15, n. 2, p. 127-138, 2002.



***Novos Padrões Alimentares e as  
Relações com os Domínios da  
Qualidade de Vida e Saúde***

***Jaqueline Girnos Sonati***

*Mestre em Educação Física*

*Faculdade de Educação Física – UNICAMP*

***Roberto Vilarta***

*Prof. Titular em Qualidade de Vida, Saúde Coletiva e Atividade Física*

*Faculdade de Educação Física - UNICAMP*

**A Qualidade de vida e seus domínios**

O termo qualidade de vida foi originalmente utilizado nos Estados Unidos, no período pós-guerra, para defender a idéia de uma nação livre caracterizada pelo comportamento de consumo de bens materiais, sendo posteriormente ampliado ao abranger o acesso à educação, saúde, bem-estar econômico e crescimento industrial (CARR, 1996).

No Brasil, há 30 anos, a qualidade de vida era determinada, em especial, pelas condições de saneamento básico, situação financeira, acesso à saúde e educação. Atualmente esses fatores ainda são utilizados como índices para a avaliação da qualidade de vida, no entanto, com a melhoria das condições de vida onde a população tem maior acesso aos bens de consumo, a adoção de um estilo de vida saudável passa também a ser considerada importante fator para a determinação da qualidade de vida.

O estilo de vida refere-se aos comportamentos adquiridos por decisão pessoal sob influência social e/ou cultural que podem influenciar a qualidade de vida e a saúde, incluindo as preferências dietéticas, o consumo de drogas lícitas ou ilícitas e o sedentarismo (VILARTA & GONÇALVES, 2004). Sendo assim, a adoção de hábitos saudáveis de vida pode ser um caminho para a melhoria da qualidade de vida, onde alimentação e atividade física são consideradas elementos fundamentais para esse fim.

Nos dias atuais, grande parcela dos pesquisadores sugere que a saúde (domínio físico), bens materiais, condições sociais, meio ambiente, relações sociais, bem estar psicológico e emocional são fatores determinantes da qualidade de vida (CUMMINS, 1997; HUUSKO, 2006; MUURINEN et al., 2009).

Se pensarmos em saúde, há três décadas no Brasil, tínhamos como problemas de saúde pública, cinco doenças nutricionais compostas pela desnutrição energético-protéica (DEP), anemia ferropriva, hipovitaminose A, bócio-endêmico e a cárie dentária (SILVA & IUNES, 1985), sendo relacionadas com a pobreza urbana e com o baixo nível de escolaridade, refletindo assim uma pior qualidade de vida. Atualmente, elas estão presentes, mas em menores proporções e em populações específicas do país situadas nas regiões norte, nordeste e em bolsões de pobreza do sudeste, caracterizando uma melhora na qualidade de vida.

A melhoria das condições de vida nos países desenvolvidos, no entanto, tem sido acompanhada pelo aumento da frequência de doenças nutricionais, sendo a mais importante delas a obesidade e suas consequências como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essa transição nutricional que passa da carência de nutrientes para o excesso, fez com que a obesidade virasse uma epidemia, sendo nominada “o mal do século XXI”, afetando de maneira negativa a qualidade de vida atual.

Os novos padrões da alimentação mundial vêm acompanhados do aumento na produção e no processamento de alimentos sem que haja preocupação com os agravos à saúde da população e sua influência negativa na qualidade de vida.

Pesquisas sobre o orçamento familiar (POFs), desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), das famílias brasileiras nas décadas de 1970 e 1980 mostravam uma diminuição no consumo de arroz e feijão, aumento no consumo de alimentos protéicos como leite e derivados, ovos e carnes e a substituição de banha (gordura de porco), bacon e manteiga por óleos vegetais. Também se observou uma tendência generalizada de menor contribuição dos carboidratos nas calorias totais da dieta (MONDINI e MONTEIRO, 1994). Ainda na década de 1980, 15,9% da população adulta apresentavam baixo peso, 32,9% excesso de peso e 8,3% obesidade (COITINHO et al., 1991).

Quando comparamos as POFs de 1995/1996 e 2002/2003 verificamos que o consumo de arroz e feijão continuou caindo e que houve um pequeno aumento no consumo de carnes e uma diminuição no consumo dos laticínios, óleos e gorduras.

Alimentos básicos importantes como arroz, feijão, farinha de mandioca, macarrão, pão francês, batata, carne bovina, frango, leite, café e açúcar tiveram suas quantidades adquiridas reduzidas, enquanto que alimentos como abóbora, farinha de trigo, iogurte, refrigerantes, água mineral, alimentos industrializados e óleos vegetais apresentaram um aumento na aquisição (VASCONCELOS, 2007).

Observa-se claramente que a busca por alimentos prontos aumentou com o passar dos anos e, juntamente com esse hábito, o sedentarismo. A geração de uma população com sobrepeso e obesidade vem comprometendo a saúde coletiva e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Quando o instrumento Whoqol foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHOQOL-GROUP, 1994), tinha por objetivo mensurar a qualidade de vida de uma maneira multidimensional. Nos últimos 10 anos a necessidade de adaptar o instrumento para populações específicas fez com que se desenvolvessem outros instrumentos (Whoqol-Bref, Old, HIV), elevando a importância da avaliação dos domínios e facetas específicos de cada aplicação. Assim, a distinção de cada aspecto particular dos elementos que compõem a qualidade de vida das pessoas tem sido aprimorada com pesquisas direcionadas à análise particular de cada domínio.

Do ponto de vista da alimentação, nutrição e qualidade de vida alguns elementos podem ser especialmente considerados:

**Domínio Físico** – Os aspectos físicos como dor, fadiga, sono, atividades da vida diária, dependência de medicação e capacidade de trabalho, têm relação estreita com a incidência de DCNT e podem ser determinantes na qualidade de vida das populações. A importância da manutenção do peso corporal na faixa de normalidade pode proteger o indivíduo das complicações advindas da obesidade (diabetes, hipertensão, dislipidemias e doenças articulares) e assim melhorar os aspectos físicos da qualidade de vida. Vale lembrar que a prática da atividade física diária, juntamente com uma alimentação equilibrada, auxilia na manutenção do peso corporal adequado, além de contribuir para o controle da hipertensão arterial e das dislipidemias.

**Domínio Psicológico** – Os aspectos psicológicos da qualidade de vida como sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais, também podem ser influenciados pela alimentação. Sabe-se que uma alimentação desequilibrada com carência de micronutrientes como ferro, zinco e lipídeos ômega 3 e 6 pode comprometer o aprendizado e concentração, já a escolha por alimentos que contem alto teor de gordura, açúcar e de sal, pode levar à obesidade e as DCNT. Esse tipo de comportamento alimentar é frequente, principalmente nas populações onde a disponibilidade de alimentos não é um problema e a escolha de um alimento se dá através do custo, comodidade e palatabilidade. Observa-se, também, que essas mesmas populações tem adotado padrões de beleza irreais, principalmente aqueles impostos pela sociedade para a população feminina. O culto à magreza excessiva tem levado as jovens mulheres a adotarem comportamentos alimentares doentios que comprometem a saúde, mais uma vez o psicológico influenciando a alimentação e vice-versa.

Outros aspectos relativos ao domínio psicológico relacionados com a alimentação são a religião e as crenças. Algumas religiões proíbem a ingestão de determinados alimentos ou a mistura deles, indicando forte ligação entre o alimento, as emoções e as relações sociais.



***Domínio das Relações Sociais*** – As relações pessoais, suporte social e atividade sexual, são aspectos que estruturam esse domínio. Se pensarmos na história da humanidade, as grandes realizações e descobertas, como o fogo e o sal, ocorreram em situações do manuseio dos alimentos e da necessidade de se alimentar. Reuniões em torno de uma mesa farta de alimentos decidiram, por muitas vezes, o destino de toda uma população (batalhas e guerras). Esse tipo de comportamento humano demonstra a importância que a alimentação tem para as relações sociais.

Muitas vezes, quando comemos um determinado alimento que gostamos, buscamos na memória situações de prazer e satisfação. De maneira geral, essas situações envolvem relações sociais, ou seja, reuniões comemorativas (aniversários, jantares, casamentos), refeições em família entre outros.

Essa relação existente entre alimento, prazer e relação social faz com que o simples ato de se reunir no horário das refeições seja um “start” para a melhora do domínio das relações sociais.

***Domínio Meio Ambiente*** – É composto por um conjunto de facetas relacionadas com os recursos financeiros, cuidados de saúde, disponibilidade e qualidade de serviços sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, acesso à participação e oportunidades de recreação e lazer, condições adequadas do ambiente físico sobre a poluição, os ruídos, trânsito, clima e de transporte. Esse domínio talvez seja o que mais se modificou nas últimas décadas, com algumas mudanças espetaculares, outras nem tanto. No caso do Brasil, a melhoria do acesso à saúde e educação fez com que a expectativa de vida aumentasse, a mortalidade infantil e o número de nascimentos diminuíssem, modificando toda a demografia do país que era de característica jovem e passou a ter uma população idosa significativa.

A influência do desenvolvimento tecnológico no meio ambiente contribuiu na produtividade de maneira geral, mas também trouxe consequências como o sedentarismo, aumento do consumo de drogas e desemprego, entre outras.

Do ponto de vista evolutivo, não é de surpreender que a tecnologia melhorasse, e muito, a qualidade de vida das



## Referências Bibliográficas

- CARR, A.J., THOMPSON, P.W., KTRWAN, J.R. *QUALITY OF LIFE MEASURES. BRITISH JOURNAL OF RHEUMATOLOGY*, v. 35, p. 275-281. 1996.
- COITINHO, D.C., LEÃO, M.M., RECINE, E., SICHIERI, R. *CONDIÇÕES NUTRICIONAIS DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: ADULTOS E IDOSOS. PESQUISA NACIONAL SOBRE SAÚDE E NUTRIÇÃO, MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA, 1991.*
- CUMMINS, R.A. ASSESSING QUALITY OF LIFE. IN: *QUALITY OF LIFE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES*. CHELTENHAM, 1997, p. 116-150.
- DREWNOWSKI, A., BELLISLE, F. *O CONTROLE DO CONSUME DE ALIMENTOS. IN: NUTRIÇÃO e METABOLISMO. GRÃ-BRETANHA, 2003, p. 287-292.*
- HUUSKO, T. PITKALALA, K. WHAT IS QUALITY OF LIFE? IN: *CAN WE MEASURE QUALITY OF LIFE? SAARIJARVI, 2006, p. 9-23.*
- MONDINI, L. MONTEIRO, C.A. MUDANÇAS NO PADRÃO DE ALIMENTAÇÃO DA POPULAÇÃO URBANA BRASILEIRA (1962-1988). *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, v.28, n.6, p. 433-439. 1994.
- MUURINEN, S., SOINI, H., SUOMINEN, M., PITKALALA, K. *NUTRITIONAL STATUS AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING. E-SPEN, THE EUROPEAN E-JOURNAL OF CLINICAL NUTRITION AND METABOLISM, p. 1-4, NOV. 2009.*
- SILVA, A. C., IUNES, M. DESNUTRIÇÃO. POLÍTICAS NUTRICIONAIS NO BRASIL. IN: *DESNUTRIÇÃO. 2 ED. BRASIL, 1985, p. 101-111.*
- VASCONCELOS, F.A.G., *TENDÊNCIAS HISTÓRICAS DOS ESTUDOS DIETÉTICOS NO BRASIL HISTÓRIA, CIÊNCIAS, SAÚDE. MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO, v.14, n.1, p. 197-219, JAN-MAR. 2007.*
- VILARTA, R., GONÇALVES, A. QUALIDADE DE VIDA – CONCEPÇÕES BÁSICAS VOLTADAS À SAÚDE. IN: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (ORGS). *QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: EXPLORANDO TEORIA E PRÁTICA. MANOLE. BARUERI, 2004. 1 ED., p. 28 – 62.*
- WHOQOL GROUP: IN J. ORLEY AND W. KUYKEN (EDS), *THE DEVELOPMENT OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT INSTRUMENT (THE WHOQOL), QUALITY OF LIFE ASSESSMENT: INTERNATIONAL PERSPECTIVES, 41-60, 1994.*



***Esporte e Qualidade de Vida:  
Perspectiva para o Início do Século XXI***

***Renato Francisco Rodrigues Marques***

*Mestre em Educação Física – Universidade Estadual de Campinas,  
Docente da Fundação Municipal de Ensino Superior de Bragança Paulista  
e da Faculdade Jaguariúna*

***Gustavo Luis Gutierrez***

*Professor Titular da Faculdade de Educação Física da Universidade  
Estadual de Campinas*

***Paulo César Montagner***

*Professor Doutor da Faculdade de Educação Física da Universidade  
Estadual de Campinas*

**Introdução**

Nota-se, no meio acadêmico, que durante as últimas décadas existiu certa tendência à valorização e dispêndio de energias, tanto de especialistas da área de saúde, educação, gestão corporativa, entre outros, à pesquisa e compreensão do conceito de Qualidade de Vida.

Nesse processo é possível destacar tanto trabalhos ligados à conceituação pura dessa esfera, quanto à associação de outros universos a essa noção, o que representou e vem representando grandes avanços, tanto no campo da Qualidade de Vida, quanto em tais áreas específicas. Como exemplo, podem-se citar os temas de Fóruns sobre Qualidade de Vida realizados nos últimos anos na UNICAMP. Em 2004, a pre-

ocupação com políticas públicas; 2005, 2006 e 2008, com o ambiente corporativo; 2007, com o desenvolvimento de novas tecnologias e 2009, com fatores nutricionais.

Seguindo tal direcionamento, este trabalho objetiva relacionar o universo de estudos em Qualidade de Vida com o fenômeno esporte contemporâneo e identificar tendências desta relação para o século XXI. A abordagem se dá com base em definições próprias desses objetos na última década (tema do Fórum organizado pela UNICAMP no ano de 2010), e utiliza-se de aspectos que interligam tais ambientes de estudos, como saúde, educação, mídia e comércio.

O esporte caracteriza-se como um fenômeno sociocultural que perpassa diferentes épocas, tendências e características adotadas pela sociedade em que está inserido. Por ser heterogêneo, polissêmico e polimorfo (PAES, 2001), adapta-se aos grupos sociais em que está inserido, transmitindo diferentes valores e servindo-se de diversos papéis que lhe são impostos.

Desta forma, serão analisados alguns campos de estudo que interagem tanto com o conceito de Qualidade de Vida, quanto com o esporte, como saúde, educação e comércio de produtos relacionados a esses universos.

### **Qualidade de Vida e suas Esferas**

Gonçalves e Vilartha (2004) estabelecem que Qualidade de Vida lida tanto com esferas objetivas como subjetivas de percepção. A esfera objetiva (Condição e modo de vida) considera fatores como alimentação, moradia, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação, transporte, ou seja, necessidades de garantia de sobrevivência próprias de nossa sociedade, que se apresentam na forma de bens materiais a serem consumidos. Já a subjetiva (estilo de vida) também leva em conta questões de ordem concreta, porém, considera variáveis históricas, sociais, culturais e de interpretação individual sobre as condições de bens materiais e de serviços do sujeito. Abrange aspectos emocionais, expectativa e possibilidades dos indivíduos ou grupos em relação às suas realizações, e a percepção que os sujeitos têm de suas próprias vidas,

abordando, inclusive, questões imensuráveis como prazer, felicidade, angústia e tristeza.

Dessa forma, ao relacionar qualquer objeto com esta noção, é importante o cuidado para não traçar ligações superficiais que impliquem na *culpabilização da vítima* (GONÇALVES, 2004). Ou seja, apontar num sentido de que qualquer mudança em relação a uma perspectiva de melhora da percepção de Qualidade de Vida deva ocorrer, essencialmente, em relação aos hábitos e estilo de vida do sujeito, desconsiderando as variáveis socioeconômicas que o rodeiam e que permitem ao mesmo realizar escolhas.

Vários são os fatores que exercem influência sobre a percepção de qualidade de vida dos sujeitos. E em todos eles, tanto os componentes ligados à esfera objetiva quanto subjetiva exercem importância. Desse modo, qualquer inserção sobre tal perspectiva deve considerar tanto ações ligadas ao acesso aos bens de consumo quanto às possibilidades de escolha disponíveis a essas pessoas (MARQUES, 2007).

Como exemplos desses fatores tem-se a educação, o mercado e possibilidades de consumo e, talvez o componente que mais se relacione com a noção de Qualidade de Vida na sociedade contemporânea, a saúde.

Tais fatores dizem respeito à esfera objetiva de análise por via das condições de acesso, principalmente as atreladas às políticas públicas. E à esfera subjetiva, ligada à dedicação e escolhas em relação à educação, formas de consumo e hábitos que os sujeitos tomam para sua vida.

O esporte se coloca como um fenômeno social em que tais fatores acabam por comportarem-se como partículas formadoras do todo. Ou seja, principalmente no esporte contemporâneo, questões ligadas à educação, comércio e saúde exercem grande influência sobre a forma pela qual as pessoas o incorporam em suas vidas e, conseqüentemente, colaboram, através do fenômeno esportivo, para definir o quadro de percepção de Qualidade de Vida dos sujeitos (MARQUES, 2007).

Nesse sentido, vale compreender algumas características do esporte do século XXI, principalmente ligadas aos fatores em questão, para analisar suas relações com a Qualidade de Vida neste início de novo milênio.

## **Esporte Contemporâneo e suas Relações com Qualidade de Vida**

As lógicas do esporte têm uma variabilidade marcante praticamente desde sua origem, recebendo diferentes sentidos em diversas sociedades. Desde a gênese do esporte moderno, passou por transformações de sentido e perspectivas, culminando no esporte contemporâneo (TUBINO, 2010).

O esporte contemporâneo, fruto de transformações sociais posteriores à época da Guerra Fria, se caracteriza pelo caráter heterogêneo de suas formas de manifestação e por sua comercialização como produto (MARQUES; GUTIERREZ; MONTAGNER, 2009) e estabelece os braços de inter-relação deste objeto com a sociedade que o cerca.

O esporte sempre acaba por manter contato com formas de percepção de Qualidade de Vida, afinal, exerce inúmeras influências sobre o bem-estar e a sensibilidade de boa vida. Transita por esferas ligadas à saúde, educação, convívio social, mercado, lazer e entretenimento.

Os diferentes ambientes e sentidos do esporte, por serem pautados em normas e valores próprios, acabam por se relacionar com temas ligados à Qualidade de Vida de forma heterogênea. Isso gera o fato, por exemplo, de que esse fenômeno não necessariamente educa para um sentido tido como ideal, assim como possa vir a colaborar ou não para melhoria dos quadros de saúde.

Saúde pode ser definida como um estado de amplo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças e enfermidades (Organização Mundial de Saúde, 1995). Compreendida dessa forma, é um processo instável, sujeito a mudanças rápidas e fortemente influenciado por ações do sujeito e do ambiente. Não apenas um estado físico puro e objetivo que apresenta funções orgânicas intactas, mas considera também as dimensões subjetivas, individuais, psíquicas, mentais e sociais (WEINECK, 2003).

Não se pode ignorar que a saúde tem uma enormidade de aspectos relacionados ao seu conceito, e nem todos têm uma relação direta com a atividade esportiva. Na relação esporte/saúde é necessário lembrar que esta decorre de uma socieda-



de historicamente determinada, sendo possível inferir que o esporte, sozinho, não dá nem tira saúde de ninguém.

A relação esporte-saúde não é clara, pois as modalidades esportivas produzem efeitos diferentes sobre os organismos, que podem não se adequar à realidade ou necessidade individual. O ambiente e a forma de manifestação do esporte também exercem efeitos positivos ou negativos sobre a saúde. Ou seja, as diferentes formas de manifestação do esporte exercem diversos impactos e influências sobre os indivíduos, assim como qualquer outra forma de atividade física. O simples fato de se movimentar sistematicamente não garante boa saúde, porém se essa forma de exercício for adaptada, dirigida e adequada às capacidades, limites e necessidades do sujeito, pode colaborar para melhoria dos seus quadros salutaros. Essa relação acontece da mesma forma com o esporte.

O que diferencia, até certo ponto, a relação atividade física/saúde com esporte/saúde é que o segundo não se caracteriza como o simples movimentar-se. É carregado de significados, valores e símbolos construídos historicamente e culturalmente (MARQUES, 2007). Isso eleva o esporte a outro patamar, no qual pode sim colaborar com a melhora de saúde, desde que adequado às necessidades e possibilidades dos sujeitos, visando transmitir valores morais de acordo com o ambiente e sentido da prática. Desse modo, nota-se atividades esportivas que divergem do sentido de boa saúde, e que muitas vezes acabam por significar sua perda. Pode-se ter como exemplo a ocorrência de contusões ou o uso do *doping*.

Quanto a contusões, assim como qualquer forma de atividade física, o esporte pode ser uma prática insalubre se não houver uma preparação mínima e aptidão física do sujeito para tal. Isso inclui desde alimentação, quanto atividades periódicas, local propício e hábitos que não atrapalhem o rendimento. Do mesmo jeito, a preparação para a prática não garante a não ocorrência de contusões. É o caso de atletas de alto rendimento que embora tenham, muitas vezes, todo o suporte de preparação para a prática, ainda assim, se machucam.

Quanto ao *doping*, é uma resultante dos valores de concorrência e exigência por melhora de performance no ambiente de alto rendimento. A necessidade por superação constante

de marcas e adversários, associado com as recompensas desse meio, gera uma esfera propícia para o crescimento dessa prática. O pior dessa situação é que esse uso muitas vezes não se restringe ao alto rendimento. Existem sujeitos praticantes não-profissionais que adotam esse comportamento também, com base em valores de busca por superação, estética e auto-satisfação (WADDINGTON, 2006).

A solução para este problema está longe de ser encontrada, se é que um dia será. Porém, a fiscalização e, principalmente, a educação para a prática e consumo conscientes do esporte, são ações interessantes (MARQUES, 2007).

Essas vertentes atestam que o esporte não pode ser tido como sinônimo unilateral de saúde. Por outro lado, também não é falta de saúde. Na verdade, o que se faz com o esporte é o que vai direcionar o sentido da prática para um lado mais ou menos voltado para a manutenção e melhora desse quadro. Ou seja, os cuidados, o direcionamento pedagógico, os valores transmitidos e o controle de cargas de treinamento é que podem vir a promover boa saúde. Pelo contrário, essa relação pode ser invertida.

O esporte será saudável se for levado em consideração a forma como é praticado. Deve ser adequado às condições de vida, idade, e condição física do praticante.

Quanto à educação, tem-se que, por ser um fenômeno heterogêneo, o esporte pode transmitir diferentes valores morais, de acordo com o ambiente e sentido da prática. Ou seja, pode tanto reforçar questões de segregação, rivalidade, comparações diretas, sub-julgamento ao adversário, quanto também estimular, se direcionado de forma re-significada, questões ligadas à cooperação, autovalorização, oposição sem rivalidade, entre outros valores (MARQUES, 2007).

Além disso, o esporte é um fenômeno essencialmente educativo, pois tem como componente principal e inerente a competição (PAES, 2001). Logo, independente do ambiente em que se encontre, o esporte sempre transmitirá valores ligados à educação dos sujeitos que com ele se relacionam.

Desse modo, profissionais de educação física e do esporte têm a oportunidade de escolha em relação aos princípios, sentido e valores morais que suas práticas irão transmitir. Ques-

tões ligadas à convivência positiva, cuidados com a saúde e respeito ao adversário permeiam a prática esportiva no início do século XXI. Embora haja uma forte influência do esporte espetáculo, que motiva as pessoas a praticarem esporte com base nas normalizações e modelos do alto rendimento, além de estimulá-los ao consumo de produtos ligados a esse fenômeno, é importante pontuar que o esporte contemporâneo, por ser heterogêneo, pode ser adaptado de forma a atender às necessidades, possibilidades, limites e objetivos dos sujeitos que o praticam.

O esporte, para ser benéfico à Qualidade de Vida dos sujeitos deve ser adequado a tais questões. Por isso, a prática de alto rendimento não pode ser tida como essencialmente negativa à Qualidade da vida do atleta, assim como o esporte de lazer não pode ser tido como totalmente benéfico. Depende da adequação do sentido da prática com a perspectiva em que o sujeito atua (MARQUES, 2007).

Por fim, em relação ao mercado, tem-se que o esporte no século XXI baseia-se, principalmente, num conceito de produto e gerador de novos produtos. Dessa forma, o acesso a práticas esportivas encontra-se cada vez mais pautado em seu consumo, seja através da mensalidade de um clube/ academia, do aluguel de uma quadra de Futebol Society, da compra de materiais específicos para corrida (que, por intermédio de um discurso comercial, acabam sendo tidos como cada vez mais imprescindíveis), canais de televisão a cabo, entre outros.

Além disso, tem-se a exploração cada vez maior de marcas esportivas, como nome de atletas, equipes e conceitos como forma de propaganda de produtos que, na sua essência, nada tem a ver com o esporte.

Não que esse quadro seja negativo à sociedade. Nem é isso que este trabalho visa questionar. O fato é que o fenômeno esportivo está ficando cada vez mais caro. Tanto para consumi-lo como espectador, quanto como praticante, e isso pode significar alguns problemas.

É consenso no meio acadêmico que a prática de atividade física, e nisso o esporte se inclui, pode contribuir, junto com outros fatores, para a melhoria de quadros de saúde. Além

disso, o esporte ainda é considerado, no campo da educação física, como um componente da cultura corporal do Homem. Logo, é possível que este fenômeno possa ser usado como fator favorável para a Qualidade de Vida das pessoas. Porém, muitas vezes, o fator mercadológico interfere de forma negativa nesse sentido, dificultando o acesso de sujeitos a formas de prática esportiva que podem ser positivas para seu bem-estar. Mora nesse aspecto a relação da *culpabilização da vítima* no esporte, que ocorre, por exemplo, quando o sujeito consegue apenas jogar futebol uma vez por semana, num sentido ligado à rivalidade e comparação direta, e acaba sendo privado de orientações e direcionamentos que poderiam ser mais positivos, como boas condições de preparação e de materiais.

Além disso, a comercialização do esporte contemporâneo nem sempre estimula os sujeitos à prática de atividade física (LOVISOLO, 2002). Muitas vezes, a tendência é o consumo passivo de eventos esportivos, no qual o sujeito acaba sendo mero espectador. E isso pode gerar certos atores ligados a esse universo (MARQUES, 2007, p.97-98):

- *Atleta-astro*: o esportista profissional que, além de atuar como atleta também tem sua imagem vinculada a outras formas de ganho de capital e, por que não, outras carreiras como modelo fotográfico e diplomacia internacional;
- *Atleta-produto*: o esportista profissional que é negociado entre clubes ou organizações financeiras como uma peça que gera lucros;
- *Esportista-consumidor*: o sujeito que paga tanto para ter acesso à prática esportiva quanto para acompanhar exibições profissionais e produtos vinculados ao esporte-espetáculo;
- *Esportista-praticante*: o não-profissional que pratica esporte efetivamente como forma de atividade física sistematizada, sem compromisso formal e econômico de alta performance;

- *Esportista-sedentário*: o sujeito que se sente atraído pelo esporte, o consome de inúmeras formas, vive seus momentos de lazer em função de manifestações esportivas e de seus produtos, mas não pratica nenhuma modalidade esportiva.

### **Considerações Finais**

O esporte do início do século XXI está bem definido quanto aos seus componentes. Explora uma grande diversidade de formas de manifestação e se sustenta numa forte tendência mercantil.

Max Weber ensina que não é atribuição do pesquisador adivinhar o futuro, uma difícil tarefa que compete a outros profissionais, como cartomantes e quiromantes. É possível, contudo, a partir de uma análise detalhada do contexto histórico e dos papéis dos principais sujeitos presentes, construir cenários futuros que apresentem algumas das possibilidades de desenvolvimento das ações dos agentes sociais (ALMEIDA; MONTAGNER; GUTIERREZ, 2009). Nesse sentido, é possível apontar para uma manutenção, por algum tempo, da lógica mercantil do esporte, o que pode manter as formas de relação entre esse fenômeno e os sujeitos que o permeiam.

Com esse quadro mantido, para que o esporte possa ser um veículo que colabore para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, deve ser gerenciado de forma a ter seu acesso facilitado a mais pessoas, sendo esse um papel das políticas públicas, corrigindo desníveis sociais em relação a bens de consumo, e principalmente, garantindo o que é ressaltado por Tubino (2010), o direito de todo cidadão ter oportunidade de praticar esporte. Além disso, destacam-se também as necessidades de contar com re-significações em diferentes ambientes de prática, adequando seu sentido às expectativas dos sujeitos e transmitir valores morais adequados e positivos às suas realidades culturais; não ser vendido como sinônimo direto de saúde e solução para problemas de desigualdade social, mas sim, como um componente que pode colaborar, junto com outras vertentes, nesses processos.

A prática esportiva adequada às condições dos sujeitos requer a escolha de modalidades apropriadas, não apenas no que se refere a demandas físicas e fisiológicas, mas, sobretudo em relação ao seu significado social e cultural para o praticante. Uma prática adequada pode também promover uma interação interpessoal, grupal e social rica e prazerosa. Além dessa escolha, é preciso atenção quanto aos materiais, espaços e sentidos da prática esportiva, além de considerar que este fenômeno pode ser positivo se atrelado a hábitos tidos como saudáveis que o complementam.

### Referências Bibliográficas

ALMEIDA, MARCO ANTONIO BETTINE DE; MONTAGNER, PAULO CÉSAR; GUTIERREZ, GUSTAVO LUIS. A INSERÇÃO DA REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO NA ÁREA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, DEZ ANOS DEPOIS: EMBATES, DEBATES E PERSPECTIVAS. *REVISTA MOVIMENTO*. VOL. 15, No 3, 2009.

GONÇALVES, AGUINALDO. EM BUSCA DO DIÁLOGO DO CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTILO DE VIDA. IN: VILARTA, ROBERTO (ORG.) *QUALIDADE DE VIDA E POLÍTICAS PÚBLICAS: SAÚDE, LAZER E ATIVIDADE FÍSICA*. CAMPINAS, IPES, 2004, p. 17-26.

GONÇALVES, AGUINALDO; VILARTA, ROBERTO QUALIDADE DE VIDA: IDENTIDADES E INDICADORES. IN: GONÇALVES, AGUINALDO E VILARTA, ROBERTO (ORGS.). *QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: EXPLORANDO TEORIAS E PRÁTICAS*. BARUERI, MANOLE, 2004, p.03-25

LOVISOLO, HUGO. ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE: UMA AGENDA SOCIO-LÓGICA DE PESQUISA. IN: MOREIRA, WAGNER WEY; SIMÕES, REGINA (ORGS.). *ESPORTE COMO FATOR DE QUALIDADE DE VIDA*. PIRACICABA: EDITORA UNIMEP, 2002, p. 277-296.

MARQUES, RENATO FRANCISCO RODRIGUES. *ESPORTE E QUALIDADE DE VIDA: REFLEXÃO SOCIOLOÓGICA (2007)*. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, 2007.

- MARQUES, RENATO FRANCISCO RODRIGUES; GUTIERREZ, GUSTAVO LUIS; ALMEIDA, MARCO ANTONIO BETTINE DE. A TRANSIÇÃO DO ESPORTE MODERNO PARA O ESPORTE CONTEMPORÂNEO: TENDÊNCIA DE MERCANTILIZAÇÃO A PARTIR DO FINAL DA GUERRA FRIA. *ANAIS DO I ENCONTRO DA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ESTÚDIOS SOCIALES DEL DEPORTE*. CD-ROM, CURITIBA, UFPR, 2008.
- MARQUES, RENATO FRANCISCO RODRIGUES; GUTIERREZ, GUSTAVO LUIS; MONTAGNER, PAULO CÉSAR. NOVAS CONFIGURAÇÕES SOCIOECONÔMICAS DO ESPORTE CONTEMPORÂNEO. *REVISTA DA EDUCAÇÃO FÍSICA*. MARINGÁ. V.20, n.4, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. *SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE*. V.41, n.10, p.403-409, 1995.
- PAES, ROBERTO RODRIGUES. *EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR: O ESPORTE COMO CONTEÚDO PEDAGÓGICO DO ENSINO FUNDAMENTAL*. CANOAS: EDITORA ULBRA, 2001.
- TUBINO, MANOEL JOSÉ GOMES. *ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE O ESPORTE: ÊNFASE NO ESPORTE-EDUCAÇÃO*. MARINGÁ: EDUEM, 2010.
- VILARTA, ROBERTO; GONÇALVES, AGUINALDO. QUALIDADE DE VIDA – CONCEPÇÕES BÁSICAS VOLTADAS À SAÚDE. IN: GONÇALVES, AGUINALDO E VILARTA, ROBERTO (ORGS.). *QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: EXPLORANDO TEORIAS E PRÁTICAS*. BARUERI: MANOLE, 2004, p.27-62.
- WADDINGTON, IVAN. A HISTÓRIA RECENTE DO USO DE DROGAS NOS ESPORTES: A CAMINHO DE UMA COMPREENSÃO SOCIOLÓGICA. IN: GEBARA, ADEMIR; PILATTI, LUIZ ALBERTO (ORGS.). *ENSAIOS SOBRE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA NOS ESPORTES*. JUNDIAÍ: FONTOURA, 2006. p. 13-43.
- WEINECK, JURGEN. *ATIVIDADE FÍSICA E ESPORTE: PARA QUÊ?* BARUERI: MANOLE, 2003.





## ***Qualidade de Vida e Diabetes Mellitus***

***Inaldo Cavalcanti Figueiredo Filho***

*Médico Endocrinologista – CSS/CECOM/UNICAMP*

***Rôse Clélia Grion Trevisane***

*Enfermeira Sanitarista - Assessora Técnica – CSS/CECOM/UNICAMP*

***Edite Kazue Taninaga***

*Enfermeira – CSS/CECOM/UNICAMP*

***Rosely Cai Albertin***

*Psicóloga – CSS/CECOM/UNICAMP*

Já mencionada há milhares de anos, pelo menos há 3.500, no papiro egípcio de Ebers, a doença ainda continua uma incógnita. De algumas décadas para cá, tem-se aumentado a expectativa de uma vida mais longa para os diabéticos, além de permitir a gestação a termo de mães diabéticas, o que gerou o problema de elevar o número de doentes diagnosticados, levando-se em conta seu fator hereditário.

Diabetes Mellitus é o nome dado a uma síndrome que tem como seu aspecto mais proeminente uma elevação na concentração de glicose (açúcar) no sangue, com consequente glicosúria (eliminação de açúcar pela urina). Seus principais sintomas são sede, micção e fome, todos em demasia, cansaço, perda de peso (com bom apetite), coceira ou infecção nas regiões genitais, distúrbios da visão, doença de pequenos e grandes vasos na periferia (principalmente nas pernas), doenças que acometem as fibras nervosas (incluindo impotência e diarreia noturna) e doença que acometem os rins.

Os sintomas podem ser repentinos, abruptos ou, pelo contrário, serem insidiosos; nas crianças e jovens aparecem dramaticamente, em geral acompanhados de desidratação e cetose, o que raramente se observa nos adultos (alguns notam gotas de urina nas roupas ou sapatos, que ao secarem deixam uma mancha branca farinácea).

Grande número de estudos sugere que o risco de complicações específicas do diabetes, devido à doença dos pequenos vasos, torna-se importantes somente em indivíduos que mostram concentrações de glicose elevadas durante muito tempo.

Geralmente é aceito que o Diabetes Mellitus não é uma, mas várias doenças, provavelmente com diferentes causas e modos de transmissão. O único fator em comum entre as várias síndromes que estão incluídas sob o título amplo de diabetes é a hiperglicemia, com os sintomas consequentes a todas as variedades. Até muito recentemente, a maioria dos estudos sobre a herança do diabetes, viam-na como uma entidade simples, porém a natureza multifatorial e a heterogeneidade genética do diabetes são largamente aceitas.

Atribuem-se causas genéticas, cujo modo de transmissão não está ainda claramente entendido, porém o Diabetes tipo II tem um componente genético mais forte que o tipo I, com fatores hormonais e ambientais contribuindo bastante para seu aparecimento.

Em relação ao tratamento, o diabetes é uma das poucas doenças que dão origem a muitas opiniões diferentes para a terapia, principalmente com o tipo de insulina usada, o tipo de dieta, escolha das drogas hipoglicemiantes orais. O ponto básico objetiva capacitar o paciente para viver seu tempo de vida como um membro da sociedade, útil e produtivo, sem alterar radicalmente seus hábitos e seu meio de vida.

Por ser uma doença epidemiológica importante, atingindo 7 a 10% da população, sendo 80 a 90% do tipo 2, implica em gastos de alto custo para qualquer governo tornando-se imprescindível o seu controle, com ações no sentido de diminuir ou minimizar sua incidência e complicações.

O acesso efetivo aos serviços de saúde, garantia de qualidade do tratamento, educação e adesão dos portadores de diabetes reduziriam a carga da doença (TOSCANO, 2004)

## **A Metodologia Problematizadora**

O Centro de Saúde da Comunidade da Unicamp (CECOM) foi criado em 1986 com o objetivo de atender alunos, funcionários e docentes da universidade. Tem a função de prestar assistência primária realizando ações curativas, preventivas e de promoção à saúde. É constituído pelos serviços de clínica médica e especialidades: dermatologia, oftalmologia, cardiologia, endocrinologia e ginecologia. Ainda conta com equipes da saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, fisioterapia, nutrição, enfermagem e assistência social.

Dentro das ações de prevenção e promoção a saúde disponibiliza para a comunidade interna ações coletivas e atendimento individual para algumas doenças crônicas degenerativas do tipo Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus. O Programa de Diabetes atua no CECOM desde o ano de 1986 e conta com médico, enfermeira, psicóloga, assistente social e nutricionista. Tem como objetivo assistir aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, envolvendo-os no processo de auto-cuidado e também motivá-los a desenvolver suas capacidades em potencial, para agirem com autonomia, segundo seu estilo de vida, idade, rotinas e exigências da vida cotidiana.

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) tem como um dos objetivos dos programas de educação em diabetes a longo prazo, melhorar o estado de saúde e da qualidade de vida, reduzindo ou prevenindo as complicações crônicas (SBD, 2007).

O tratamento do Diabetes Mellitus tem como meta, atingir o controle metabólico, melhorar as habilidades de auto tratamento, prevenir e retardar as complicações crônicas dos pacientes, minimizar as complicações agudas e promover um estilo de vida que colabore em melhorias na qualidade de vida.

Para atingir estes objetivos o Programa de Diabetes no CECOM tem uma rotina de atendimento aos pacientes, onde se desenvolve consultas médicas e de enfermagem, alternadamente e consultas com psicóloga, assistente social e nutricionista. Este atendimento é individualizado e realizado em consultório por profissionais do programa. Entretanto, a

abordagem educativa é complementar e constitui uma estratégia importante no alcance dos objetivos do tratamento.

Rickheim et al. (2002) demonstram que a educação realizada de forma individual (através de consultas com nutricionistas e/ou enfermeiras) comparada com o grupo de pacientes utilizando a mesma metodologia sistematizada de educação foi equivalente na melhora do controle metabólico, porém o grupo foi considerado melhor com relação ao custo/benefício.

A Educação em Saúde para Diabetes deve ser reconhecida como parte do tratamento e qualquer iniciativa pedagógica no sentido de buscar a modificação comportamental para o controle efetivo da doença deve ser considerada. Dividir experiências, compartilhar anseios, respeitando a cultura geral de cada pessoa e proporcionar competências para o desenvolvimento de uma autonomia com certeza ajudarão os pacientes a entender mais sobre a doença e a se cuidarem melhor.

Nesse tipo de atividade, o paciente se identifica com outros indivíduos com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Com isso, passa a compartilhar das experiências de todos, a discutir buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus e usar os serviços de saúde quando houver necessidade.

Devido ao fato de que todos os atendimentos são realizados durante os horários de expediente dos participantes no início do trabalho desenvolvido pelo programa, as reuniões eram semanais num total de oito encontros com duração de 01 hora. No entanto, no decorrer da década de 1990 vários fatores negativos à metodologia abordada foram analisados e mostraram a necessidade de mudança na abordagem educativa. Os dois fatores que mais contribuíram para a mudança foi que os profissionais sentiam a necessidade de empregar técnicas problematizadoras que pudessem obter uma participação mais ativa dos membros do grupo, colocando os pacientes como sujeitos do tratamento. Outro fator era buscar uma alternativa, um método, que não exigisse a vinda dos funcionários/pacientes ao CECOM com frequência semanal, pois isto ocasionava ausências às atividades do programa e comprometia a dinâmica interna do grupo.

A mudança na metodologia e no número dos encontros, que antes era através de oito encontros com o método tradicional e aulas expositivas passou a ser em módulo único, em um encontro e pautada em uma proposta de educação problematizadora e na interdisciplinaridade, buscando uma atitude ativa e participativa do paciente em relação ao controle de sua doença, relativas às decisões, opções e ações ajudado pela equipe que o acompanha no programa.

A disciplina em relação ao tratamento passa a ser realizada de dentro para fora, autonomamente. (FREIRE, 1983).

Por outro lado, a visão interdisciplinar ultrapassa a justaposição de conhecimento e habilidades dominados entre os vários profissionais, pois o relacionamento dinâmico não deixa as visões estanques à sua própria especialidade mas se expande em um trabalho mais conjunto que supera o domínio de cada área (MARCELLINO, 1994 e FAZENDA, 1994)

No decorrer da década de 2000 a experiência desta abordagem educativa mostrou resultados muito positivos ao longo dos vários encontros e que repercutiram diretamente no controle da doença e no estímulo ao auto-cuidado do paciente.

### **Considerações Finais**

Atualmente mantemos essa dinâmica da abordagem problematizadora, em que o paciente é convidado a participar de um único encontro, onde são distribuídas entre os participantes várias figuras para que as pessoas possam escolher, relacionar a figura com algo positivo ou negativo em sua vida e explicar esta relação com os aspectos importantes que interferem na sua qualidade de vida. A partir daí, abre-se a discussão dos porquês de cada figura e o que representa de bom ou ruim para o diabético. Esta discussão e reflexão é direcionada para o dia a dia de cada um, principalmente quantos às questões ligadas à alimentação, lazer e atividade física.

Participam dessa dinâmica todos os membros da equipe envolvida com o grupo (médico, enfermeira, nutricionista, assistente social, psicologia) e assim cada um contribui com seu próprio referencial teórico, inerente à sua profissão complementando, às vezes, a discussão de seu colega (BOOG ET al, 1999).

Dessa forma o paciente sente-se mais próximo do profissional pois há uma troca de idéias e informações e ele pode perceber que não há soluções mágicas para sua doença, que a equipe não pode resolver mas sim apontar qual o melhor caminho para que ele mesmo possa desenvolver formas de auto cuidado, tanto em sua alimentação, quanto ao uso das medicações, realização de atividades físicas e outros cuidados (pés, lesões, sinais de complicações). A equipe entende que é necessário que a pessoa aprenda a se conhecer, saber os limites de sua doença, os limites do que cada profissional pode fazer por ele. Na discussão que se abre no grupo isso é esclarecido, pois ele percebe-se entre pares e nessa troca de informações (profissional ↔ paciente ↔ grupo) a pessoa pode ou tem a oportunidade de verificar que, muitas vezes, a mesma dificuldade que ele tem, seu colega também o teve e pode adequar a solução à sua própria vida, ou ao menos perceber que pode não haver de fato solução mas ir tomando consciência do que deve ser feito (ex: “porque não posso mais comer um churrasco todo final de semana...”).

Estes aspectos são, obviamente, temas e conceitos de qualquer estudo, porém, percebe-se que o diabético sente-se melhor e aceita-se mais facilmente pois se identifica com os outros, podendo ter os mesmos sofrimentos e mesmas dificuldades. Muitos deles retornam aos encontros voluntariamente, indicando que ele necessita e deseja apoio e reforço constante das suas ações, de seus hábitos, suas rotinas perante seus iguais e a equipe. Ao mesmo tempo deseja ser lembrado sobre o que falta para seguir corretamente o que lhe foi orientado, traçando metas a serem realizadas e mesmo que ele não consiga, quando exterioriza frente ao grupo essas metas, ele está tentando firmar novos compromissos consigo mesmo.

Mudanças de comportamento tão significativas quanto as que se esperam do paciente diabético, não podem ser impostas e somente se fazem ao longo do tempo, com a compreensão da necessidade de mudança. Sensibilizar os diabéticos para compreender essa necessidade de alterações pessoais no estilo de vida é papel fundamental dos profissionais, envolvidos com o tratamento do diabetes (GROSSI, 2009).

Com esse modelo de atendimento deseja-se fazer com que a adesão do paciente ao tratamento seja maior pois procura-se mostrar a ele que um bom auto gerenciamento de seu tratamento influencia diretamente no curso de sua doença, portanto, em melhoria na qualidade e perspectiva de vida.

### Referências Bibliográficas

- BOOG, M.C.F.; TREVISANE, R.C.G.; ALBERTIN, R.C. RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROGRAMA EDUCATIVO PARA DIABETES EM MODELO ÚNICO. *SAÚDE EM REVISTA*. UNIMEP, VOL. 1, N. 2, PAG. 25-32, JUL./DEZ. 1999.
- FAZENDA, I.C.A. *INTERDISCIPLINARIDADE: HISTÓRIA, TEORIA E PESQUISA*. CAMPINAS: PAPIRUS, 1994.
- FREIRE, P. *PEDAGOGIA DO OPRIMIDO*. 14 ED. ED. RIO DE JANEIRO: PAZ E TERRA, 1983.
- GROSSI, S.A.A. O MANEJO DO DIABETES MELLITUS SOB A PERSPECTIVA DA MUDANÇA COMPORTAMENTAL. IN: *CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM DIABETES MELLITUS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*. SÃO PAULO, PÁG 18 – 31, 2009.
- MALAFAIA, S. EDUCAÇÃO: A MELHOR FERRAMENTA PARA O CONTROLE DE DIABETES. *REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*, VOL. 14, N. 02, P. 9-11, AGOSTO 2007.
- MARCELLINO, N.C. *DEPARTAMENTALIZAÇÃO E UNIDADE DAS CIÊNCIAS SOCIAIS*. IN: MARCELLINO, N.C. (ORG.). *INTRODUÇÃO ÀS CIÊNCIAS SOCIAIS*. CAMPINAS: PAPIRUS, 1994.
- RICKHEIM, P.R.; WEANER, T.W.; FLADER, J.L.; KENDALL, D.M. *ASSESSMENT OF GROUP VERSUS INDIVIDUAL DIABETES EDUCATION*. *DIABETES CARE*, 25: 74 – 269, 2002.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). DIRETRIZES SBD/2007. *EDUCAÇÃO DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS*, P. 156 – 158, GESTÃO 2006/2007.
- TOSCANO, C.M. AS CAMPANHAS NACIONAIS PARA DETECÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. N. 9 (4): 885 – 895, 2004.





***Programa Preventivo para Dor  
Orofacial e Disfunção das Articulações  
Temporomandibulares (ATM)***

***Ana Paula Sereni Manfredi Moreira***

*Cirurgiã Dentista do Cecom  
Mestre em Ciências Médicas (FCM-UNICAMP)*

***Lila Lea Cruvinel***

*Cirurgiã Dentista e Supervisora de Odontologia  
Especialista em Saúde Coletiva (FCM-UNICAMP)*

***Paula Próspero Borelli Bortolletto***

*Cirurgiã Dentista do Cecom-UNICAMP  
Especialista em Dor Orofacial e Disfunção das ATM.*

**Introdução**

“A educação em saúde deve ser norteada como capaz de desenvolver nas pessoas a noção crítica das causas reais de seus problemas e, ao mesmo tempo, criar prontidão para atuar no sentido da mudança. Assim, a educação para a saúde bucal deve fazer parte da educação para a saúde geral, visando à mudança de comportamento necessária à manutenção, recuperação e promoção da saúde. (PINTO, 2000)

Algumas pessoas consideram a medicina convencional deficiente ou incapaz de aliviar as dores crônicas e incômodas, ou os sintomas de estresse e ansiedade. Outras estão insatisfeitas com o modo como funciona o sistema de saúde moderno - grandes listas de espera, procura por especialistas, restrições financeiras [...]. Elas sentem que o papel dos

“pacientes passivos” não lhes fornece informações o bastante sobre seu tratamento e sua cura. Os indivíduos estão se tornando cada vez mais “consumidores de serviços de saúde”- adotando uma postura ativa diante de sua própria saúde e bem estar (GIDDENS, 2005).

Os profissionais de saúde devem trabalhar de forma integrada entendendo o paciente/doente e sua relação com a doença, para oferecer um suporte amplo visando não somente a erradicação da causa, mas, também a melhora da qualidade de vida dos pacientes, no plano funcional e emocional. Assim ocorre um aumento na eficácia e na adesão ao tratamento.

O paciente passa a ser ativo e participante na escolha do que é melhor para ele e para o seu tratamento, além de ser visto como um todo (ambiente no qual trabalha, se é uma pessoa ativa fisicamente, questões emocionais e sociais etc.). Este deverá estar consciente que os profissionais podem oferecer muita ajuda, mas a grande porcentagem da sua melhora advém do seu próprio olhar sobre a sua doença. Um olhar de adaptação e de busca de todas as ferramentas possíveis, de forma que a doença, mesmo sendo limitante, não impeça de viver com boa qualidade.

Atualmente, por meio das pesquisas, sabemos que a medicina considerada alternativa (não convencional), vem oferecendo uma sintonia muito apurada com a medicina curativa para elevar o bem estar do doente.

Considerando a inexistência de um programa de prevenção similar na especialidade das Disfunções temporomandibulares (DTM), pois a maior ênfase têm-se dado aos procedimentos curativos, o trabalho que estamos apresentando é considerado uma importante inovação tecnológica para o tratamento desta patologia.

No serviço odontológico do Centro de Saúde da Comunidade - CECOM - UNICAMP, a procura pelo tratamento de DTM estava aumentando a cada ano, provavelmente relacionada ao produto dos tempos modernos, juntamente com o estresse, ansiedade, depressão, fadiga, insônia e dores crônicas que são doenças relacionadas às sociedades industrializadas. Foi identificado pelos profissionais que ações que propiciassem somente o alívio na dor dos pacientes, sem a

conscientização e esclarecimentos da causa da doença, não era suficiente. É importante que ele se torne parte integral do seu tratamento.

Os procedimentos de caráter preventivo, na área da saúde, além de terem baixo custo, abrangem um grande número de pessoas e foi com a visão focada no coletivo/preventivo, que este trabalho foi desenvolvido. O impacto na qualidade de vida é muito grande ao educarmos os pacientes em relação:

- causa multifatorial da DTM, pois ao realizarmos intervenções preventivas, o paciente deixa de ser encaminhado a um especialista da área médica sem haver necessidade.
- hábitos como a postura ao dormir, o posicionamento no trabalho, no computador e o uso errado do telefone. Nós observamos e corrigimos a postura das pessoas no próprio ambiente de trabalho, segundo as orientações fisioterápicas.
- Sobre a importância fundamental do estresse como causa principal ou aumento da sintomatologia.

### **As dores na cabeça, face e pescoço**

As dores craniofaciais são altamente prevalentes na população em geral e motivo freqüente de procura assistencial à saúde. As patologias do aparelho mastigatório ou estomatognático, que é composto pelos dentes, músculos da mastigação e das articulações temporomandibulares (ATM), são grandes contribuintes nas causas de dores faciais, e também de cefaléias secundárias, como é reconhecido pela Sociedade Internacional de Cefaléias (IHS, 1998) (SIQUEIRA, 1999a).

As Desordens Temporomandibulares (DTM) ou Desordens Craniomandibulares (DCM) são enfermidades que incluem vários sinais e sintomas envolvendo músculos mastigatórios e a articulação temporomandibular (ARANA, 1997). Compreendem um grupo de patologias, dolorosas ou não, da região orofacial que se caracterizam pela presença de um conjunto de sintomas como: estalidos à movimentação de abertura da

boca, crepitações nas articulações, a sensação de desencaixe dos dentes mandibulares com os maxilares, movimentos mandibulares limitados ou assimétricos, dificuldades à mastigação e à deglutição, cefaléias frontais e temporais, e dores irradiadas para a região pré-auricular e cervical, bem como dores nos dentes provenientes de parafunções noturnas ou diurnas (OKESON, 1998b).

A dor à qual os indivíduos se referem não é de origem neurológica, psicogênica ou visceral, e as dores periodontal, dentária ou cutânea também foram excluídas dessa definição (DE BOEVER e CARLSSON, 2000). Esses sinais e sintomas podem ou não estar relacionados com alterações funcionais do sistema estomatognático (DWORKIN et al., 1990b e ASH, 1986).

A perda da integridade estrutural, a função alterada ou esforços biomecânicos aplicados no sistema estomatognático podem comprometer a adaptabilidade e aumentar a probabilidade de disfunção ou patologia. Esse comprometimento é que nos leva a crer que dores locais nas ATM, ou mesmo dores irradiadas pela face, frente e orelhas, sejam resultado de um somatório de fatores (MARBACH et al., 1990).

Aparentemente, fatores emocionais estressantes atuando sobre estruturas anatomicamente desequilibradas foram coadjuvantes nos pacientes portadores das DTM (McCREARY et al., 1991).

Os estudos epidemiológicos transversais em populações de adultos mostram prevalência de 40 a 75% dos indivíduos com pelo menos um sinal de DTM, como anormalidades de movimento, ruído articular, dor à palpação dos músculos mastigatórios etc. Aproximadamente 33% das pessoas têm no mínimo um sintoma como dor facial, dor articular etc (DWORKIN et al., 1990a). Alguns sinais parecem ser relativamente comuns em populações de indivíduos saudáveis como sons articulares ou desvios de abertura da boca que ocorrem em aproximadamente 50% destes. Outros sinais são raros, como, por exemplo, às limitações de abertura de boca, que ocorrem somente em 5% dos indivíduos. Em relação ao gênero, quando os sintomas individuais são avaliados separadamente, as mulheres apresentam mais cefaléia, estalos e dores na ATM e dor muscular que os homens (OKESON, 1998b).

Em estudo epidemiológico para DTM realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (MANFREDI, 2005), verificou-se grande prevalência da doença, com níveis de dor moderado e forte entre mulheres e homens jovens (87.0% das mulheres na faixa etária de 17 a 24 anos, 89.7% das mulheres na faixa etária de 25 a 44 anos e 86.2% das mulheres na faixa etária de 44 a 63 anos e 72,5% dos homens na faixa etária de 17 a 24 anos).

### **O Programa de Prevenção em DTM na População da UNICAMP**

Este programa tem como objetivo identificar e tratar alunos, funcionários e professores portadores de DTM, por duas dentistas especialistas em Dores Orofaciais e DTM. É realizado nos Institutos e Faculdades da UNICAMP, por meio de procedimentos coletivos e, também, abordagem individual, com caráter preventivo e curativo da doença. Os casos mais severos são encaminhados para o ambulatório odontológico. A UNICAMP mantém um ambulatório de saúde que oferece tratamentos fisioterápicos, médicos, psicológicos e odontológicos, chamado Coordenadoria de Serviço Social (CSS) / Centro de Saúde da Comunidade CECOM. Neste serviço, o ambulatório de Odontologia vem prestando atendimento a pacientes com queixas de DTM desde 1988.

#### **Primeira etapa:**

O projeto tem sido apresentado pela coordenadoria do CSS/CECOM às diversas unidades, faculdades e institutos, como parte da política de melhoria de condições de trabalho e qualidade de vida. Faz-se a seleção do público alvo pensando nas atividades realizadas pelos funcionários e alunos. O trabalho teve início na DAC (Diretoria Acadêmica) visando a postura no computador e no Instituto de Artes/ curso de dança e música, visando a sobrecarga da musculatura trabalhada.

Utiliza-se slides ou *data show* com o objetivo de apresentar e esclarecer sobre a doença. Além de ter caráter preventivo e curativo em DTM, abrange também outras especialidades na

área preventiva como o exame de câncer bucal, orientações sobre higiene bucal, apnéia e ronco.

Após a palestra é aplicado um questionário, baseado no questionário recomendado pela the American Academy of Orofacial Pain-AAOP, para triagem da DTM para cada participante. A seleção é realizada segundo critérios definidos em pesquisa realizada previamente (MANFREDI, SILVA e VENDITE, 2001).

### **Segunda etapa:**

Os usuários são chamados por meio de e-mail ou contato telefônico para agendamento de horário para atendimento individualizado, no próprio local de trabalho, no intuito de diagnosticar a presença da doença, utilizando uma ficha de anamnese direcionada para os sinais e sintomas da doença. A exploração é realizada de forma direta e indireta pelas dentistas, com perguntas direcionadas à causa principal das dores e através da palpação da ATM e dos músculos da face, ombros e pescoço. Avalia-se também a presença de algum outro tipo de problema bucal que necessite de encaminhamento para tratamento. Estas informações podem também quantificar e qualificar a presença de cefaléia e dificuldades em movimentos normais da boca como abertura de boca e lateralidade bordejante, estalidos ou crepitação nas ATM.

Portanto, na abordagem individual são avaliadas as queixas, qual o seu nível de dor e são passadas orientações de mudanças de hábitos nocivos como o apertar de dentes diurno, onicofagia, ranger de dentes, etc. Além disto são realizadas orientações sobre correções posturais mandibulares e exercícios de alongamento que tem por finalidade amenizar/erradicar os sintomas dolorosos, na face, pescoço e ombros e exercícios para fortalecer a musculatura estomatognática. São entregues orientações por escrito, de como dormir melhor e quais atitudes tomar para diminuição do estresse cotidiano. Com esta abordagem, no local, ocorre uma diminuição do tempo gasto de locomoção das pessoas do local de trabalho até o ambulatório.

## **Considerações Finais**

É um grande desafio promover saúde na coletividade de forma ativa, a partir do momento em que necessitamos colaboração da coordenação dos institutos para propagar e reunir as pessoas interessadas, além da disponibilidade de local apropriado para as palestras e o atendimento individual. Isto nem sempre é fácil, (muitas vezes para conseguirmos o nosso objetivo, trabalhamos em lugares precários como em balcões, nos canteiros de obras), mas durante todos estes anos obtivemos preciosa ajuda das pessoas responsáveis pelos departamentos.

A repercussão no impacto da qualidade de vida das pessoas que participam do Projeto, segundo os relatos destes, na ocasião do controle realizado durante os retornos, é positivo. O resultado é que um grande número de pessoas relata a melhora ou a cura da sintomatologia, portanto, sem necessidade da procura por tratamento.

Além da dinâmica em grupo sobre as dúvidas durante a palestra, outro ponto muito importante observado no desenvolvimento deste projeto no coletivo, é a grande propagação das informações, das pessoas que assistiram à palestra, para as pessoas próximas, ampliando a abrangência da prevenção em saúde.

O Projeto preventivo teve início em 2005 com dez unidades e institutos e continua em andamento, com um total de 792 pessoas que participaram da palestra educativa em prevenção, 129 que foram atendidas no ambiente de trabalho e apenas 60 encaminhadas ao CECOM. Com estes resultados podemos observar a diminuição da demanda de pacientes tratados no ambulatório com a doença já instalada e o principal: a doença sendo tratada em seus estágios iniciais ou até mesmo antes da injúria.

## Referências Bibliográficas

- ARANA, A. R.S. *INFLUÊNCIA DA NEUROESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (TENS) NO TRATAMENTO DE INCORDENAÇÃO DO COMPLEXO CÔNDILO-DISCO*. PIRACICABA, 1997. (DISSERTAÇÃO MESTRADO-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS).
- ASH M. M. CURRENT CONCEPTS IN THE AETIOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TMJ AND MUSCLE DYSFUNCTION. *J ORAL REHABIL*. 13:1-20, 1986.
- DE BOEVER, J. A.; CARLSSON G. E. *ETIOLOGIA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL*. IN: ZARB G. A.; CARLSSON, G. E.; SESSLE, B. J. ET AL. *DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOS MÚSCULOS DA MASTIGAÇÃO*. SÃO PAULO, ED. SANTOS, 2000.p. 171-87.
- DWORKIN, S. F.; HUGGINS, K. H., LE RESCHE, L. ET AL. *EPIDEMIOLOGY OF SIGNS AND SYMPTOMS IN TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS: CLINICAL SIGNS IN CASES AND CONTROLS*. *J AM ASSOC* 120(3):273-81, 1990A.
- DWORKIN S.F.; LE RESCHE L.; DE ROUEN, T. ET AL. *ASSESSING CLINICAL SIGNS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS. RELIABILITY OF CLINICAL EXAMINERS*. *J PROSTHET DENT*, 63(5): 574-79, 1990B.
- GIDDENS, A. *SOCIOLOGIA DO CORPO: SAÚDE, DOENÇA E ENVELHECIMENTO*. 4ª ED. PORTO ALEGRE, ARTMED ,2005: P.129 E 140.
- MARBACH, J.J.; RAPHAEL, K.G.; DOHRENWEND, B.P. ET AL. *THE VALIDITY OF TOOTH GRINDING MEASURES: ETIOLOGY OF PAIN DYSFUNCTION SYNDROME REVISITED*. *J AM DENT ASSOC*, 120(3):327-333, 1990.
- MCCREARY,C.P.; CLARK, G.T.; MERRIL, R.L. ET AL. *PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND DIAGNOSTIC SUBGROUPS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDER PATIENTS*. *PAIN*, 44(1):29-34, 1991.
- MANFREDI, A. P.; SILVA, A.A.; VENDITE, L. *AValiação DO QUESTIONÁRIO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, RECOMENDADO PELA ACADEMIA AMERICANA DE DOR OROFACIAL*. *REV BRAS OTORRINOLARIG*, 67(6),763-8, 2001.



MANFREDI, A. P. S. *ESTUDO DA MANIFESTAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) INFLUENCIADA PELO ESTRESSE NA POPULAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA*. CAMPINAS, 2005. (DISSERTAÇÃO MESTRADO-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS).

OKESON, J. P. *DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DAS DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES*. IN: OKESON, J. P. *DOR OROFACIAL. GUIA PARA AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO*, SÃO PAULO: ED. QUINTESSENCE, 1998, p. 113-184.

PINTO, V. G., *SAÚDE BUCAL COLETIVA* – ED. SANTOS, 2000.

SIQUEIRA, J. T. T. *DOR OROFACIAL/DTM/CEFALÉIAS-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL*. IN: SIQUEIRA, J. T. T.; CHING, L. H. *DOR OROFACIAL/ATM. BASES PARA O DIAGNÓSTICO CLÍNICO*. CURITIBA: ED. MAIO, 1999. p.83-105.



## ***Whoqol – Antes, Durante, Depois e Agora***

***Aguinaldo Gonçalves***

*Médico do Trabalho, Professor Titular de Saúde Coletiva e Atividade Física, FEF, Unicamp*

### **Resumo**

Através de texto exploratório e indicativo, busca-se situar algumas inflexões relevantes, destacamente da realidade sanitária brasileira, que vêm demarcando estes menos de vinte anos de existência do instrumento oficial da Organização Mundial da Saúde para registro e avaliação da Qualidade de Vida de diferentes populações, concebido para medir, além dos “anos acrescentados à vida”, “a vida acrescentada aos anos”, no sentido de apreender o impacto do estado de saúde sobre a capacidade de as pessoas construírem seu dia a dia. Figuram especificamente como expressivas as situações de: i) criação, consolidação e evolução do Sistema Único de Saúde, como a mais democrática e extensa forma de fazer saúde; ii) avanços registrados no controle e tratamento do síndrome de imunodeficiência adquirida; iii) contínua elevação da incidência da endemia hanseniana, inobstante a adoção da poliquimioterapia; iv) aparente diversidade entre duas formas antípodas de conceber, compreender e medir a qualidade de vida, e sobretudo v) possibilidade de transcender-se a dicotomia Condições de Vida – Estilo de Vida inerente à Qualidade de Vida, através da prática solidária do protagonismo social.

## **Whoqol**

Sucedendo iniciativas reconhecidamente limitadas (Unesco, 1979), surgiu, no interior da Organização Mundial da Saúde (OMS), em meio a amplas discussões conceituais a respeito, o Grupo de Qualidade de Vida, identificado como Whoqol, que passou a ser o responsável oficialmente pela área na instituição. A sigla foi adotada para designar também conhecida produção dessa equipe, o questionário aí formulado com vistas a explicitar diagnósticos de realidades em todo o mundo, com economia de logística e perspectivas de comparabilidade, a respeito de aspectos mais amplos e subjetivos da relação saúde – doença, que não estritamente a manifestação de sinais e sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, tornando-se, nos ensaios clínicos randomizados, a terceira dimensão analisada, além da eficácia e da segurança da droga sob teste.

Na linguagem oficial da instituição, foi o instrumento encontrado para superar a preocupação corrente de acrescentar “anos à vida” pela adição de “vida aos anos”, confundindo-se com a conotação de “condições de saúde” no sentido de apreender o impacto do estado de saúde sobre a capacidade de as pessoas construírem seu dia a dia.

Concebido originalmente para aplicação através da coleta de respostas a cem perguntas ordenadas em seis grandes áreas (identificadas como domínios, a saber: o físico, o psíquico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade), reduziu-se posteriormente, com o uso, para quatro componentes principais, dado que as questões referentes ao terceiro foram incluídas no quarto e as do sexto, no segundo (Gonçalves; Vilarta, 2004).

## **Antes**

Vindo à lume no início dos anos 90, o referido instrumento foi gestado no final da década de 80, quando o mundo ainda era um distúrbio bi-polar atravessado pela guerra fria. Cumpria seguirem-se regras estritas do jogo adotado para que limites perigosos não fossem ultrapassados, pelo que a mente

coletiva ocidental precisava alimentar-se de utopias reconfortantes, como o ainda entendimento da saúde na categoria de “completo bem estar físico, psíquico e social”.

Realistas, porém, eram as doenças que cresciam vertiginosamente em número e gravidade, como a AIDS com seus patamares pioneiros de ocorrência, que nos dias atuais entristecem à mera lembrança: sobrevivência de 50% em dois anos e meio após o diagnóstico e letalidade de 100% em cinco anos (Gonçalves, Gonçalves, 1985).

Também a hanseníase, reconhecida como negligenciada a exigir coquetel terapêutico até então não ousadamente pensado e mesmo nem suficientemente avaliado, espalhava controvérsias em nosso meio, com a OMS a defender posição a respeito para o controle, que não era totalmente endossada por especialistas e autoridades setoriais brasileiras: a evolução posterior dos fatos veio demonstrar que os nacionais tinham lá sua razão, porque a incidência da endemia vem mantendo crescimento contínuo (Gonçalves; Gonçalves, 1986).

### **Durante**

Foi nesse mundo conservativo, com invasão tecnológica e tudo, que o Whoqol floresceu e vicejou. Sim, demandaram-se instrumentos que gerassem muitas informações novas para manter desigualdades e iniquidades tal e qual. A ampliação da adoção foi tanta que o periódico científico que o acolheu tão entusiasticamente de início (Quality of Life Research), chegou a vetar publicação para textos que tão somente descrevessem seu comportamento em diferentes segmentos populacionais ou distintas áreas geográficas. O excesso de oferta não foi centrado só nele, mas igualmente em sucedâneos que, à sua sombra, medraram para uso clínico, como o SF-36 de tão largo emprego (Del Vecchio et al, 2006), tanto quanto em outros assemelhados, para utilização em patologias específicas, estimados já há dez anos em mais de mil (Paschoal, 2001), a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos com crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas.

## Depois

Fatos como a queda do muro de Berlim, no entanto, vieram romper esse equilíbrio cuidadosamente construído e o capitalismo avançado deslanchou. Instalou crises profundas, concentrou poderes, excluiu mais e apontou para destruições caóticas. Necessitou-se, então, buscar sínteses entre ordenamentos e fantasias anteriores.

Até por ação predominantemente da Organização Mundial da Saúde, saúde tornou-se movimento concreto de “Cidades Saudáveis” a espalhar-se da América para o mundo (Gonçalves, 1996), sustentado na policromia da hereditariedade – meio ambiente – prestação de serviços - estilo de vida, animado por expressões como “Desenvolvimento Sustentável” e “Responsabilidade Social” (Gonçalves et al, 2006) e operando diretamente por quatro pilares recém descobertos, o empoderamento, a governança, a interlocução e a transparência (Gonçalves, 2005).

Instalaram-se, assim, no âmbito oficial internacional do setor, duas formas antípodas de conceber, compreender e medir a qualidade de vida. A do Whoqol, apropriada, como já referido, pelas ciências biomédicas e centrada na quantificação das conseqüências dos agravos nos indivíduos e esta outra, a da sustentabilidade, de cunho aparentemente social, voltada à conquista da saúde pela coletividade. Autores vêm reconhecendo, no entanto, que a referida diferença superficialmente tão meridiana de concepções e práticas, seria, na realidade, mais um constructo para consumo externo e que encerrariam elas significados em mesmas direções. Vale dizer, o grande capital e o deus mercado teriam reconhecido e agido no sentido de que, para permanecerem, impõe-se-lhes ampliar o espectro de consumidores cativos, i.e., o grande só sobrevive se o pequeno subsiste.

Contrariamente, em nosso país, toda a sofrida e contraditória evolução do Movimento Sanitário constituiu insofismável avanço na medida em que tem produzido resultados socialmente legítimos e historicamente irreversíveis, como a criação, consolidação e evolução do Sistema Único de Saúde, como a mais democrática e extensa forma de atingir a todos

estratos populacionais, operando com princípios plenamente vitoriosos de universalidade, integralidade, regionalização e controle social (Gonçalves, 2004).

Este, de fato, tornou-se efetivado através de colegiados diretivos a partir do nível federal, onde se erege no Conselho Nacional de Saúde, e se reproduz nos planos municipal, estadual e local em todas as unidades federativas, através dos conselhos constituídos por representantes das várias categorias ocupacionais do setor, de grupos de pressão, de produtores culturais, das organizações de servir, enfim dos segmentos organizados da sociedade. Nesses órgãos são tomadas as decisões políticas e setoriais amplas da cotidianeidade da respectiva área de abrangência, na perspectiva de que, surgindo do interior dessa experiência pluralista, instaurem-se novas relações.

### **Agora**

Já se fala no processo “Saúde-Doença-Cuidado-Qualidade de Vida” (Pedrosa, 2006), instalado sobre dois opostos. Paradigmaticamente, recolhe-se outra aparente dicotomia no pensar e agir: de seu lado, Santos (2005) lembra que remonta “à época de Hipócrates o conceito de que os fatores ambientais e o estilo de vida influenciavam a gênese das enfermidades”, enquanto Fleury (2006) menciona Qualidade de Vida entendendo-a explicitamente como seguridade social, saúde e desenvolvimento. Uma síntese, no entanto, é possível e é nela que trabalhamos: trata-se do conceito e prática de “protagonismo social” que já desenvolvemos algures.

Com isso se quer reconhecer que, na segmentada rede de determinação da Qualidade de Vida, o enorme fosso existente entre as limitações materiais das Condições de Vida e a ilusória decisão pessoal do Estilo de Vida pode ser reduzido pela atuação cidadã de condutas solidárias transparentes e auto-decididas, implementadas pelo fazer coletivo. Reconhecidamente, isto é difícil, mas lembrando a assertiva do cientista social, desconhecendo que é impossível, as pessoas vão à luta e conseguem. Iniciativas populares recentes do chamado movimento social no país têm exercitado essa prática na centralidade, como se viu, para citar apenas um exemplo,

no enfrentamento à corrupção de governantes de diferentes agremiações partidárias.

### **Agradecimentos**

Registro reconhecidamente as discussões pioneiras travadas com o Prof. Gustavo Luis Gutierrez que vieram inspirar o texto acima

### **Referências Bibliográficas**

- DEL VECCHIO, F. B.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R.; FARIA, M. M.; VILARTA, R. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS CONTAMINADAS POR MERCÚRIO EM AMBIENTE URBANO-INDUSTRIAL PELA APLICAÇÃO DO SF-36. *REV. BRAS. MED.* v.63, n.11, p. 578-582, 2006.
- FLEURY, S. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: O SUS NA SEGURIDADE SOCIAL E O PACTO PELA SAÚDE. *SAÚDE EM DEBATE* v.30, p. 321-330, 2006.
- GONÇALVES, A. A CONTRIBUIÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A ÁREA DE EDUCAÇÃO FÍSICA/CIÊNCIAS DO ESPORTE. *REV. BRAS. CIÊNC. ESP.* v.17, n.2, p.161-166, 1996.
- GONÇALVES, A. EM BUSCA DO DIÁLOGO DO CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTILO DE VIDA. IN: VILARTA, R. (ORG) *QUALIDADE DE VIDA E POLÍTICAS PÚBLICAS*. CAMPINAS, UNICAMP/EDITORIAL IPES, 2004.
- GONÇALVES, A. QUALIDADE DE VIDA. IN GONZALEZ, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E. *DICIONÁRIO CRÍTICO DE EDUCAÇÃO FÍSICA*. IJUÍ, UNIJUÍ, 2005. p.354-356.
- GONÇALVES, A. & GONÇALVES, N.N.S. SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA. *AGENDA EPIDEMIOLÓGICA CNPQ* v. 2, n.4, p. 3-5, 1985.
- GONÇALVES, A. & GONÇALVES, N.N.S. A POLIQUIMIOTERAPIA NA HANSENÍASE, COM ESPECIAL REFERÊNCIA AO BRASIL. *REV BRAS. MED.* v. 23, n.1-4, p. 5-10, 1986.



- GONÇALVES, A.; VILARTA, R. QUALIDADE DE VIDA: IDENTIDADES E INDICADORES. IN: \_\_\_\_\_(ORGS). *QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: EXPLORANDO TEORIA E PRÁTICA*. SÃO PAULO, MANOLE, 2004, p. 3.
- GONÇALVES, A; DESIDERIO, A ; GUTIERREZ, G. L . A RESPONSABILIDADE SOCIAL DAS EMPRESAS. *ORGANIZAÇÕES E DEMOCRACIA* v. 7, n.1/2, p.135-152, 2006.
- PASCHOAL, S.M.P. *QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO QUE PRIVILEGIA SUA OPINIÃO*. 2001. 263 F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM MEDICINA PREVENTIVA) FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2001. p.70
- PEDROSA, J. I. S. NOTAS SOBRE A EDUCAÇÃO POPULAR E A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. *SAÚDE EM DEBATE* v. 30, p.73-74, 2006.
- SANTOS, L. SAÚDE E MEIO AMBIENTE. COMPETÊNCIAS. INTERSETORIALIDADE. *REVISTA DE DIREITO DO TRABALHO*, SÃO PAULO v. 31, n.120, p. 133-158, 2005.
- UNESCO – INDICATEURS DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA QUALITÉ DE LA VIE. GENÈVE, *ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE*, 104p., 1979.



## ***Considerações sobre a Qualidade de Vida no Trabalho e o Estresse Ocupacional***

***Daniela de Almeida Martins***

*Mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco  
Diretora de Serviço da Divisão de Planejamento e Desenvolvimento da  
DGRH/UNICAMP*

Nos últimos 40 anos multiplicaram-se as interrogações acerca do bem-estar do homem no trabalho e o termo Qualidade de Vida (QV), freqüentemente utilizado para explicar esse bem-estar, tornou-se cada vez mais popular, sendo usado de maneira desgastada e até banalizada.

No contexto das organizações, o termo Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), cunhado por Louis Davis nos anos 70, refletia inicialmente a preocupação com o bem-estar geral e a saúde dos indivíduos no desempenho de suas tarefas.

Segundo Beraquet (2005), o conceito de QVT vem se desenvolvendo desde então, tendo passado por diferentes caminhos e abordagens, enfatizando ora a reação individual do trabalhador às experiências de trabalho, ora a melhoria das condições e ambientes de trabalho.

Atualmente, o conceito de QVT envolve tanto os aspectos físicos e ambientais, como os aspectos psicológicos do local de trabalho, sendo utilizado com freqüência como um importante indicador das experiências humanas na organização e do grau de satisfação dos trabalhadores (CHIAVENATO, 2008).

Nessa mesma perspectiva, para Guimarães *et al.* (2004, p. 215).

A atual ênfase dada a QVT preocupa-se em humanizar os ambientes organizacionais, fazendo vistas ao cargo, às interações e às políticas presentes; sua tônica é um maior equilíbrio entre trabalho e lazer, indo além do que permeia a organização, no anseio de que um bem-estar se estenda para todos os ambientes que façam parte da vida do trabalhador (GUIMARÃES *et al.*, 2004, p. 215).

A gestão da Qualidade Total nas organizações contribuiu significativamente para essa tendência atual em relação à QVT, pois um de seus eixos fundamentais depende da otimização do potencial humano. Nesse contexto, a competitividade organizacional, na busca por níveis elevados de qualidade e produtividade, depende de quão bem as pessoas se sentem trabalhando na organização.

De maneira concordante, para Cortés Rubio (2003), a inclusão da satisfação laboral entre os atributos da gestão da qualidade nas empresas deriva da influência que a satisfação profissional exerce na qualidade do trabalho realizado. Portanto, ela deve estar contemplada dentro da organização como um dos pilares estruturais que favorecem o bom funcionamento e a qualidade do serviço prestado, partindo da afirmativa de que parece ser impossível satisfazer as expectativas do cliente externo sem buscar satisfazer às do interno.

Para esse autor, a satisfação profissional pode ser definida como “o grau de bem-estar que o indivíduo experimenta em relação ao seu trabalho”. Já o conceito de qualidade de vida profissional é

*[...] o sentimento de bem-estar que é derivado da percepção do indivíduo acerca do equilíbrio entre as demandas ou cargas do trabalho e os recursos (psicológicos, organizacionais e relacionais) de que dispõe para enfrentar essas demandas (CORTÉS RUBIO, 2003, p. 288).*

Nessa perspectiva, a *European Foundation* (2002) acrescenta que promover QV significaria promover a qualidade do

trabalho e do emprego tendo como ponto de partida os seguintes objetivos:

- Garantir a segurança na carreira e no emprego, assegurando a empregabilidade, a renda, a proteção social e o direito dos trabalhadores;
- Manter e promover a saúde e o bem-estar dos trabalhadores através dos cuidados à saúde e à exposição a riscos no trabalho, e de uma organização do trabalho mais adequada e eficaz;
- Desenvolver habilidades e competências através da qualificação, do treinamento, do desenvolvimento na carreira;
- Reconciliar a vida fora e dentro do trabalho através da redução ou adequação da extensão da jornada de trabalho, da flexibilização do tempo dedicado ao trabalho e da criação de estruturas sociais de apoio.

A partir dessas considerações, delinea-se uma clara aproximação entre os fatores relevantes para a promoção da QVT e os descritos como protetores para a saúde mental e para a satisfação no trabalho, que são investigados nos principais modelos de estresse ocupacional, devendo-se ressaltar que inúmeras pesquisas neste campo de estudos têm reconhecido consensualmente a relação entre Estresse Ocupacional e Qualidade de Vida.

Schnall (1998) e Levi (2001) destacam que, nas últimas décadas, o Estresse Ocupacional (traduzido dos termos em inglês "*job stress*" e "*work stress*") se transformou num problema altamente custoso e cada vez mais comum para os empregadores e empregados em todo o mundo, principalmente após os seguintes achados:

- O estresse relacionado ao trabalho pode levar a doenças físicas e mentais;
- Mesmo o estresse que não está relacionado com o trabalho pode se manifestar no ambiente de trabalho;

- O custo humano e econômico do estresse ocupacional é muito alto para todos os envolvidos;
- Esses custos podem ser reduzidos através da prevenção do estresse relacionado ao trabalho.

Para Paschoal e Tamayo (2004), o estresse ocupacional pode ser definido como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estímulos estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento (*coping*), provocam no sujeito reações negativas.

Entretanto, os autores alertam para a utilização pouco consistente do termo “estresse ocupacional”, em função da multiplicidade de pesquisas realizadas nesse campo, nas quais se observam divergências sobre o seu significado e sobre as formas de mensuração.

Dentro dessa perspectiva, podem-se dividir os estudos nesse campo como sendo baseados nos **estressores organizacionais** (estímulos do ambiente de trabalho que exigem respostas adaptativas por parte do empregado e que excedem sua capacidade de enfrentamento), nas **respostas do indivíduo** (respostas psicológicas, fisiológicas e comportamentais emitidas pelo indivíduo frente a fatores do trabalho que excedem sua habilidade de enfrentamento), ou nas **diversas variáveis presentes no processo estressor-resposta** (processo geral que consiste no enfoque mais completo englobando os anteriores) (PASCHOAL; TAMAYO, 2004)

Para o NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH, 1999), o estresse ocupacional pode ser definido como sendo

*as respostas físicas e emocionais nocivas que ocorrem quando as exigências do trabalho não são compatíveis com as capacidades, os recursos ou as necessidades do trabalhador, podendo conduzir a um estado de saúde precário e até a danos irreversíveis (NIOSH, 1999).*

Já a *European Commission* (1999) define o estresse relacionado ao trabalho como sendo

*causado pelo pobre equilíbrio entre nós e o nosso trabalho, por conflitos entre os nossos papéis no trabalho e fora dele, e por não haver um grau de controle razoável sobre nosso próprio trabalho e nossa própria vida (EUROPEAN COMMISSION, 1999).*

Segundo Levi (2001), os estressores ocupacionais surgem da organização social do trabalho e são mediados pela percepção, avaliação e experiência do indivíduo acerca das estruturas e processos do ambiente de trabalho (e.g., sobrecarga ou subcarga de trabalho, baixa margem de decisão).

Nessa mediação devem-se considerar os determinantes individuais que interferem na propensão de uma pessoa para manejar (podendo significar tolerar, dominar, minimizar), avaliar e reagir às demandas ambientais, tais como a personalidade, os hábitos e a maneira de pensar e de se comportar – as estratégias de enfrentamento pessoais ( *coping* ) (DIZ, 2002).

Para a autora acima citada, dentre os fatores mediadores do estresse, as estratégias de  *coping*  (enfrentamento) acabam desempenhando um papel crucial. Um outro importante mediador do estresse é o apoio social que possui uma função moderadora em relação à ação dos estressores. Segundo essa perspectiva, frente a eventos estressantes, as pessoas que contam com bons recursos sociais são capazes de mobilizá-los em seu auxílio (recebendo apoio emocional e informacional), e assim podem enfrentar os desafios de maneira mais eficaz.

Dessa forma, na definição de Levi (2001), a situação ocupacional, quando avaliada pelo trabalhador como sendo estressora, passa a ser um estímulo que interage com seu programa psicobiológico (mecanismos fisiológicos, e.g. produção hormonal; mecanismos psicológicos, e.g., ansiedade; mecanismos comportamentais, e.g., comportamento de risco), que poderá ser modificado ou moderado por variáveis interacionais, tais como o apoio social ou o repertório de estratégias de  *coping* .

Várias outras definições sobre estresse ocupacional poderiam ser aqui descritas, já que cada modelo teórico-conceitual

tende a priorizar um fator determinante ou mediador específico em detrimento do outro. Mas, assumindo-se neste artigo as colocações feitas por Paschoal e Tamayo (2004, p. 46),

*Apesar das peculiaridades de cada tipo de definição e de modelos existentes para explicar o estresse ocupacional, tem se constatado um consenso entre os estudiosos da área de que as percepções dos indivíduos são mediadoras do impacto do ambiente de trabalho sobre o indivíduo; para algo na organização ser um estressor, ele precisa ser percebido como tal pelo empregado (PASCHOAL; TAMAYO, 2004, p.46).*

Para o NIOSH (1999), as diferentes abordagens sobre o estresse relacionado ao trabalho diferem, principalmente, quanto à importância dada às características do trabalhador *versus* as condições do trabalho como a causa principal do aparecimento do estresse ocupacional. Uma tendência não ignora a outra, apenas prioriza determinado fator em relação ao outro. Entretanto, todos os pontos de vista vão apresentar uma importante similaridade: o estresse se conceitua em termos da relação entre o trabalho e a pessoa, podendo aparecer quando as exigências do trabalho não se ajustam às necessidades, expectativas ou capacidades do trabalhador (SAUTER *et al.*, 1998).

Na busca por conhecer os fatores causais do estresse ocupacional, alguns estudos identificam as condições de trabalho como sendo um importante fator estressor. O NIOSH (1999) e a *European Commission* (1999) definem algumas condições do trabalho que podem contribuir para o aparecimento do estresse:

- **O desenho das tarefas:** pesada carga de trabalho ou carga inferior (ociosidade), pausas para descanso pouco freqüentes, longas jornadas de trabalho e turnos, tarefas de rotina que possuem pouco significado inerente;
- **Estilo de gerenciamento:** ausência de participação dos trabalhadores na tomada de decisões, comunicação precária na organização, ausência de reconhecimento ou de recompensa quando o trabalho é bem realizado;



- **Relações interpessoais:** ambiente social pobre e ausência de cooperação e de apoio dos colegas e/ou dos supervisores, exposição a prejuízos relacionados à discriminação por idade, sexo, gênero, raça, etnia ou religião, exposição à violência, ameaças ou intimidação (assédio moral);
- **Papéis no trabalho:** expectativas de trabalho conflituosas ou incertas, muita responsabilidade, porém pouca autoridade ou capacidade de tomada de decisões, ausência de uma descrição clara dos papéis;
- **Preocupações com a carreira:** insegurança no trabalho e ausência de oportunidade de crescimento ou promoção, rápidas mudanças para as quais o trabalhador não está preparado;
- **Condições do ambiente:** características físicas do ambiente que são desagradáveis ou perigosas, como: ruídos, exposição a riscos químicos ou biológicos, problemas ergonômicos, entre outros.

Numa visão mais abrangente, Sauter *et al.* (1998) também alertam para a presença de condições que conduzem ao estresse no trabalho e a outros problemas de saúde e segurança. Essas condições, denominadas de Fatores Psicossociais do Trabalho, compreendem os aspectos do trabalho em si e do ambiente, tais como: o clima ou cultura da organização; as atividades laborais; as relações interpessoais no trabalho; a forma e o conteúdo das tarefas (variedade, alcance, caráter repetitivo, significado).

Além disso, o conceito de “fatores psicossociais do trabalho” também contempla o ambiente externo à organização (*e.g.*, situações domésticas) e os aspectos do indivíduo (*e.g.*, personalidade e atitudes).

Dessa maneira, é possível se deparar com uma situação curiosa: um mesmo trabalho, num mesmo contexto de uma organização, pode ser descrito como sendo estimulante e desafiador para um trabalhador, e estressante e desmotivador para outro. Em função dessas diferenças, Calnan, Wainwright e Almond (2000) sugerem que o estresse ocupacional não pode ser

conceitualizado como um fenômeno puramente objetivo, mas sim que os significados e definições que os trabalhadores atribuem às suas experiências e aos fatores sócio-culturais que os moldam devem ser também incluídos no modelo.

A partir dos pressupostos resumidamente aqui apresentados observa-se que o adoecer no trabalho, principalmente em decorrência do estresse ocupacional, impacta de maneira importante na qualidade de vida pessoal, social e ocupacional (CAMARGO; OLIVEIRA, 2004).

Como consequência também dessa relação, estudos na área têm evidenciado que a promoção de QV aumenta o comprometimento com a organização e a produtividade, diminuindo os índices de absenteísmo e de atrasos (DONALDSON, 1999).

Entretanto, apesar dos marcantes avanços nessa área do conhecimento, restam ainda desafios importantes para os pesquisadores e as organizações, em especial em decorrência das transformações constantes na organização do processo de trabalho e na geografia empresarial, que se dão numa velocidade cada vez mais alta.

Portanto, novas pesquisas deverão continuar explorando as repercussões das variáveis que envolvem processos de interação entre indivíduo e ambiente de trabalho, tais como o estresse ocupacional, estabelecendo-se uma maior visibilidade quanto a sua participação nos fenômenos relacionados à saúde geral, mental e à QV do trabalhador.

### Referências Bibliográficas

BERAQUET, M.I.G. *QUALIDADE DE VIDA DE JORNALISTAS NA MACRO REGIÃO DE CAMPINAS/SP*. CAMPO GRANDE, 2005. 124P. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM PSICOLOGIA) – UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO, 2005.

CALNAN, M.; WAINWRIGHT, D.; ALMOND, S. JOB STRAIN, EFFORT-REWARD IMBALANCE AND MENTAL DISTRESS: A STUDY OF OCCUPATIONS IN GENERAL MEDICAL PRACTICE. *WORK & STRESS*, v.14, n. 4, p. 297–311, 2000.

- CAMARGO, D.A.; OLIVEIRA, J.I. RISCOS OCUPACIONAIS: REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS. IN: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (ORGS.) *SÉRIE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, VOL. II*. SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO, 2004. p. 157-81.
- CHIAVENATO, I. *GESTÃO DE PESSOAS*. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2008.
- CORTÉS RUBIO, J.A. ET AL. CLIMA LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ HAY QUE MEJORAR? *ATEN PRIMARIA*, v. 32, n. 5, p. 288-95, 2003.
- DIZ, A.M.D. FATORES ESTRESANTES DEL ESCENARIO LABORAL DOCENTE EM LA ESCUELA MEDIA. IN: PANAIÁ, M. (ORG.) *COMPETITIVIDAD Y SALUD OCUPACIONAL*. BUENOS AIRES: EDITORIAL LA COLMENA, 2002. p. 221-26.
- DONALDSON, S.I. ET AL. HEALTH BEHAVIOR, QUALITY OF WORK LIFE, AND ORGANIZATIONAL EFFECTIVENESS IN THE LUMBER INDUSTRY. *HEALTH EDUC BEHAV*, v. 26, n. 4), p. 79-91, 1999.
- EUROPEAN COMMISSION. *GUIDANCE ON WORK-RELATED STRESS: "SPICE OF LIFE – OR KISS OF DEATH?"*. DIRECTORATE-GENERAL FOR EMPLOYMENT AND SOCIAL AFFAIRS. BRUSSELS: EUROPEAN COMMISSION, 1999.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. *QUALITY OF WORK AND EMPLOYMENT IN EUROPE: ISSUES AND CHALLENGES*. LUXEMBOURG: OFFICE FOR OFFICIAL PUBLICATIONS OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, 2002, 38p.
- GUIMARÃES ET.AL. ATUALIZAÇÕES EM QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO. IN: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (ORGS.) *SÉRIE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, VOL. II*. SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO, 2004. p. 209-17.
- LEVI, L. PREFACE: STRESS IN ORGANIZATIONS – THEORETICAL AND EMPIRICAL APPROACHES. IN: COOPER, C.L. *THEORIES OF ORGANIZATIONAL STRESS*. NEW YORK: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2001. p. v-xii.
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). *STRESS AT WORK*. 1999. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.CDC.GOV/NIOSH/DOCS/99-101](http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101). ACESSO EM FEVEREIRO 2010.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO. *ESTUDOS DE PSICOLOGIA*, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

SAUTER, S.L. *ET AL.* FATORES PSICOSOCIAIS Y DE ORGANIZACIÓN. IN: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). *ENCICLOPEDIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO*, GENEVRA: OIT, VOL. 2, 1998.

SCHNALL, P. *A BRIEF INTRODUCTION TO JOB STRAIN*. 1998. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WORKHEALTH.ORG/STRAIN/BRIEFINTRO.HTML](http://workhealth.org/strain/briefintro.html). ACESSO EM: FEVEREIRO 2010.

***A Evolução das Abordagens Conceituais  
sobre a Prática da Atividade Física  
Relacionada à Saúde e Qualidade de Vida***

***Dênis Marcelo Modeneze***

*Mestre em Educação Física – UNICAMP*

***Roberto Vilarta***

*Prof. Titular em Qualidade de Vida, Saúde Coletiva e Atividade Física*

*Faculdade de Educação Física - UNICAMP*

Nas últimas décadas observa-se um crescente aumento do interesse pela prática regular de exercícios físicos motivado por objetivos estéticos, de promoção ou manutenção da saúde. Acompanhando essa tendência, áreas específicas da Educação Física têm estabelecido uma relação entre a prática da atividade física e a promoção da saúde e do bem estar.

O termo “qualidade de vida” ganha notoriedade nesse cenário e a fisiologia do exercício, bem como outras disciplinas, nos trazem estudos sustentando essa relação. Assim como todas as áreas profissionais, na nossa sociedade, ao evoluírem, aprofundam atributos, mas também deixam vir à tona suas fraquezas.

Os estudos da aptidão física tiveram início reconhecido no final da década de 1970 com a divulgação dos efeitos positivos da prática da atividade física. No entanto, a história na era moderna ocidental, sem falar na antiga Grécia ou ao percurso histórico no oriente, riquíssimo sobre tudo na China e na Índia, tem citações anteriores em referência à investigação da melhoria das capacidades físicas como fonte de saúde e bem estar.

Eugene Frederick Muller, mais conhecido como Eugene Sandow, no virar do séc. XIX para o XX, terá sido provavelmente o primeiro *personal trainer*, ao ministrar aulas particulares a membros da família real inglesa. Desde então, muitas outras personalidades surgiram com abordagens metodológicas, umas vezes mais, outras vezes menos inovadoras como John Harvey Kellogg, Joe Weider, Angelo Sciliano (mais conhecido por Charles Atlas), Arthur Jones, Georges Hebert, Per Henrich Ling e Cooper, entre outros.

No final dos anos 1970 passa a ser divulgada nos meios esportivos a ginástica aeróbica, conquistando parte significativa da população, no entanto sendo acompanhada de olhar crítico pela comunidade médica, tendo em conta a maior frequência de lesões por desgaste ou trauma em seus praticantes. Na maioria das vezes, tais agravos eram relacionados com práticas prejudiciais provenientes de interpretações incorretas dos conceitos, pois na época a formação de professores e instrutores não contemplava a fundamentação teórica e experiência técnica acumulada, como se observa nos dias atuais. No entanto, frente à influência da comunidade médica na sociedade, criou-se um conceito deletério da modalidade esportiva aeróbica, sendo desaconselhadas ou mesmo proibidas toda e qualquer atividade de alto impacto, sob determinados ângulos articulares e em certas intensidades de esforço.

Diante desse cenário, as academias esportivas desenvolveram estratégias de práticas em situações de metabolismo aeróbico em atividade física de baixo impacto, relevando a segundo plano o médio e alto impacto sobre as estruturas corporais. Pliometrias então, até em atletas, em alguns casos eram proibidas. Impulsionados por estes novos conceitos, os profissionais da Educação Física lançam a ideia do treinamento com simuladores de degrau, pois além de não exigir alto impacto, nem o recurso a ângulos articulares extremos, conseguia-se um nível de intensidade significativo, modalidade então conhecida como "step".

Nessa altura, nos idos de 1980, torna-se também muito popular a ideia de que o treino de força, realizado de forma analítica, em máquinas de cargas guiadas, seria muito mais seguro e construtivo para a saúde, do que o treino efetuado

com pesos livres. Nesta fase, explode a indústria das máquinas de musculação, ao ponto de hoje em dia, para a academia ser competitiva e atrair clientela, tem que investir na compra de máquinas excessivamente caras que permitam treinar qualquer mínimo músculo de forma analítica, além de manter também todos os equipamentos que trabalhem modalidades de estímulo ao metabolismo aeróbio.

Na década de 1980, seguindo esse embalo comercial, instala-se definitivamente a poderosa indústria do “fitness”, privilegiando os meios técnicos de custos inflacionados e falsamente imprescindíveis, em detrimento da formação profissional de qualidade baseada no conhecimento científico. Surgem marcas e modelos de roupas específicas para cada uma das infindáveis modalidades.

Os suplementos nutricionais também ganham espaço em campanhas de promoção no meio esportivo e da prática da atividade física do cidadão comum, sendo divulgados como “indispensáveis”, dirigindo a esse nicho comercial grande força econômica no cenário mundial, em algumas situações ultrapassando as práticas culturalmente estabelecidas baseadas na nutrição saudável composta por alimentos não industrializados. Algumas multinacionais do mundo do *fitness* criam inúmeras academias nas grandes cidades e promovem a formação profissional do “personal trainer” em cursos de até duas semanas de duração para “professores” oriundos de qualquer área como os vendedor de automóveis ou de telefones.

Na década de 1990 a Educação Física é regulamentada em nosso país, iniciando nova fase de investimento na formação, credibilidade e profissionalismo. Considera-se que o movimento do *fitness* conseguiu, em poucas décadas, sensibilizar a população sobre a importância do combate ao sedentarismo, seja por vias mais nobres com a orientação profissional adequada, ou sob a influência de modismos midiáticos, por focos motivacionais pré-fabricados, impingidos e inconsistentes. Por outro lado o *fitness*, também ficou caracterizado pelo domínio de estímulos motivacionais como as frases “mais é melhor” ou “sem dor, sem ganho” comumente atribuídas à prática irresponsável de modalidades esportivas. Estes aspectos são, ainda hoje, bem ilustrados pela competição entre co-

legas de treino pelo maior número de aulas diárias, além da maior hipertrofia muscular acompanhada pela abundância de agentes anabolizantes.

Abordagens diferenciadas, o caso do *wellness*, estruturado pelo conceito do “bem estar”, opõem-se à idéia do “ser capaz” (*fitness*). O *wellness* surgiu como contraponto à fase motivacional da evolução do *fitness*, quando passa a ser valorizada “a forma como me sinto” mais do que “aquilo que sou capaz de fazer”. Essa tendência veio reafirmar a importância dos métodos suaves orientais como yoga, taichi-chuan, e os ocidentais como pilates, relaxamento e alongamento.

A partir daí os pesquisadores focam atenção também sobre os componentes da aptidão física relacionados com a saúde onde são evidenciadas a capacidade aeróbia, força e resistência muscular, flexibilidade e aspectos da composição corporal. Sem dúvida, a capacidade aeróbia é o aspecto a receber maior atenção quando se trata de aptidão física relacionada à saúde, pois está intimamente ligada aos sistemas respiratório e cardiovascular, promovendo alterações nos componentes sanguíneos ajudando o corpo a utilizar oxigênio durante o exercício. O desenvolvimento dessa capacidade vem sendo considerado como um dos meios pelo qual as doenças cardiovasculares podem ser prevenidas e/ou controladas. RIBEIRO e cols. (1996) descrevem que um adequado nível de capacidade aeróbia auxilia no tratamento da hipertensão, aumentando a perda de gordura corporal e reduzindo o risco de acidente cardiovascular, além disso, proporciona uma melhora na qualidade de vida destas pessoas independente de patologias, devido a seus efeitos fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais.

A força muscular é traduzida de modo geral como a capacidade contrátil dos músculos, sendo estimulada pelos exercícios resistidos que proporcionam uma proliferação das miofibrilas. São vários os motivos pelos quais devemos desenvolvê-la. Mathews (1980) nos lembra que a força é necessária para uma boa aparência, sendo básica para um bom desempenho nas atividades da vida diária e pode servir como uma profilaxia contra certas deficiências ortopédicas, além de evitar problemas posturais, diminuir a incidência de quedas, principalmente em idosos, prevenindo lesões musculares e articulares bem como as dores lombares.



Já a flexibilidade entra em cena como parceira da força muscular na prevenção de agravos à saúde e, como as outras capacidades físicas citadas, demandam um nível mínimo recomendado ao bem estar.

Assim, os grandes centros de exercícios físicos começam a direcionar suas atividades no desenvolvimento e manutenção dessas capacidades, através de exercícios aeróbios realizados em esteiras, bicicletas e elípticos ergométricos, cama-elástica e atividades em piscina. Para a capacidade de força e resistência muscular, a musculação realizada através de exercícios resistidos vem ganhando uma diversidade de aparelhos e metodologias, permitindo desenvolvê-la com diferentes graus de intensidade. A técnica de Joseph Pilates conquista seu espaço e promete aperfeiçoar força, resistência e flexibilidade, além de ser ótima para desenvolver a consciência corporal.

Percebemos assim que a atividade física começa a se relacionar de maneira mais estreita com a saúde coletiva no intuito de colaborar com a prevenção e controle de patologias crônicas. (Barbanti,1991; Böhme,1994; Freitas Júnior,1995; Nahas et al.,1995; Petroski,1998; Lopes e Pagani, 1998; Ribeiro,1998; Fechio,1998; Glaner et al.,1998; Zago et al., 2000).

Para Marques e Gaya (1999), esta perspectiva contemporânea de relacionar aptidão física à saúde representa um estado multifacetado de bem estar e promoção da saúde resultante da participação em atividades físicas, superando a tradicional perspectiva do "fitness", preconizada nas décadas de 1970 e 1980, centrada apenas no desenvolvimento da capacidade cardiorrespiratória. Segundo Neto (1999) esse quadro remete a um novo conceito de exercício saudável, no qual os benefícios ao organismo derivariam do aumento do gasto energético promovido pela prática de atividades físicas moderadas e agradáveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física (ICSSPE), o Centro de Controle e Prevenção de Doença - USA (CDC), o Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM), a Federação Internacional de Medicina Esportiva (FIMS), a Associação Americana de Cardiologia e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) preco-

nizam o aumento em 15 % na produção diária de calorias, ou seja, cerca de 30 minutos de atividades físicas moderadas podem fazer com que indivíduos sedentários passem a compor o grupo de pessoas consideradas fisicamente ativas, diminuindo, assim, suas chances de desenvolverem moléstias associadas ao estilo de vida pouco ativo (Matsudo,1999). Nesta mesma direção, encontram-se numerosos trabalhos de abordagem epidemiológica assegurando que o baixo nível de atividade física intervém decisivamente nos processos de desenvolvimento de doenças degenerativas como as enfermidades cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes, enfermidades respiratórias, dentre outras. São relatados, ainda, efeitos positivos da atividade física no processo de envelhecimento, no aumento da longevidade, no controle da obesidade e em alguns tipos de câncer (Powell e Paffenbarger, 1985; Gonçalves,1996; Matsudo & Matsudo,2000).

Na realidade, este novo conceito do *wellness* também continha as suas limitações, já que a capacidade física pode efetivamente ter uma importância significativa na qualidade de vida, ou até mesmo para a sobrevivência do indivíduo. Como exemplos: conseguir caminhar numa rua com declive acentuado sem ficar excessivamente fatigado, ser capaz de descer a tempo as escadas de um prédio de 20 andares que tem os elevadores desligados devido a incêndio, conseguir suportar o peso das sacolas no mercado ou ter força suficiente para trocar um botijão de gás, ou flexibilidade para simplesmente amarrar os sapatos, etc.

É, aliás, essa noção de “funcionalidade” que na década de 1990 impulsiona, de certa forma, o surgimento do conceito de *treinamento funcional*. No contexto desta corrente, volta aqui o treino com pesos livres a tomar, novamente, um lugar de destaque no fitness.

O treino com pesos livres e o treino de alto impacto ganham também maior importância mesmo do ponto de vista puramente anatômico. Isto se verificou, em grande medida, devido aos resultados dos diversos estudos que vieram comprovar o seu papel muito positivo no aumento da densidade óssea com a conseqüente capacidade para prevenir a osteoporose e até mesmo reverter a osteopenia.

Assim, novamente as salas das atividades de grupo voltam a ficar cheias de “gente aos saltos”. Estava “enterrada” a aeróbica de baixo impacto, aliás, toda a “aeróbica” quase se extingue nesta altura, provavelmente devido à crescente complexidade a que os professores vinham submetendo as suas coreografias desde finais dos anos de 1980. Possivelmente por não conseguirem aumentar a intensidade das suas aulas por via do impacto, não vislumbraram outro caminho que não o do aumento da variável complexidade, para manterem nos seus alunos um sentido de evolução. No fundo descenderam-se do essencial, pois a maioria das pessoas procurava melhorar a saúde e a condição física e não chegar a níveis elevados de coordenação motora.

Novas modalidades de coreografias mais simples, mas mais exigentes do ponto de vista das capacidades físicas surgiam com o reconhecimento do valor do treino de força com pesos livres. Oportunamente logo apareceram perspicazes visionários empresariais, a registrarem patentes de modelos de aulas pré-elaboradas para serem vendidas em regime de franchising.

Surge então a febre das aulas prontas com a utilização de uma grande variedade de materiais como bicicletas estacionárias, mini-trampolins, bolas suíças, bastões e elásticos.

Porém, hoje, mesmo com todo o conhecimento acumulado, a maioria das academias está com grande demanda de praticantes e pouca oferta de especialistas dedicados a tarefa de instruir, direcionando as pessoas com melhor poder aquisitivo a contratar um professor particular ou “personal trainer” em detrimento da abordagem coletiva e de promoção da saúde, baseada no ensino da educação física, conhecimento do próprio corpo e decisão pessoal sobre o estilo de vida saudável.

## Referências Bibliográficas

- BARBANTI, V. APTIDÃO FÍSICA E SAÚDE. IN: *REVISTA DA FUNDAÇÃO DE ESPORTE TURISMO DO PARANÁ*, v.3, n.1, p.5-8, 1991.
- BÖHME, M.T.S. APTIDÃO FÍSICA: IMPORTÂNCIA E RELAÇÕES COM A EDUCAÇÃO FÍSICA. *REVISTA MINEIRA DE EDUCAÇÃO FÍSICA*, v. 2, p. 17-25, 1994.
- GLANER, M. F., NETO, C. S. P., ZINN, J. L. DIAGNÓSTICO DA APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE DE UNIVERSITÁRIOS. *REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*, v.3, n. 4, p. 35-41, 1998.
- GONÇALVES A. A CONTRIBUIÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A ÁREA DA EDUCAÇÃO FÍSICA/CIÊNCIAS DO ESPORTE. *REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ESPORTE*, 17(2):161-166, 1996.
- FECHIO, J. J., CORONA, E., FECHIO, C. J. ET AL. INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA PORTADORES DO VÍRUS HIV. *REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*, v.3, n. 4, p.43-56, 1998.
- FREITAS JUNIOR, I. F. APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE EM ADULTOS. *REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*, v.1, n.2, p. 39-48, 1995.
- LOPES, A. S., PAGANI, M. M. AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA RELACIONADO À SAÚDE DO TOXICÔMANO. *REVISTA KINESIS*, SANTA MARIA, n. 15, p.45-54, 1998.
- MARQUES, A. T., GAYA, A. ATIVIDADE FÍSICA, APTIDÃO FÍSICA E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: ESTUDOS NA ÁREA PEDAGÓGICA EM PORTUGAL E NO BRASIL. *REVISTA PAULISTA DE EDUCAÇÃO FÍSICA*, SÃO PAULO, v.13 n.1 p.83-102, 1999.
- MATHEWS, D. E. *MEDIDAS E AVALIAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA*. 5ª ED. RIO DE JANEIRO: INTERAMERICANA, 1980.
- MATSUDO, V. K. R. VIDA ATIVA PARA O NOVO MILÊNIO. *REVISTA DE OXIDOLOGIA*, p.18-24, SET/OUT, 1999.
- MATSUDO, S. M., MATSUDO, V. K. R. EVIDÊNCIAS DA IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES E NA SAÚDE. *REVISTA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO*, v.5, n. 2, p. 10-17, 2000.

- NAHAS, M. V., PIRES, M. C., WALTRICK, A. C. A., BEM, M. F. L. EDUCAÇÃO PARA A ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. *REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*, 1:57-65, 1995.
- NETO, T. L. B. ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA. IN: *ANAIS DO I CONGRESSO CENTRO-OESTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, ESPORTE E LAZER*; BRASÍLIA, SETEMBRO DE 1999.
- PETROSKI, C. E. EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADES FÍSICAS NA TERCEIRA IDADE. *REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*, v.2, n. 2, p. 34-40, 1998.
- POWELL, K. E., PAFFENBARGER, R. S. WORKSHOP ON EPIDEMIOLOGIC AND PUBLIC HEALTH ASPECTS OF PHYSICAL ACTIVITY AND EXERCISE. *PUBLIC HEALTH REPORTS*, v.100, n. 2, p.118-126, 1985.
- RIBEIRO, A. B. E COLS. *ATUALIZAÇÃO E RECICLAGEM*. SOCESP. EDITORA ATHENEU. SÃO PAULO. 1996.
- RIBEIRO, S. N. P. ATIVIDADE FÍSICA E SUA INTERVENÇÃO JUNTO À DEPRESSÃO. *REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*, v.3, n. 4, p.73-79, 1998.
- ZAGO, A. S., POLASTRI, P. F., VILLAR, R., ET AL. EFEITO DE UM PROGRAMA GERAL DE ATIVIDADE FÍSICA DE INTENSIDADE MODERADA SOBRE OS NÍVEIS DE RESISTÊNCIA DE FORÇA EM PESSOAS DA TERCEIRA IDADE. *REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*, v.5, n. 3, p.42-51, 2000.



## ***Qualidade de Vida: Discussões Contemporâneas***

***Marco Antonio Bettine de Almeida***  
*Prof. Dr. Universidade de São Paulo –  
Escola de Artes Ciências e Humanidades.*

***Gustavo Luis Gutierrez***  
*Prof. Titular Universidade de Campinas –  
Faculdade de Educação Física*

### **Preocupação**

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. A qualidade de vida passou de uma abordagem mais centrada na saúde, para um conceito abrangente em que as condições e estilo de vida constituem aspectos a serem considerados (ALMEIDA e GUTIERREZ, 2004a).

A definição, no uso cotidiano, apresenta-se tanto de forma global enfatizando a satisfação geral com a vida, como focando componentes específicos próximos ao conceito geral. A forma como é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses de cada abordagem, seja, por exemplo, jornalística, de pesquisa ou mercadológica. Dependendo do interesse o conceito pode ser adotado como sinônimo de saúde, felicidade e satisfação pessoal, condições de vida, estilo de vida (NAHAS, 2003); e seus indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da

vida. Devido a essa complexidade, conforme aborda Almeida e Gutierrez (2004b), a qualidade de vida apresenta-se como uma temática de difícil compreensão, que necessita delimitações para sua operacionalização em análises acadêmicas.

Na compreensão do **Grupo de Estudo e Pesquisa da Atividade Física e Qualidade de Vida (FEF, UNICAMP)**, a qualidade de vida é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, até a dimensão ética e política. É importante salientar a preocupação com textos acadêmicos, artigos de revistas ou jornais que descrevem indicadores sem fazer relações diretas com a qualidade de vida de maneira ampla, ou seja, os textos que tomam características como escolaridade, ausência dos sintomas das doenças ou condições de moradia como indicadores de qualidade de vida sem investigar sua dimensão para as pessoas envolvidas. Se, de um lado, isso contribui para as possibilidades de investigações em grandes grupos, por outro, deixa de considerar a subjetividade e a cultura, dimensões onde a discussão sobre qualidade de vida tem muito para contribuir.

### **Formação**

Classificam-se os estudos sobre qualidade de vida de acordo com quatro abordagens: socioeconômica, biomédica, psicológica e geral.

A abordagem socioeconômica tem os indicadores sociais como principal elemento. As abordagens médicas tratam principalmente da questão de oferecer melhorias nas condições de vida dos enfermos (Minayo et al., 2000). O termo qualidade de vida em relação a seu emprego na literatura médica vem sendo associado a diversos significados como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*healthrelated quality of life*) e estado subjetivo e saúde (*subjective health status*) são conceitos ligados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente. A abordagem psicológica busca indicadores que tratam das reações subjetivas de um indivíduo às suas



vivências, dependendo assim, primeiramente da experiência direta da pessoa cuja qualidade de vida está sendo avaliada e indicam como os povos percebem suas próprias vidas, felicidade, satisfação. O fato das abordagens psicológicas considerarem qualidade de vida somente como um aspecto interior à pessoa, desconsiderando o contexto ambiental em que está inserida, é a principal limitação dessa linha de pensamento. As abordagens gerais baseiam-se na premissa que o conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto similar. Características como valores, inteligência, interesses são importantes. Além disso, qualidade de vida é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde.

Em uma tentativa de análise da qualidade de vida de forma mais ampla, saindo principalmente do reducionismo biomédico, Minayo et al., (2000) abordam qualidade de vida como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

Os parâmetros de análise mais complexos ficam vinculados à idéia do ser, pertencer e transformar. O ser são as habilidades individuais, inteligência, valores, experiências de vida. O pertencer trata das ligações que a pessoa possui, as escolhas, assim como da participação de grupos, inclusão em programas recreativos, serviços sociais. O transformar remete à prática de atividades como trabalho voluntário, programas educacionais, participação em atividades relaxantes, oportunidade de desenvolvimento das habilidades em estudos formais e não formais, dentre outros. Esses componentes apresentam uma organização dinâmica entre si, consideram tanto a pessoa como o ambiente, assim como as oportunidades e os obstáculos.

Gutierrez e Almeida (2007) abordam ainda que a noção de qualidade de vida tem, nas relações pessoais, referências como: (a) o desenvolvimento econômico, social e tecnológico da sociedade; (b) valores, necessidades e tradições; (c) estratificações,

a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar da camada superior e à passagem de um limiar a outro.

### **Conceito**

Qualidade de vida inclui desde fatores relacionados à saúde como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, até elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano. Conforme sugere a Organização Mundial da Saúde – OMS (1998) reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas.

Determinados aspectos da nossa vida como a felicidade, amor e liberdade, mesmo expressando sentimentos e valores difíceis de serem compreendidos, não podem ser questionados quanto à sua relevância. São conceitos para os quais até mesmo uma definição operacional é difícil de ser elaborada. Qualidade de vida é uma idéia largamente difundida na sociedade, correndo o risco de uma banalização pelo seu uso ambíguo, indiscriminado ou oportunista como acontece, por exemplo, em textos que prometem elevar a qualidade de vida do indivíduo lançando mão de estatísticas muitas vezes irreais para comprovar suas afirmações. De um lado, existe a exploração oportunista de um conceito o que resulta na sua depreciação e, de outro, o reconhecimento de que esse conceito exprime uma meta nobre a ser perseguida, que resulta na preservação de seu significado e valor.

### **Avaliação**

Inúmeras são as formas de avaliação da qualidade de vida, não havendo estudos que expressam o estado da arte. Alguns instrumentos poderiam ser substituídos pela simples avaliação de cada um sobre seu estado na vida, sendo que outros são utilizados devido à falta de clarificação conceitual do tema.

Os instrumentos para avaliação da qualidade de vida normalmente são traduções que apresentam falhas ao serem aplicados em culturas diferentes e, por esta razão, há a necessidade de validá-los novamente, como sugere a OMS. Os instrumentos variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Instrumentos específicos como o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e do WHOQOL para avaliação da qualidade de vida geral são tentativas de padronização das medidas permitindo comparação entre estudos e culturas. Publicações sobre novos instrumentos de avaliação específicos para populações ou pessoas acometidas por quadros patológicos específicos são crescentes na literatura especializada.

Esta tendência acompanha as características do cenário político global que sofreu grandes alterações com o fim da experiência do socialismo real. O foco dos diversos grupos sociais em conflito deixou de ser a grande luta entre capitalismo e comunismo ou da burguesia contra o proletariado. Agora existem múltiplos grupos independentes que lutam pela conquista de diversos direitos, pela igualdade e para poder praticar sua cultura sem o preconceito ou a exclusão. Esses grupos são constituídos principalmente pelas minorias que se consideram prejudicadas pela sociedade, como por exemplo, negros, homossexuais, mulheres entre outros. As reivindicações desses grupos, com algumas exceções, foram historicamente deixadas em segundo plano ou incluídas na lógica da luta capitalismo contra comunismo. Agora essas reivindicações estão em primeiro plano no cenário político global. As alterações nas reivindicações políticas trouxeram também um novo dilema envolvendo esses grupos, que alguns chamam dilema da Redistribuição-Reconhecimento. A questão central desse dilema está no fato dos grupos minoritários buscarem tanto a igualdade econômica quanto o reconhecimento da sua cultura e de suas características próprias. O problema é que, nesta lógica, para atingir a igualdade econômica se busca suplantando as diferenças, enquanto que para valorizar a cultura de cada grupo é preciso valorizar as diferenças (Fraser, 1997). É de se esperar que a discussão sobre qualidade de

vida tenda a incorporar estas pressões políticas da sociedade contemporânea em geral.

Um das formas mais tradicionais de se avaliar qualidade de vida em grandes populações é através do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. De acordo com relatório divulgado no ano de 2006, pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento – PNUD, o Brasil melhorou o seu IDH, mas caiu uma posição no ranking mundial de 68º para 69º, numa lista de 177 países e territórios. O Índice utilizou quatro indicadores: PIB (Produto Interno Bruto) *per capita*, expectativa de vida, taxa de alfabetização de pessoas com 15 anos ou mais e a taxa de matrícula bruta nos três níveis de ensino (relação entre a população em idade escolar e o número de pessoas matriculadas no ensino fundamental, médio e superior).

O WHOQOL foi desenvolvido pelo grupo chamado *World Health Organization Quality of Life*, foi traduzido e validado para o Brasil por um grupo de pesquisadores na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e tem por objetivo avaliar a qualidade de vida geral das pessoas em diferentes culturas. Foram validadas duas versões do instrumento. A versão longa “WHOQOL-100” Fleck et al. (1999) considera 6 domínios para análise: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais). A versão curta “*WHOQOL Brief*” Fleck et al. (2000), considera 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) para análise da qualidade de vida. O WHOQOL apresenta a vantagem de permitir a comparação de seus resultados entre diferentes populações e apresentar uma abordagem multicultural. Instrumentos como o SF-36 e o WHOQOL apresentam vantagens também por que já tiveram sua validade e qualidades psicométricas atestadas, além de permitirem a comparação com outros estudos. No entanto esses instrumentos trazem consigo limitações importantes, pois ao propor indicadores deixam de avaliar as especificidades de cada sujeito em cada contexto de avaliação.

Quanto mais o instrumento de avaliação se afasta de aspectos concretos, mais difícil se torna a aferição. As quatro questões do sexto domínio do WHOQOL 100 (espiritualidade, religião e crenças pessoais) ilustram bem este problema.

A primeira questão (suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?) relaciona as crenças pessoais com o fato da vida do pesquisado ter sentido. Há aqui uma evidente opção de valor. A grande maioria das religiões e crenças passa pela fé em um ser superior, que pode interferir no nosso cotidiano, com o qual as pessoas se relacionam através de Seu representante institucional. A partir de outra escala de valores, o pesquisador poderia associar a qualidade de vida com a independência do pesquisado em relação a superstições e credências, tornando-se, portanto, mais autônomo e consciente de sua própria realidade.

As duas últimas questões deste domínio (em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades e em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?) destacam o papel das crenças pessoais no sentido de ajudar a entender e superar as dificuldades da vida. Aqui o problema não é de valores, mas de lógica. O pesquisador associa, de forma positiva, a presença da crença com uma melhor qualidade de vida frente às dificuldades cotidianas. As questões, na verdade, podem medir exatamente o oposto do que pretendem. Vamos imaginar que o entrevistado tem uma excelente qualidade de vida e não enfrenta nenhuma dificuldade importante em nenhuma de suas esferas. A resposta lógica é que suas crenças, independente de intensidade e qualidade, não o ajudam em nada para enfrentar dificuldades, já que ele não as percebe. As duas respostas, neste caso, abaixam seu escore de qualidade de vida quando, na verdade, deveriam aumentá-lo ou, pelo menos, serem neutras.

### **Produção**

Existem, nas Universidades Estaduais Paulistas, 84 pesquisas que tratam diretamente sobre a aplicação dos parâmetros de qualidade de vida (71,4% dissertações de mestrado, 23,8% teses de doutorado e 4,7% teses de livre-docência). Desses estudos 71,7% foram realizadas em adultos de ambos os sexos, sendo 13,2% com mulheres; 7,5% com idosos; 1,9% com crianças. Em 5,7% não foi possível identificar a po-

pulação. Desses estudos 69,8% foram realizados com pessoas acometidas por algum tipo de patologia sendo o principal instrumento utilizado *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (MOS SF-36)*. A produção no Brasil, em parte representada pelas universidades investigadas, está seguindo uma tendência mundial com um aumento da produção e uma ênfase na qualidade de vida relacionada à saúde.

A produção sobre qualidade de vida no Brasil é relativamente recente e tem aumentado a cada ano, não se restringindo a determinado grupo social, mas sendo realizada em grande parte com adultos acometidos por algum tipo de patologia, refletindo a preocupação em se conhecer de que forma essas enfermidades estão comprometendo a vida dos indivíduos, focalizando as análises na qualidade de vida relacionada à saúde. Esta forma de pesquisa tem recebido críticas, pois, embora o estado de saúde seja bastante importante para a vida das pessoas, nem todos os aspectos da vida humana passam por questões médicas ou sanitárias.

### **Considerações Finais**

A literatura especializada aponta para a relevância social e científica da pesquisa sobre qualidade de vida. Apesar disso, o tema ainda apresenta muitas imprecisões conceituais. O fato da qualidade de vida possuir significados individuais diferentes dificulta sua avaliação e utilização em pesquisas.

É visível, na análise da produção científica sobre qualidade de vida, a busca dos pesquisadores por uma melhor compreensão do tema. No entanto, parece cada vez mais importante estudos de intervenção como os propostos pelo **Grupo de Estudo e Pesquisa da Atividade Física e Qualidade de Vida** (CNPq), como por exemplo “Qualidade de Vida na Escola”; “Projeto Alimentação Saudável”; “Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Unicamp”; ou ainda a produção e divulgação ampla e gratuita de textos acadêmicos, a exemplo do *site* <http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/index.html>, procurando construir e discutir a intervenção em qualidade de vida em moldes acadêmicos e metodológicos sedimentados.

Estes projetos têm como foco fundamental esclarecer as possibilidades de melhoria da qualidade de vida das pessoas, bem como elaborar levantamentos populacionais que apresentem diagnósticos e índices normativos para avaliação.

### Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M.A.B.. INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E DESENVOLVIMENTO HUMANO: ASPECTOS IMPORTANTES PARA A ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA. IN: VILARTA, R. (ORG). *QUALIDADE DE VIDA E NOVAS TECNOLOGIAS*. CAMPINAS, SP: IPES EDITORIAL, 2007.p. 51-58.
- ALMEIDA, MARCO E GUTIERREZ, GUSTAVO. POLÍTICAS PÚBLICAS DE LAZER E QUALIDADE DE VIDA: A CONTRIBUIÇÃO DO CONCEITO DE CULTURA PARA PENSAR AS POLÍTICAS DE LAZER. (67-84). IN: VILARTA, ROBERTO. *QUALIDADE DE VIDA E POLÍTICAS PÚBLICAS: SAÚDE, LAZER E ATIVIDADE FÍSICA*. CAMPINAS, SP: IPES EDITORIAL, 2004A.
- \_\_\_\_\_. SUBSÍDIOS TEÓRICOS DO CONCEITO CULTURA PARA ENTENDER O LAZER E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS. IN: [HTTP://WWW.UNICAMP.BR/FEF/PUBLICACOES/CONEXOES](http://www.unicamp.br/FEF/PUBLICACOES/CONEXOES) REVISTA DIGITAL – CAMPINAS-UNICAMP –V. 2 Nº 1, 2004B.
- \_\_\_\_\_. ÍNDICES DE QUALIDADE DE VIDA NO BRASIL: INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOS INDICADORES E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS. IN: *REVISTA GESTÃO INDUSTRIAL*, v.3, n.3, p.148-159, 2007.
- BUSS PM. PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA* 2000; 5(1): 163-77.
- CASTELLANOS, P. EPIDEMIOLOGIA, SAÚDE PÚBLICA, SITUAÇÃO DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA: CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS. IN RB BARATA (ORG.). *CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE. SAÚDE MOVIMENTO*, p. 31-76, 1997.
- CICONELLI RM, FERRAZ MB, SANTOS W, MEINÃO I, QUARESMA MR. TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SF-36 (BRASIL SF-36). *REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA* 1999; 39(3): 143-50.
- FRASER, NANCY, *JUSTICE INTERRUPTUS: CRITICAL REFLECTIONS ON THE "POSTSOCIALIST" CONDITION*. ROUTLEDGE, NOVA YORK, 1997

- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: UM DEBATE NECESSÁRIO. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. RIO DE JANEIRO, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.
- NAHAS, M. V. ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS E SUGESTÕES PARA UM ESTILO DE VIDA ATIVO. 3. ED. LONDRI-NA: MIDIOGRAF, 2003.
- NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. O PENTÁCULO DO BEM-ESTAR: BASE CONCEITUAL PARA AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA DE INDIVÍDUOS OU GRUPOS. *REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE*, v. 5, n. 2, 48-59.
- OMS. *PROMOCIÓN DE LA SALUD*. GLOSARIO. GENEBRA: OMS; 1998.
- \_\_\_\_\_. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. [RELATÓRIO]. 2006. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PNUD.ORG.BR](http://www.pnud.org.br). ACESSADO EM: 9 NOV. 2006.
- PAIM, J. ABORDAGENS TEÓRICO-CONCEITUAIS EM ESTUDOS DE CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE: NOTAS PARA REFLEXÃO, IN RB BARATA (ORG.) *CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE*. SAÚDE MOVIMENTO, 4, ABRASCO, RIO DE JANEIRO, p. 7-32, 1997.
- RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. *NOVAS TECNOLOGIAS E DESENVOLVIMENTO HUMANO*. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. LISBOA, PORTUGAL: TRINOVA EDITORA, 2001.
- RUFINO NETTO, A. QUALIDADE DE VIDA: COMPROMISSO HISTÓRICO DA EPIDEMIOLOGIA. IN MFL LIMA E COSTA & RP SOUSA (ORGS.). *QUALIDADE DE VIDA: COMPROMISSO HISTÓRICO DA EPIDEMIOLOGIA*. COOPMED/ ABRASCO, BELO HORIZONTE, p.11-18, 1994.
- WHOQOL GROUP. THE DEVELOPMENT OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT INSTRUMENT (THE WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). *QUALITY OF LIFE ASSESSMENT: INTERNATIONAL PERSPECTIVES*. HEIDELBERG: SPRINGER VERLAG; 1994. p. 41-60.
- WHOQOL GROUP 1995. *THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*.



***Qualidade de Vida de Trabalhadores de  
Enfermagem de uma Unidade de  
Terapia Intensiva***

**Valéria do Amaral Silveira**

*Mestre em Enfermagem – Unicamp*

**Maria Inês Monteiro**

*Mestre em Educação – Unicamp;*

*Doutora em Enfermagem – USP*

*Professora Associada –*

*Departamento de Enfermagem – FCM – Unicamp.*

O trabalho tem um papel fundamental, pois é por meio dele que o homem constitui-se como ser humano. As vivências no ambiente de trabalho repercutem na vida cotidiana, no contexto profissional, doméstico e social interferindo em na qualidade de vida.

O trabalho não deve ser apenas produção de serviço e recebimento de salário e muito menos fator de doença, pode ser fonte de satisfação psíquica, de realização pessoal e de status; neste contexto o trabalho é fonte de prazer. (LUNARDI FILHO & MAZZILLI, 1996).

Os avanços da ciência e da tecnologia têm crescido e questionamos como estes avanços estão sendo incorporados e/ou utilizados para a promoção da qualidade de vida dos seres humanos?

O conceito de qualidade de vida tem sido amplamente utilizado nas últimas décadas e, em geral, é utilizado “em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população

em geral , jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde” (SEIDL, ZANNON, 2004).

A promoção da qualidade de vida não consiste somente na promoção da saúde, mas sim num contexto mais amplo, pois a qualidade de vida é entendida como todas as condições do meio ambiente, socioeconômicas, educacionais, psicossociais e políticas dignas do ser humano viver bem, e que as vivências do trabalhador em seu ambiente de trabalho repercutem em sua vida cotidiana. Norteia esta pesquisa o interesse em identificar como o trabalhador percebe sua qualidade de vida nos diversos contextos de sua existência.

Patrício (1999, p. 46-47) refere que temos que “pensar-fazer o mundo” com os novos paradigmas que possibilitam outras formas de “repensar nossos conceitos de qualidade de vida, de processo de viver saudável, e de perceber a saúde como processo e produto dessa qualidade de vida”. Para a autora concebemos “saúde” com os paradigmas estabelecidos em nosso cotidiano e pelos nossos referenciais, ou seja: “pelas nossas crenças, valores, conhecimentos, práticas e pelos sentimentos em relação ao que já vivenciamos em nós e que percebemos nos outros”.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, não dizem respeito somente à forma de organização e concepção do trabalho, mas, também têm levado os trabalhadores a refletir na perspectiva de um trabalho mais humano e compensador. É preciso pensar em um trabalho mais humanizado, no sentido de reconhecimento das necessidades dos trabalhadores para desenvolverem seu potencial e criatividade, e não somente com o objetivo de aumentar sua produtividade, sem modificar as diretrizes da organização do trabalho, que tem sido a lógica atual.

Deste modo, o trabalho pode assumir caráter compensador, que nos dê satisfação e prazer ao realizá-lo, principalmente na área de saúde, que envolve o cuidado humano, o trabalho cotidiano com outras pessoas, e, especificamente, na enfermagem.

Shimizu & Ciampone (1999, p. 95) caracterizam o trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva (UTI), como sendo “um trabalho desgastante principalmente pela necessidade de ter de conviver com o sofrimento, a dor e a morte, de modo tão freqüente”; embora a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem goste do trabalho que realiza.

A enfermagem inserida neste contexto se destaca pela organização do trabalho que tem sua base na divisão social do trabalho e a flexibilização das funções do trabalhador.

Deve ser destacado que a discussão sobre qualidade de vida no trabalho ainda é pequena no setor público (Ferreira, Alves, Tostes, 2009), de modo diverso do que ocorre no setor privado.

O Ministério da Saúde em seu Projeto de Promoção da Saúde refere que cabe às políticas públicas o papel de “assegurar os meios necessários, e as mudanças sociais necessárias à criação de ambientes favoráveis, promovendo mudanças em estilos de vida, processos de trabalho e formas de lazer” (BRASIL, 2000, p. 1).

Esta pesquisa teve por objetivo estudar a percepção dos trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP sobre sua qualidade de vida.

### **Metodologia**

Pesquisa de abordagem quantitativa, de corte transversal, realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, em um hospital universitário público, do interior do Estado de São Paulo. A população foi de 45 profissionais da área de enfermagem, sendo a amostra constituída por 37 trabalhadores de enfermagem -enfermeiras, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem - do período da manhã, tarde e noite, que atuavam no referido serviço. A taxa de resposta foi de 82,2%.

Foi utilizado para a coleta de dados o questionário World Health Organization Quality of life (WHOQOL-100), da Organização Mundial da Saúde (OMS), versão em português, traduzido e validado por Fleck, Leal, Lousada et al. (1999) é auto-aplicável e avalia a percepção do trabalhador em relação

à qualidade de vida. O WHOQOL-100 consta de 100 questões englobadas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e 24 facetas.

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

### **Resultados e discussão**

Entre os trabalhadores da UTIP 94,6% eram do sexo feminino, 40,5% tinha até 30 anos de idade e, 37,8%, 40 anos ou mais de idade; 43,2% completaram o ensino médio e 29,7% cursaram faculdade; 45,9% eram casados e 72,9% eram técnicos/auxiliares de enfermagem e trabalhavam no turno noturno (48,7%).

Em relação ao tempo de exercício profissional 48,7% trabalhavam há até cinco anos; 29,7% até 10 anos e 10,8%, há 15 anos ou mais na área de enfermagem. Aproximadamente  $\frac{1}{4}$  dos entrevistados tinha outro emprego e 59,5% realizavam hora extra.

Para a análise dos dados do instrumento WHOQOL-100 foi realizada uma análise descritiva de cada domínio e das facetas mais representativas.

No domínio físico observa-se que a faceta de sono e repouso apresentou o maior escore médio seguida pela faceta energia e fadiga e dor e desconforto. O escore médio deste domínio foi de 3,8, indicativo de um bom escore de qualidade de vida para o domínio físico. Resultados semelhantes foram encontrados por CÁRDENAS (1999) em pesquisa realizada com mulheres do lar de baixa renda.

No domínio psicológico a faceta de escore mais elevado foi a auto estima (4,1), seguida por sentimentos positivos, da imagem corporal e a capacidade de pensar, aprender, memória e concentração todas com escore de 4 e os sentimentos negativos apresentam o escore mais baixo do domínio (3,6).

Em um local de trabalho no qual os trabalhadores convivem com a dor e a morte constantemente, é frequente

encontrarmos pessoas com a necessidade de melhorar sua aparência física, isto é, as pessoas preocupam em apresentar-se bem. Durante o preenchimento do questionário os trabalhadores indagavam sobre a importância das questões para a qualidade de vida e que o preenchimento do questionário as fazia refletir sobre isto.

Este é o domínio no qual foram obtidos os escores mais elevados, e a faceta relativa a dependência de medicação ou de tratamento teve o escore mais elevado em relação aos domínios (4,6), seguida pela capacidade de trabalho (4,4), mobilidade (4,2) e pelas atividades da vida cotidiana (4).

Os resultados encontrados no domínio nível de independência indicam que a maioria dos trabalhadores entrevistados avaliou como bom seu nível de independência, sua capacidade para exercer suas funções, e que estas pessoas estavam satisfeitas com sua capacidade para o trabalho e com o desempenho de suas atividades cotidianas; e não dependiam de medicamentos ou tratamentos.

A média do domínio de nível de independência foi de 4,3, sendo o escore mais elevado do estudo. Os valores encontrados estão em concordância com os de CÁRDENAS (1999).

O domínio relações sociais compreende facetas que mostram a avaliação que o indivíduo têm sobre suas relações pessoais, atividade sexual e o suporte social e com que intensidade percebe estas facetas.

A faceta que mais se destacou no domínio relações sociais foi a de relações pessoais (4,2). A faceta suporte social e atividade sexual tiveram escores de 4 e de 3,8 respectivamente, o que pode indicar que os indivíduos estavam satisfeitos com suas relações sociais.

No domínio meio ambiente a faceta mais representativa foi ambiente do lar (4,1) significando que os trabalhadores estão satisfeitos com o local em que vivem, porém não sentem segurança física ou proteção (3,1).

Embora a média do domínio meio ambiente não seja baixa, foi possível observar que, dependendo do turno de trabalho e da categoria profissional, os trabalhadores fizeram observações em relação a este item. Os técnicos/auxiliares de

enfermagem do plantão noturno tinham maior preocupação com a “segurança física e proteção e recursos financeiros”; o plantão diurno mostrava maior interesse em “participação em, e oportunidades de recreação/lazer”.

De acordo com a literatura estudada fatores socioeconômicos têm extrema influência na qualidade de vida, pois dependendo da situação financeira é que o indivíduo encontra suporte para seu bem estar, na qualidade de sua habitação, no acesso à saúde, educação e lazer.

O domínio VI avalia a intensidade que o indivíduo tem sobre suas crenças pessoais. Apresenta somente uma faceta sobre espiritualidade, esta teve o escore de 4,2, significando que os entrevistados acreditavam que suas crenças pessoais ajudavam a enfrentar suas dificuldades.

A realização do trabalho com a doença pode levar o indivíduo a um sofrimento psíquico bastante intenso (Lunardi Filho, Lunardi, 1999). Muitos encontram em suas crenças pessoais apoio para se sustentar no trabalho e é com os amigos, nos momentos de lazer, que tentam se refazer e reconstruir para a vida.

O questionário WHOQOL-100 apresenta uma faceta com quatro questões sobre como o indivíduo avalia sua qualidade de vida em geral, essas questões referem-se a: G1: Como avaliaria sua Q.V.; G2: Quanto satisfeito está com a qualidade de sua vida; G3: Em geral, quanto satisfeito está com a sua vida; G4: Quanto satisfeito está com sua saúde. As questões apresentaram médias similares, porém a questão G2 que está relacionada à satisfação teve o escore de 3,8, que foi o mais baixo desta faceta. A média desta faceta teve o escore de 4,1 significando que os trabalhadores da UTIP, em geral, consideraram que sua qualidade de vida era boa, mesmo não estando totalmente satisfeitos.

Os trabalhadores perceberam sua saúde como boa (62,1%) e não relataram problemas que afetassem seu desempenho profissional. Relataram que o trabalho afetava sua saúde, sendo citado o estresse (35,7%). A maioria dos entrevistados realizava atividades de lazer com frequência (94,6%).

## Conclusão

Face aos resultados obtidos com a utilização do instrumento WHOQOL -100, os trabalhadores da unidade de terapia intensiva pediátrica percebem como boa sua saúde e sua qualidade de vida.

Considerando que a investigação teve como questão de pesquisa: "o trabalho em UTIP poderia estar afetando a qualidade de vida geral dos trabalhadores? foi possível observar neste estudo que a qualidade de vida avaliada por meio do instrumento foi considerada boa.

Outro aspecto a ser destacado é que ao responder o questionário, os profissionais entravam em contato com questões que permitiam refletir, repensar sua vida como um todo. Os trabalhadores percebiam sua vida e sua saúde como boa e que embora seja um trabalho considerado desgastante, com ritmo intenso de convívio com a dor, gostavam do que faziam e consideravam que o trabalho não afetava sua saúde.

Para manter a qualidade de vida sugerimos a ampliação de atividades de promoção à saúde e melhoria no ambiente de trabalho, promovendo pausas programadas, visando aliviar a tensão e o estresse; atividades laborais no início ou final da jornada de trabalho; exame médico periódico anual para levantamento de problemas, além de atividades com profissionais que atuam na área de estresse e trabalho.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE*. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SAUDE.GOV.BR](http://www.saude.gov.br). ACESSO EM: 01 NOV. 2000.

FERREIRA, M.C.; ALVES, L.; TOSTES, N. *GESTÃO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT) NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL: O DESCOMPASSO ENTRE PROBLEMAS E PRÁTICAS GERENCIAIS*. PSIC.: TEOR. E PESQ. v. 25, n.3, p. 319-327, 2009.

CÁRDENAS, A. M. C. *QUALIDADE DE VIDA DA MULHER "DO LAR" EM UMA COMUNIDADE DE BAIXA RENDA*. 1999. 124 F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO) - ESCOLA DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, 1999.

FLECK, M. A. P.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S. ET AL. A APLICAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHOQOL). *REV. SAÚDE PÚBLICA*, SÃO PAULO, N. 33, V. 2, P. 1158-1205, 1999.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE VIVER E SER SAUDÁVEL. *TEXTO & CONTEXTO ENF.*, FLORIANÓPOLIS, V. 8, N. 1, P. 13-30, JAN./ABR.1999.

LUNARDI FILHO, W. D.; MAZZILLI, C. O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DE ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA. *REV. ADM.*, V. 31, N. 3, P. 63 -71, JUL./SET. 1996.

PATRÍCIO, Z. M. QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR. IN: PATRÍCIO, Z.M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. (ORG.) *QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR*. PORTO ALEGRE: 1999. CAP. 1, P. 40-62.

SEIDL, E. M.F.; ZANNON, C.M.L.C. *QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS*. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, V. 20, N. 2, P. 580-588, 2004.

SHIMISU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO VIVENCIADO PELAS ENFERMEIRAS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL ESCOLA. *REV. ESC. ENF. USP*, SÃO PAULO, V. 33, N. 1, P. 95-106, MAR.1999.

**Observação:** Esta pesquisa é parte da dissertação de Mestrado de Valéria do Amaral Silveira – Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UNICAMP intitulada *Trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, orientada pela Profa. Dra. Maria Inês Monteiro*.



***Green Jobs, Green Economy –  
Ampliando as Possibilidades de  
Desenvolvimento Sustentável***

***Maria Inês Monteiro***

*Mestre em Educação – Unicamp;*

*Doutora em Enfermagem – USP*

*Professora Associada –*

*Departamento de Enfermagem – FCM – Unicamp.*

***Heleno Rodrigues Corrêa Filho***

*Mestre e Doutor em Saúde Coletiva*

*Professor Doutor -*

*Departamento de Medicina Preventiva e*

*Saúde Coletiva – FCM – Unicamp.*

***Carlos Eduardo Siqueira***

*MD, ScD*

*Assistant Professor - Department of Community Health and Sustainability - UMass Lowell – USA*

**Introdução**

A discussão sobre desenvolvimento e sustentabilidade se intensificou no final dos anos 90, no século XX. Tendo como referência a perspectiva de ampliação do papel das empresas, emerge a discussão sobre responsabilidade social corporativa – o olhar interno a empresa – trabalhadores, produção, consumo e, o olhar externo, inserção da empresa na comunidade e no país, avaliação do processo produtivo, entre outros.

O conceito de qualidade de vida remete à década de 70 do século passado e tem se consolidado no decorrer das últimas décadas (SEIDL, ZANNO, 2004).

Sua utilização não apenas no meio acadêmico, mas, também no diagnóstico e implantação de mecanismos de avaliação do setor público, na área de políticas públicas.

Wilson (2002) destaca a definição e mensuração da qualidade de vida urbana, em livro pioneiro sobre o tema, que discute, utilizando diferentes perspectivas, a qualidade de vida em uma cidade de grande porte, oriundo de parceria entre universidade, setor público municipal e fundação de pesquisa estadual (SPINK, 2002).

Na década atual, com a intensificação das mudanças climáticas – perceptível na vida cotidiana, e amplamente discutida na mídia e na comunidade científica, em termos de sua existência e impacto nos diferentes países e regiões – inicia-se a discussão sobre *Green Jobs – emprego verde*.

As crises econômicas com repercussão mundial têm sido, “historicamente tempo de renovação industrial”. As empresas com menor eficiência sucumbem, em geral, e as mais dinâmicas se expandem (OECD, 2009, p. 5).

Esta reflexão teve por objetivo identificar e discutir os principais pressupostos relacionados à economia sustentável e *green jobs*.

### **Crise econômica e sustentabilidade**

Até recentemente a sobrevivência das empresas nas crises, particularmente, na do início dos anos 1990, estava relacionada à redução de custos nos países, em geral (OECD, 2009, p. 5), acrescida de redução de pessoal nos países em desenvolvimento, com movimento sindical menos atuante.

Embora os incentivos ao desenvolvimento de uma economia “verde” tenham enfraquecido com a crise, por outro lado, surgem oportunidades para “investimentos amigáveis ao meio ambiente”, com crescimento econômico baseado no baixo consumo de carbono (OECD, 2009, p. 10 e 14).

Outro aspecto importante a ser destacado é a criação ou ampliação de empregos que irão requerer novas habilidades dos trabalhadores. Para isso, as instituições formadoras e as áreas relacionadas à educação permanente precisam renovar-se.

A Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD, 2009, p. 15) destaca a crise econômica, que se intensificou no segundo semestre de 2008, como estímulo à proposição de determinadas medidas em termos de políticas nacionais:

- “remover subsídios existentes na produção e consumo de energia baseada em fósseis,
- corte nas barreiras comerciais para os produtos amigáveis ao clima,
- melhorar a eficiência dos sistemas de transporte e construção,
- reformas políticas com objetivo ambiental com melhor custo-efetividade”.

As medidas econômicas visando reduzir o impacto da crise e causar impacto na economia, em vários países, tiveram também como finalidade, “restaurar condições favoráveis à inovação e ao crescimento”, e incluíram “[...] investimentos em modernização da infra estrutura, pesquisa e desenvolvimento, suporte à inovação a as pequenas e médias empresas, educação e o crescimento da economia sustentável” (OECD, 2009, p. 17).

No Brasil, as medidas adotadas em 2008-2009 pelo governo federal foram “casas para famílias de baixa renda, crédito para as empresas e suporte ao setor automobilístico” (OECD, 2009, p. 25). Isto, necessariamente não corresponde ao suporte ao desenvolvimento da economia verde, baseada na sustentabilidade, mas, ao contrário, o incentivo ao consumo de carros, e, como decorrência, a ampliação do uso de combustíveis.

## Green jobs

Em 2008, com o suporte de organismos internacionais foi publicado o texto “Green jobs: towards a decent work in a sustainable, low-carbon world”, que destaca “a emergência economia verde e seu impacto no mundo do trabalho” (UNEP ..., 2008a, p. vii).

Simultaneamente, foi disponibilizado outro texto, “Green jobs: towards a decent work in a sustainable, low-carbon world. Policy messages and main findings for decision makers” (UNEP ..., 2008b), que sintetiza o anterior e amplia a discussão, na perspectiva de política pública ou para o setor privado. As Nações Unidas, por meio do “United Nations Environment Programme”, a Organização Internacional do Trabalho, “The International Organisation of Employers” e a “International Trade Union Confederation”, abrangendo os interesses de diferentes grupos – organismos internacionais, empregadores e trabalhadores –, foram os órgãos que deram suporte à realização deste documento.

A equidade é condição fundamental de negociação nas convenções internacionais em relação ao clima, tanto entre diferentes países, quanto em regiões do mesmo país (UNEP..., 2008a, p. vii).

O termo *green jobs* refere-se a sociedade e economia sustentáveis, que tem por objetivo “preservar o ambiente para a geração atual e futura, e ser mais equitativo e inclusivo, para todas as pessoas e países” (UNEP..., 2008b, p.1).

Os maiores desafios a serem enfrentados são a degradação ambiental e o desafio social. Ainda há 1,3 bilhões de pessoas, o que corresponde a 40% da força de trabalho mundial e seus dependentes, que têm baixos salários e estão restritos ao mercado informal (UNEP..., 2008b, p.1).

O trabalho decente é definido pela Organização Internacional do Trabalho como “oportunidades para mulheres e homens obter trabalho produtivo e decente, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana” (UNEP..., 2008b, p.1).

“O trabalho verde reduz o impacto ambiental das empresas e setores econômicos. Ele pode estar presente na agricultura, indústria, setor de serviços e administração, assim como no suprimento de energia, no setor de construção e transportes. É fundamental para reduzir as marcas da atividade econômica no ambiente” (UNEP..., 2008b, p. 5).

O termo *environmental footprint* tem sido utilizado na discussão internacional sobre impacto ambiental e tem sido amplamente explorado pelas empresas e pelos diferentes tipos de mídia, centrando no consumidor a responsabilidade pela neutralização do carbono consumido para a produção do produto comprado ou viagem realizada, por exemplo, eximindo o produtor. De modo semelhante, objetos de uso cotidiano não são pensados, em geral, em termos de custo e benefício em relação ao impacto ambiental, sendo as ações, em geral, de reparação ou paliativas.

São destacadas ainda as estatísticas referentes ao meio ambiente: como os “desastres relacionados ao clima, com 262 milhões de pessoas afetadas anualmente”; assim como a previsão de “escassez de água fresca, em 2025, para 1,8 bilhões de pessoas, principalmente na Ásia e África”. Outros problemas são relatados, como o aumento do número de jovens buscando emprego, cobertura de seguro social, acesso à energia, desemprego e habitação adequada (UNEP ..., 2008b, p.2).

Concordamos com os organismos internacionais acima citados que a economia sustentável não deve ter custos ambientais e sociais.

O mercado mundial relativo aos produtos e serviços relacionados ao meio ambiente irá dobrar sua participação em relação aos dados atuais, atingindo \$2,740 billion em 2020. A utilização de tecnologias limpas também está presente e, nos EUA é o terceiro lugar, após o setor de informação e o de biotecnologia (UNEP ..., 2008b, p. 21).

Um aspecto fundamental a ser revisto é relativo ao consumo. Faz-se necessária outra abordagem, a ser discutida nas escolas, mídia e sociedade em geral, visando pensar o consumo de outro modo: o que foi produzido, onde, como está sendo consumido, qual o impacto do produto no ambiente e na vida das pessoas.

Indagamos se é possível reduzir os níveis de consumo atual, tanto para produtos duráveis, como automóveis, celulares, móveis, quanto para os de uso cotidiano. A perspectiva a ser destacada é a do consumo consciente do que é utilizado no cotidiano das pessoas – água, luz, alimentos, roupa, celular, meio de transporte.

É possível propor limites ao consumo sem onerar os países com menor desenvolvimento?

Um importante aspecto a ser observado é a não penalização individual das pessoas. As soluções também podem e devem ser coletivas, apoiadas em políticas públicas que incentivem o uso adequado dos recursos naturais e possibilitem a redução da desigualdade social, nos casos em que estiver presente.

A discussão sobre as mudanças climáticas, que têm impacto direto na discussão da criação dos empregos verdes e no suporte, inclusive financeiro, dos diferentes países a esta iniciativa, introduz outra discussão, que envolve também aspectos éticos. Muitos países ainda não alcançaram o desenvolvimento adequado e, para isso, provavelmente terão que consumir recursos ambientais.

#### **Questiona-se: isto é adequado?**

Como conciliar desenvolvimento também para os países com grau variado de industrialização e a proteção ao meio ambiente, a produção justa e sustentável?

É possível aliar desenvolvimento sustentável e emprego justo?

Em que medida isto tem impacto na qualidade de vida das pessoas e comunidades?

Este debate deve ser amplamente discutido na sociedade, nos diferentes países, nas Conferências internacionais para acordos sobre o clima e o comércio, assim como em organismos de classe internacionais, como a Confederação Internacional dos Trabalhadores, Confederação Internacional dos Empregadores e nos países interessados.

Na literatura científica ainda são raros os artigos, textos publicados que abordem esta nova perspectiva. Em geral, as discussões estão restritas a áreas especializadas.

Os documentos internacionais que abordam a temática, além dos já citados, estão presentes também nos textos da União Européia. Nos EUA ocorreu em fevereiro de 2009 a “Good Jobs, Green Jobs National Conference”, em Washington.

A discussão sobre produção justa e sustentável da qual o *green job* é uma possibilidade que se apresenta, tem sustentação importante em grupos de pesquisadores, ambientalistas e sindicalistas norte-americanos (MONTEIRO, SIQUEIRA, CORREA-FILHO, 2008).

A Comissão Européia – órgão integrante da União Européia também introduziu, em 2009, a discussão em seus documentos da mudança nos empregos existentes e nos que serão criados, relativa a necessidade de novas habilidades por parte dos trabalhadores e que, quando possível, é preciso antecipar a formação ao aparecimento das necessidades.

O periódico americano “New Solutions”, especializado em políticas de saúde ambiental e do trabalhador, publicou em 2009, um número com a temática “*Green Jobs, Green recovery*”.

Os editores destacam a discussão sobre conceitos e idéias relativos à economia verde, “retomada verde” e *Green new deal*, destacando que “a crise internacional é resultante de modos destrutivos de produção e consumo e falha no compromisso da distribuição social justa dos recursos e riqueza”. Questionam também se os empregos verdes são para alguns ou para todos os trabalhadores? (SLATIN, ROSENBERG, SIQUEIRA, 2009, p. 105-106).

Embora esta discussão resvale em questões ideológicas e mesmo utópicas, é importante compartilhá-la entre pessoas oriundas de formação profissional e culturas diversas.

## Considerações Finais

A temática é de grande relevância na atualidade, tanto para a sociedade, quanto para empresas e instituições.

A qualidade de vida é um pressuposto inerente ao desenvolvimento da sociedade e, teoricamente, o avanço em novas tecnologias – produto e conhecimento –, assim como mudanças no modo de produção, deveria resultar em acesso a direitos universais, satisfação das necessidades básicas das pessoas e coletividades.

Infelizmente, o que ocorre na atualidade é a dissociação entre desenvolvimento e qualidade de vida, em diferentes países e regiões, com intensidade diversa.

A economia sustentável e a garantia de trabalho decente surgem como possibilidades que, de certo modo, podem alterar o futuro, possibilitando menor desgaste dos recursos naturais e meio ambiente, e impactando a vida das pessoas.

## Referências Bibliográficas

- MONTEIRO, M. I.; SIQUEIRA, C. E.; CORREA-FILHO, H. R. *PRODUÇÃO JUSTA E SUSTENTÁVEL, MEIO AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA CORPORATIVA*. IN: VILARTA, R;
- GUTIERREZ, L. G. (ORG.). *QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE CORPORATIVO*. CAMPINAS – SP: IPES EDITORIAL, 2008, p. 43-49.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *POLICY RESPONSES TO THE ECONOMICS CRISIS: INVESTING IN INNOVATION FOR LONG-TERM GROWTH*. JUNE, 2009. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.OECD.ORG](http://www.oecd.org). ACESSADO EM 4 FEV 2010.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. *QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS*. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SLATIN, C.; ROSENBERG, B., SIQUEIRA, E. *NEW SOLUTIONS AND THE BLUE GREEN ALLIANCE – GOOD JOBS, GREEN JOBS CONFERENCE*. NEW SOLUTIONS, v. 19, n.2, p. 105-106, 2009.



SPINK, P. K. APRESENTAÇÃO. IN: KEINERT, T.; KARRUZ, A. P. *QUALIDADE DE VIDA: OBSERVATÓRIOS, EXPERIÊNCIAS E METODOLOGIAS*. SÃO PAULO / ANNABLUME / FAPESP, 2002. p. 15-18.

UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME – UNEP. *GREEN JOBS: TOWARDS A DECENT WORK IN A SUSTAINABLE, LOW-CARBON WORLD*. WASHINGTON: UNEP, ILO, IOE, ITUC, 2008A.

UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME – UNEP. *GREEN JOBS: TOWARDS A DECENT WORK IN A SUSTAINABLE, LOW-CARBON WORLD. POLICY MESSAGES AND MAIN FINDINGS FOR DECISION MAKERS*. WASHINGTON: UNEP, ILO, IOE, ITUC, 2008B.

WILSON, R. H. PREFÁCIO. IN: KEINERT, T.; KARRUZ, A. P. *QUALIDADE DE VIDA: OBSERVATÓRIOS, EXPERIÊNCIAS E METODOLOGIAS*. SÃO PAULO/ANNABLUME/FAPESP, 2002. p. 11-13.



***Considerações sobre os Aspectos  
Relacionados à Promoção à Saúde e  
Bem Estar no Local de Trabalho nos  
Últimos 20 anos***

**Telma Terezinha Ribeiro da Silva**

*Enfermeira do Trabalho -  
Programa Qualidade de Vida – MOTOVIVA - Motorola  
Mestre em Qualidade de Vida, Saúde Coletiva e  
Atividade Física, FEE, UNICAMP*

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos em 1920 e 1946 pelos autores Winslow e Sigerist, definindo quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell & Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresentava três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, ainda com um enfoque individual e pouco direcionado ao ambiente e estilos de vida (ANS, 2007).

As medidas para a promoção da saúde no nível de prevenção primário não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2003).

O movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, através da divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”, também conhecido como Informe Lalonde. A realização deste estudo teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico-centrado no manejo das

doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (BUSS, 2003).

Através do Informe Lalonde, identificou-se que a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida estavam relacionados às principais causas de morbimortalidade no Canadá, no entanto, a maior parte dos gastos diretos com saúde concentrava-se na organização da assistência.

Foram propostas, portanto, cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Este informe favoreceu a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo (BUSS, 2003).

Como resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a Carta de Ottawa em 1986 definiu a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Posteriormente, foram realizadas outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, as quais reafirmaram os preceitos estabelecidos na primeira Conferência e agregaram novas questões e estratégias de ação voltadas para áreas prioritárias, a fim de gerar políticas públicas saudáveis.

Desta forma, o significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à idéia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003). Vale ressaltar que termos como “empowerment” e autocuidado vêm sendo cada vez mais utilizados, uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde (ANS, 2007).

A preocupação com a promoção da saúde e bem estar no local de trabalho intensificou-se a partir dos anos 80 com inicia-

tivas voltadas à melhoria das condições de trabalho e ampliação de benefícios para assistência à saúde, ergonomia e prevenção de acidentes de trabalho. Algumas corporações americanas demonstraram, a partir de 1990, resultados financeiros relacionados ao retorno de investimento com ações voltadas à promoção da saúde. Algumas publicações americanas indicaram que os melhores programas obtiveram cifras de 3 dólares por dólar investido, reduzindo custos com assistência médica, porém os investimentos nesta área foram muito pequenos. Poucos estudos foram publicados a respeito dos resultados financeiros com os investimentos nesta área (Anderson, 2009).

A Promoção da saúde no local de trabalho se refere à combinação de educação em saúde e programas com intervenções destinadas a facilitar a mudança de comportamento e adaptação do ambiente a fim de melhorar ou proteger a saúde. Já as iniciativas de bem-estar e qualidade de vida têm uma abordagem mais holística voltadas ao bem estar físico, mental e social. O objetivo destas iniciativas é manter a saúde e não necessariamente tratar doenças ou enfermidades.

Iniciativas mais robustas no local de trabalho estão relacionadas aos serviços de medicina preventiva direcionadas aos funcionários e seus dependentes. O objetivo destas ações é fazer intervenções primárias e secundárias para dar suporte à melhoria da saúde. Combinam iniciativas de serviços preventivos (exames clínicos e preventivos), promoção à saúde e bem-estar.

Ao mesmo tempo em que as organizações incrementaram suas iniciativas e programas voltados à promoção da saúde, as mudanças no estilo de vida da população mundial nas últimas décadas fizeram com que houvesse um crescimento drástico das doenças crônicas causadas pelo estilo de vida “moderno”, em especial, sedentarismo e ingestão calórica acima das necessidades básicas diárias.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), no início do século 21 grandes avanços ocorreram na saúde pública, por um lado, redução nas taxas de mortalidade infantil, por outro lado a rápida urbanização e envelhecimento da população resultaram num exponencial crescimento das doenças crônicas resultando em crescimento da mortalidade e desabilidade da população menos favorecida. Ainda neste início de século as

nações dispendiam grandes somas de dinheiro em cuidados à doença, sendo que 98% dos orçamentos eram destinados aos cuidados com a doença e somente 1 a 2% destinados a prevenção e promoção à saúde (JENKINS, 2003).

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (JENKINS, 2003).

A Promoção da saúde no local de trabalho segue num processo evolutivo e de certa forma inter-relacionado com as iniciativas públicas e do setor de saúde suplementar.

Em se tratando de saúde suplementar, ao longo da última década no Brasil, com a criação da ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar, novas diretrizes e políticas foram criadas para a reorientação da atuação deste segmento, tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção sobre estes fatores.

A mudança do Modelo de Atenção à Saúde envolve a adoção de práticas cuidadoras e integrais. Pensar a saúde de forma integral significa, também, articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando as peculiaridades do setor suplementar, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população (ANS, 2007).

A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos de assistência à saúde implantassem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários foi a publicação da Resolução Normativa RN nº 94 em 23 de março de 2005, uma ação conjunta entre a DIOPE (Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras) e DIPRO (Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos). Essa RN estabeleceu os critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, definidas na Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77, de 17 de julho de 2001,

pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que realizassem programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças para seus beneficiários.

Porém, atualmente na Saúde Suplementar prevalece ainda o modelo de atenção hegemônico caracterizado pelo enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, desconsiderando seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente (ANS, 2007).

Soma-se a isso o fato de os planos de saúde poderem ter cobertura segmentada em ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetrícia), além de planos exclusivamente odontológicos, comprometendo significativamente a integralidade da atenção. Por outro lado, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários.

Há uma necessidade premente de que o setor suplementar ofereça soluções criativas robustas às empresas e organizações, aliando benefícios voltados à promoção da saúde.

Na década de 1990 a incorporação dos conceitos de qualidade total nas empresas demandou a ampliação da observação do leque de fatores que interferiam nos índices de qualidade do produto. A busca pelo diferencial competitivo tornou-se o maior objetivo das corporações. Ainda nesta década torna-se importante manter uma força de trabalho saudável, motivada e preparada para a extrema competição, por outro lado surge a necessidade de responder às demandas dos funcionários em relação a uma melhor qualidade de vida (SILVA; De MARCHI, 1997). A partir desta necessidade intensificaram-se as ações integradas voltadas à promoção da saúde e bem-estar nas organizações.

Programas de Promoção à Saúde no local de trabalho atualmente integram um processo de gestão voltado à obtenção de melhores resultados financeiros, embora isto ainda seja um ideal demonstrado por poucas organizações. Avaliar o retorno de investimento com o desenvolvimento de progra-

mas e mudança de comportamento dos funcionários de uma determinada empresa ainda é um desafio nos dias atuais. A alta rotatividade dos funcionários em função dos contratos temporários de trabalho torna-se um fator comprometedor na demonstração destes resultados.

Segundo pesquisa mundial realizada por Buck Consultants e CPH Health em 2009 abrangendo 1100 empresas e 10 milhões de empregados, programas de bem-estar são mais prevalentes na América do Norte, onde são oferecidos por 77% dos empregadores participantes, mas a popularidade da promoção da saúde pelos empregadores está crescendo no restante do mundo todo, apesar das atuais condições econômicas.

Ainda, segundo a mesma pesquisa, “os objetivos estratégicos mais comuns das iniciativas de bem-estar em todo o mundo são a melhoria da produtividade e a redução da “presença de trabalhadores doentes” (quando os funcionários não estão plenamente produtivos devido a questões pessoais de saúde). Embora esse objetivo tenha tido uma classificação alta nas pesquisas passadas (segundo ou terceiro em prioridade na maioria das regiões), este ano os participantes em cinco de sete regiões do mundo o classificaram em primeiro lugar, o que reflete uma correlação percebida mais sólida entre trabalhadores mais saudáveis e o desempenho das empresas. Entre os empregadores nos Estados Unidos, o principal objetivo continua a ser a redução dos custos com a doença - uma anomalia em comparação às outras seis regiões, mas algo que não chega a ser uma surpresa. As preocupações a respeito da competitividade global têm colocado crescente pressão sobre os empregadores nos Estados Unidos para que reduzam o ônus financeiro de proporcionar benefícios de saúde. Os participantes na Ásia identificaram a melhoria no moral e no engajamento no local de trabalho como sua primeira prioridade. Podem-se resumir os três principais objetivos dos programas de bem-estar como sendo a redução das faltas de funcionários devido a doenças ou invalidez e a manutenção da capacidade para o trabalho (Buck Consultants, 2009).

A impressão que se tem no momento, após 20 anos de evolução nos programas de promoção à saúde no local de trabalho, é que há uma maior compreensão por parte dos empregadores sobre o impacto da saúde na performance e



produtividade, que os altos custos com a assistência médica impactam significativamente os custos com a mão de obra e que os investimentos em promoção à saúde podem contribuir para um melhor posicionamento da marca e do produto no mercado. Associado a este fato, há uma mobilização crescente por parte dos governos no desenvolvimento de políticas públicas com o objetivo de também melhorar os indicadores de saúde da população, em especial para a redução dos custos com a assistência à doença. E dentro do mesmo raciocínio, a saúde suplementar também impactada pelos altos custos com a doença está sendo mobilizada para incluir estratégias e produtos voltados à promoção da saúde.

Todos estes fatores devem acelerar os investimentos na área de promoção à saúde nos próximos anos, incluindo o local de trabalho.

### Referências Bibliográficas

- ANDERSON, R. D. *FINANCIAL IMPACT OF HEALTH PROMOTION: NEW EVIDENCE FROM THE WORKSITE*. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.HEALTH-PROMOTIONJOURNAL.COM](http://www.health-promotionjournal.com). ACESSO EM: 20/01/2010.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: MANUAL TÉCNICO/AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – 2. ED. REV. E ATUAL.* – RIO DE JANEIRO: ANS, 2007. 168 p.
- BUCK CONSULTANTS E CPH HEALTH. *PESQUISA MUNDIAL EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E EM-ESTAR NO AMBIENTE CORPORATIVO*. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.CPH.COM.BR/IMAGES/CORPORATIVA\\_PUBLICACOES\\_SURVEY\\_TABELA01.JPG](http://www.cph.com.br/images/corporativa_publicacoes_survey_tabela01.jpg). ACESSO EM 20/01/2010.
- BUSS, P.M. UMA INTRODUÇÃO AO CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. p.15-38. IN: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (ORG). *PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS, REFLEXÕES, TENDÊNCIAS*. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 2003.
- JENKINS, C. D. *BUILDING BETTER HEALTH: A HANDBOOK FOR BEHAVIORAL CHANGE*. WASHINGTON, D.C.: PAHO, 2003.
- SILVA, MARCO A. D. DA; DE MARCHI, RICARDO. *SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO*. SÃO PAULO: BEST SELLER, 1997.



## ***Hábitos Alimentares, Segurança e Soberania Alimentar***

**Walter Belik**

*Instituto de Economia / Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas  
em Alimentação (NEPA/UNICAMP)*

**Emma Siliprandi**

*Pesquisadora do NEPA/UNICAMP*

### **Introdução**

Em debate recente um famoso político brasileiro demonstrou toda a sua irritação quando um nutricionista cobrou um maior rigor por parte dos governos na defesa dos hábitos alimentares locais nos programas de públicos em segurança alimentar. Segundo esse político, esse tipo de cobrança não teria sentido em um país com um grande número de pessoas famintas, como seria o caso do Brasil. Ademais, de acordo com esse político, as pessoas pobres, aqueles que passam fome não teriam exatamente aquilo que denominamos “hábitos alimentares”.

O sentido dessa polêmica demonstra o quanto é difícil discutir esse tema e a sua importância para a construção de políticas que estejam de acordo com o entendimento de um quadro de segurança alimentar. Nesse debate, misturam-se conceitos e criam-se preconceitos. Afinal de contas, como podemos definir o que é essencial em termos de alimentação? Até que ponto o que definimos como essencial não estaria eivado de influências estabelecidas pela propaganda e por padrões de consumo que não dizem respeito à realidade de cada grupo social ou realidade local? Por outro lado, como seria possível estimular uma ali-

mentação saudável deixando ao consumidor o poder de decisão sobre o que comprar e como consumir?

Assim, o objetivo desse artigo é o de apresentar alguns elementos importantes, extraídos de levantamentos e estatísticas brasileiras, que possam nos ajudar a definir os limites das políticas públicas para o setor alimentar no que se refere à preservação dos hábitos alimentares. O texto tem como base a última POF - Pesquisas de Orçamento Familiar do IBGE (2002/03) que realizou um levantamento detalhado sobre o consumo de alimentos no Brasil. Até o fechamento desse trabalho, não haviam sido divulgados os dados da POF 2008, que deverá trazer uma radiografia completa da situação alimentar das famílias, incluindo aquelas domiciliadas na zona rural, permitindo uma comparação de mais longo prazo – ao longo da década, de como evoluiu o consumo de alimentos em um período inédito na economia brasileira, de crescimento das rendas.

### **Segurança Alimentar e Hábitos de Consumo**

O conceito de segurança alimentar remonta ao período do pós-guerra, quando as nações estavam preocupadas com o abastecimento alimentar da sua população. Mais tarde, na década de 90 do século XX, a preocupação com a Segurança Alimentar volta à mesa de discussão, porém como um tema global. Sua definição e metas passam a ser traçadas pelo conjunto dos países participantes da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (conhecida pela sigla em inglês FAO – *Food and Agriculture Organization*). Segundo o conceito definido pela FAO em 1996, durante a Cúpula Mundial da Alimentação:

*A segurança alimentar existe quando toda pessoa, em todo momento, tem acesso físico e econômico a alimentos suficientes, inócuos e nutritivos para satisfazer suas necessidades alimentares e preferências quanto aos alimentos, a fim de levar uma vida saudável e ativa.*

Observa-se pela definição acima que além das questões originais de abastecimento alimentar, os países incorporam outras dimensões à segurança alimentar como, por exemplo, os temas ligados à nutrição, inocuidade e preferências quanto ao tipo de alimento consumido. Ademais, a definição da FAO sai das questões mais gerais, coletivas, e incorpora as questões individuais ligadas à satisfação pessoal.

Como se trata de um conceito em discussão, os movimentos sociais reunidos no Fórum Mundial sobre a Soberania Alimentar realizado em Havana, Cuba, em 2001, modificaram a noção de segurança alimentar introduzindo as questões de auto-determinação da produção e do consumo. Esses conceitos foram adotados no Brasil durante a II Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional de 2007.

*Cada país tem o direito de definir suas próprias políticas e estratégias de produção, distribuição e consumo de alimentos que garantam o direito a alimentação para toda a população respeitando as múltiplas características culturais dos povos.*  
(CONSEA, 2007)

Estes são os parâmetros aceitos, portanto, para se avaliar se a população de um determinado país se encontra ou não em situação de segurança e soberania alimentar: se as pessoas dispõem de recursos para adquirir (ou produzir) a sua alimentação; se têm acesso físico aos alimentos; se esses são de qualidade; se os alimentos que consomem estão de acordo com a sua cultura alimentar e com as suas próprias escolhas.

A vida moderna, como sabemos, impõe alguns limites para que as pessoas se alimentem de acordo com suas preferências. Nem sempre encontramos nos mercados os produtos que seriam mais do nosso agrado, ou temos recursos para comprá-los; além disso, muitas vezes, não dispomos de tempo ou não temos infra-estrutura para preparar a comida da forma que gostaríamos. Muitas vezes, as empresas agro-alimentares nos induzem, por meio da publicidade direta e indireta, a abandonar velhos hábitos e a incorporar o consumo de determinados produtos

que antes não faziam parte de nossa dieta. Assim como qualquer mercadoria, os alimentos e a forma como os consumimos dizem muito sobre nós como consumidores, por serem portadores também de símbolos e valores.

Um dos fatores mais importantes para a decisão sobre os alimentos que as pessoas consomem, portanto, é a sua renda, associada ao valor que aqueles alimentos têm para o grupo social ao qual se pertence. Também pesam nessas escolhas os hábitos culturais, as religiões, o local de moradia, etc.

Em muitos países, um dos fenômenos que mais contribuiu para a mudança dos hábitos alimentares da população foi a urbanização acelerada, ocorrida na segunda metade do século XX. O aumento da distância entre o local de moradia e o de trabalho, por exemplo, faz com que seja necessário alimentar-se fora de casa. Outro fator a ser considerado é a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho. Apesar da alimentação dentro do domicílio ainda ser uma responsabilidade feminina em todo o mundo, a sobrecarga dos trabalhos domésticos com as atividades remuneradas provocou a substituição, dentro das casas, das preparações demoradas e difíceis de fazer, por produtos pré-preparados ou prontos para o consumo. Esse movimento foi facilitado, e até mesmo introduzido, pelo maior acesso aos eletrodomésticos que, por sua vez, fazem parte do estilo de vida urbano.

Os resultados dessas mudanças na alimentação, do ponto de vista da saúde pública, são bastante conhecidos: a falta de uma alimentação balanceada e diversificada somado à falta de exercícios físicos, induz ao aumento da incidência de sobrepeso, de doenças não transmissíveis como diabetes, hipertensão, cânceres, artrites, cardiopatias e tantas outras doenças causadas por práticas alimentares inadequadas e relacionadas com o estilo de vida moderno. É importante considerarmos, portanto, as condições gerais em que essas mudanças ocorrem: não necessariamente como uma “livre escolha” das pessoas, mas como mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais.

Essas mudanças não vêm ocorrendo de forma automática em todos os países ou regiões. Em um ensaio fotográfico organizado por Faith D’Aluisio e Peter Menzel, em 2005, intitula-

do *What the World Eats*, são mostrados os alimentos adquiridos, semanalmente, por famílias de diferentes partes do mundo, e quanto essas famílias gastavam, em média, para adquiri-los. Algumas fotos podem ser acessadas na internet (<http://www.time.com/time/photogallery/0,29307,1626519,00.html>).

O conjunto da reportagem é bastante impressionante, porque mostra claramente a variação entre os hábitos alimentares conforme as regiões, tal como está ocorrendo em nossos dias. Em algumas famílias, por exemplo, consomem-se mais produtos industrializados; em outras, mais produtos *in natura*; umas comem mais peixe e menos carne, outras mais verduras e cereais, etc.. Certos produtos de marcas, como por exemplo, a coca-cola, estão presentes em quase todas as famílias, mostrando o grau de globalização atingido pelas empresas agro-alimentares, e a homogeneização de alguns hábitos de consumo. Mas a diferença entre os valores gastos também são marcantes (cf. Quadro 1), ou seja, o que é considerado básico para cada família varia também conforme a renda do país ou da região.

**Quadro 1:** Gastos semanais para a alimentação da família em diferentes países do mundo, 2008

<b>País</b>	<b>Gastos semanais por família (US\$)</b>
Alemanha	500,07
EUA – Carolina do Norte	341,98
Japão	317,25
Itália	260,11
Grã Bretanha	235,15
Kuwait	221,45
México	189,09
EUA - Califórnia	159,18
China	155,06
Polônia	151,27
Egito	68,53
Mongólia	40,02
Equador	31,55
Butão	5,03
Chad	1,23

Fonte: D'Aluisio; Menzel, 2005.

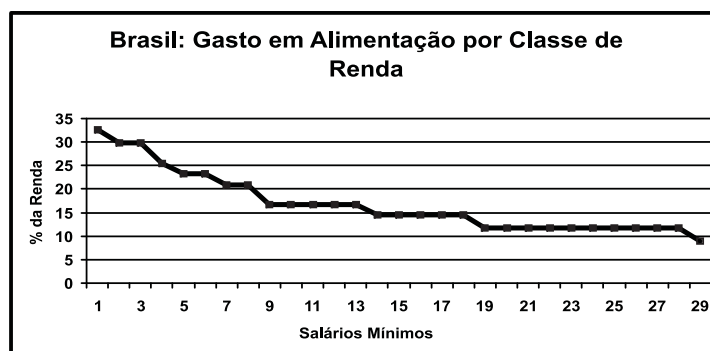
Tendo como base o Quadro 1 observamos que a alimentação de uma família pode variar de US\$ 500,07 a apenas US\$ 1,23 semanais como temos os casos antípodas da Alemanha e do Chad. Concorrem para a constituição desses valores os mercados locais, as condições de renda das famílias, as taxas de câmbio utilizadas e a carga fiscal incidente sobre os produtos consumidos. No entanto, independentemente dos valores encontrados para cada país pesquisado é absolutamente cristalino que quanto mais pobre for a família maior será o peso da alimentação na sua renda. Ou seja, os mais ricos gastam mais em alimentos, mas a proporção desse gasto na sua renda é muito menor que a proporção desse gasto no caso de uma família pobre.

Essa relação entre gastos com alimentos e renda têm sido estudada desde o século XIX a partir dos trabalhos do estatístico alemão Ernest Engel. Pesquisa da Universidade da Califórnia ilustra os pressupostos de Engel, apresentando os percentuais médios gastos por diferentes países para a compra de produtos alimentícios. As populações de países com renda *per capita* alta, como o Canadá, os Estados Unidos e a Dinamarca, por exemplo, gastam algo em torno de 10% da sua renda com a sua alimentação; enquanto o contrário ocorre para os países menos desenvolvidos da América Latina, que destinam 40% da sua renda familiar para o consumo de alimentos (LIGON, 2008).

A situação é semelhante no Brasil entre as diferentes classes de renda. Conforme se pode observar através dos dados da POF de 2002/03, conforme aumenta a faixa de renda, diminui proporcionalmente o gasto com alimentação.



Gráfico 1



Fonte dos dados brutos: POF-IBGE 2002-03

O que ocorre quando há um aumento de renda para determinadas faixas da população? Nesse caso, a POF também nos auxilia a entender para onde vai esse excedente de renda. Os tipos de alimentos mais consumidos variam bastante no Brasil, conforme as faixas de renda. Entre os 20% mais pobres da população, por exemplo, o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados é bem mais alto do que entre os 20% mais ricos da população. Esses números são invertidos para o caso dos produtos industrializados: os ricos os consomem muito mais do que os pobres (Levy-Costa et al., 2005, sobre dados da POF 2002/03).

Outro exemplo dessas diferenças pode ser visto na alimentação consumida fora do domicílio, apresentada na POF do IBGE, em 2003: enquanto nas faixas de renda mais baixas (até 2 salários mínimos) 12% das pessoas consumiam esse tipo de alimentação, entre as faixas de renda mais altas (acima de 30 salários mínimos) esse número subia para 36%. Enquanto, para alguns, comer fora de casa é uma necessidade por não haver outra opção, para outros segmentos da população passa a ser associada com o lazer e valorizada como um

hábito que confere *status social*. De qualquer maneira, através dos cálculos da “elasticidade-renda” para alimentação, em 2002/03 (Quadro 2) podemos observar que todas as faixas de renda têm um comportamento semelhante, valorizando a alimentação fora de casa mais que a alimentação no domicílio, muito embora as proporções da alimentação fora do domicílio para as faixas de renda mais alta sejam maiores do que para os que estão na base da pirâmide. Observa-se pelos dados preparados por Hoffmann (2007) que a classe de renda mais baixa tem uma tendência a emular o padrão de consumo das classes mais ricas, muito embora a proporção de consumo de bebidas fora do domicílio seja muito menor que a observada nas classes média e alta.

**Quadro 2:** Brasil: Elasticidade Renda para Alimentação  
2002/03

Renda Familiar per capita	Elasticidade no Estrato		
	I	II	III
Alimentação no Domicílio	0,403	0,308	0,419
Alimentação fora do domicílio	0,525	0,869	0,666
Almoço e Jantar fora do domicílio	0,846	1,210	0,934
Cerveja e outras bebidas fora do domicílio	0,073	0,762	0,219

Fonte: Hoffmann (2007) a partir dos dados da POF - IBGE

### Conclusões

Os hábitos de comer são escolhas sociais que se dão dentro de determinados limites, dados pelas estruturas de produção e de consumo existentes, e que não podem ser transformadas radicalmente em curtos períodos de tempo. Não é razoável supor, por exemplo, que hábitos de consumo que hoje são considerados inadequados venham a ser substituídos pela simples consciência de que são prejudiciais à saúde. Além das condições materiais necessárias para efetuar as mudanças torna-se fundamental a existência de informações suficientes para orientar as escolhas, garantindo um consumo prazeroso dos alimentos.

Hábitos alimentares saudáveis são induzidos através de políticas públicas responsáveis e muita informação junto ao consumidor. A insegurança alimentar e nutricional passa também por uma alimentação saudável. Para que as políticas de transferência de renda, por exemplo, sejam eficazes do ponto de vista da melhoria da nutrição da população pobre, que é a que mais sofre com a insegurança alimentar e nutricional, será necessário, portanto, uma atenção especial à análise das transformações que vêm ocorrendo nos hábitos alimentares dessa camada da população.

Com mais renda disponível, se tenderá, em termos globais, a aumentar o gasto com alimentos que hoje são consumidos pelas classes de renda média e alta, além da alimentação fora do domicílio. Trata-se de uma excelente oportunidade para promover uma alimentação de qualidade, que aliada a outros fatores como a melhoria no atendimento à saúde, saneamento básico, condições de habitação, etc. – poderá evitar os riscos da insegurança alimentar.

### **Referências Bibliográficas**

- D'ALUISIO, F.; MENZEL, P. (EDS.) (2005) *HUNGRY PLANET: WHAT THE WORLD EATS*. BERKELEY: TEN SPEED PRESS.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *DOCUMENTO BASE PARA A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL*. BRASÍLIA, 2007.
- LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERI, R.; PONTES, N. S.; MONTEIRO, C. A. (2005). DISPONIBILIDADE DOMICILIAR DE ALIMENTOS NO BRASIL: DISTRIBUIÇÃO E EVOLUÇÃO (1974-2003). *REVISTA SAÚDE PÚBLICA*. 39 (4). p. 530-40.
- LIGON, E. (2007) *FOOD PRICES AND THE WELFARE OF POOR CONSUMERS*. GIANNINI FOUNDATION OF AGRICULTURAL ECONOMICS, UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY (MIMEO).
- HOFFMANN, R. (2007) ELASTICIDADES-RENDA DAS DESPESAS E DO CONSUMO DE ALIMENTOS NO BRASIL EM 2002-2003 IN: GEIGER, FERNANDO ET AL. (ORGANIZADORES) *GASTO E CONSUMO DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS CONTEMPORÂNEAS*. BRASÍLIA: IPEA, PP.484-484.



***Revisão Literária dos Modelos Clássicos  
de Avaliação da Qualidade de Vida no  
Trabalho: um Debate Necessário***

**Bruno Pedroso**

*Doutorando em Educação Física – UNICAMP*

**Luiz Alberto Pilatti**

*Professor do Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia de Produção – UTFPR*

Os desdobramentos produzidos pelo labor de homens num cenário crescentemente complexo, abalizado por diferentes aparelhos jurídicos próprios, permeiam profundamente o tecido social de diferentes países e produzem diversidade.

Na atualidade, fruto de um longo processo de transmutações ocorridas em seu curso histórico, o trabalho tornou-se singular. Convive-se, num mesmo cenário, com a alta tecnologia e condições subumanas – elementos diversos de uma peça que muitos chamam de pós-modernidade. Nessa peça, os sujeitos sociais são coisificados e alienados. O pano de fundo do enredo é a globalização, que derrubou fronteiras nacionais e produziu, em um mesmo palco, riqueza, melhoria na qualidade de vida (QV), sofrimentos e doenças para uma legião de trabalhadores.

Esse cenário perfez, com sinais crescentemente evidentes, que a QV passa a compor o discurso patronal nas últimas décadas. A visão holística do homem como um ser biopsicossocial passa a ser mais divulgada, ainda que, em muitos casos, a retórica não tenha sido materializada no cotidiano dos trabalhadores.

Essa reflexão se fortalece a partir da percepção de que os recursos humanos são o ativo mais importante das organizações.

Estudiosos das mais variadas áreas passaram a investigar o fenômeno da QV no ambiente laboral, que, posteriormente, desmembra-se da sua variável progenitora – a QV –, dando origem a um novo indicador: a qualidade de vida no trabalho (QVT).

A subjetividade na conceituação da (QVT) fomenta a existência de modelos teóricos distintos para a avaliação desta variável. Nessa perspectiva, o presente trabalho objetiva, através de uma fundamentação teórica a partir dos principais modelos de QVT encontrados na literatura, realizar uma analogia dos referidos. Os modelos pioneiros de avaliação da QVT, que serão abordados no presente estudo, são: Walton (1973), Hackman e Oldham (1974), Westley (1979), Werther e Davis (1981) e Nadler e Lawler (1983).

#### **Modelo de QVT de Walton (1973)**

É o modelo de QVT constituído pelo maior número de dimensões – oito, enfatizando o trabalho como um todo, não se limitando a abordar somente o ambiente laboral em si, fazendo menção, inclusive, a aspectos presentes na vida de não-trabalho.

Ao contrário dos demais modelos clássicos de QVT, Walton procura associar o máximo de dimensões relacionadas ao trabalho, incluindo as dimensões cuja influência na vida do trabalhador ocorra de forma indireta. Isto é, tal influência não é ocasionada pelo trabalho em si, mas pela forma como este é conduzido.

Para a avaliação dessa variável, Walton elenca oito categorias: compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso ou desenvolvimento das capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social na organização, constitucionalismo, trabalho e vida, e, relevância social. As categorias, por Walton denominadas como “critérios”, não são dispostas em ordem de prioridade, sendo atribuídas a cada uma delas, a mesma importância na QVT.

O modelo de Walton permanece, mesmo após quase quatro décadas da sua publicação, sendo um dos modelos mais utilizados para subsidiar pesquisas – quantitativas e qualitativas – na área da QV. No Brasil, o modelo de Walton é utilizado em grande escala, superando a utilização dos demais modelos. Este é considerado o mais completo modelo, sendo utilizado, principalmente, por estudiosos da administração de recursos humanos e da psicologia organizacional.

#### **Modelo de Hackman e Oldham (1974)**

Teve a sua progênie associada ao modelo teórico de Hackman e Lawler, publicado em 1971. A reestruturação do modelo teórico predecessor, acrescida da operacionalização dos indicadores propostos neste modelo, resultou no instrumento de avaliação da QVT de Hackman e Oldham, publicado na forma de um relatório técnico em 1974, e, também, na forma de artigo científico em 1975.

Com base nos estudos de Hackman e Oldham (1974), pode se afirmar que há três fatores que influenciam na motivação no ambiente laboral, denominados Estados Psicológicos Críticos: conhecimento e resultados do seu trabalho; responsabilidade percebida pelos resultados do seu trabalho e; significância percebida do seu trabalho.

Os Estados Psicológicos Críticos são processos individuais que não podem ser influenciados durante o gerenciamento do trabalho, portanto, é preciso determinar propriedades do trabalho que sejam passíveis de avaliação e mudança e que possuam influência direta nos Estados Psicológicos Críticos. Estas recebem a denominação de Dimensões Essenciais do Trabalho (CHANG JÚNIOR; ALBUQUERQUE, 2002).

A partir das Dimensões Essenciais do Trabalho – Variedade da Tarefa, Identidade da Tarefa, Significado da Tarefa, Autonomia e *Feedback* –, Hackman e Oldham formularam um escore denominado Potencial Motivador do Trabalho, que avalia as propriedades motivacionais do trabalho, indicando o quanto este é significativo, fomenta a responsabilidade e proporciona o conhecimento dos resultados.

O instrumento para a determinação do Potencial Motivador do Trabalho é composto por 15 questões objetivas com repostas dispostas em uma escala do tipo Likert de sete alternativas. O escore do Potencial Motivador do Trabalho é obtido através da seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Variedade da Tarefa} + \text{Identidade da Tarefa} + \text{Significado da Tarefa}) \times \text{Autonomia} \times \text{Feedback}}$$

3

O Potencial Motivador do Trabalho pode variar entre 1 e 343, sendo que os autores proponentes do referido indicador preconizam que os valores acima de 125 são considerados satisfatórios, enquanto os valores inferiores a 125 são considerados insatisfatórios.

### **Modelo de Westley (1979)**

Publicado em 1979, nos Estados Unidos, com ênfase na abordagem sociotécnica, o modelo de QVT de Westley realiza uma retrospectiva histórica do ambiente laboral, inserindo as dimensões abordadas em seu modelo no contexto do trabalho, articulando-as paralelamente à QVT.

De acordo com Westley (1979), os problemas oriundos do ambiente de trabalho podem ser de ordem política (insegurança), econômica (injustiça), psicológica (alienação) e sociológica (anomia). Cada uma dessas categorias deve ser analisada individualmente para a busca de soluções para os problemas existentes.

Nessa perspectiva, a QVT é alcançada quando os postos de trabalho são humanizados a ponto de minimizar as quatro problemáticas-chave: insegurança (instabilidade no emprego), injustiça (desigualdade salarial), alienação (baixa autoestima) e anomia (carência de uma legislação trabalhista).

Em seu estudo, Westley (1979) associa quatro problemáticas originadas na sociedade industrial e discute a forma como estas interferem no labor dos colaboradores. É realizada uma analogia temporal da metade do Século XIX até o final da década de 70, justificando os motivos pelos quais tais problemáticas são importantes no contexto do trabalho. Westley atenta-se



em identificar as causas e conseqüências de cada problemática, além de inferir possíveis soluções para que estas se extingam.

Entretanto, Westley aborda somente a principal problemática das dimensões econômica, política, psicológica e sociológica, sem a preocupação de levantar demais indicadores da QVT para tais dimensões. Outrossim, Westley também conduz ao entendimento de que a qualidade de vida é uma condição binária, podendo esta existir ou não, impossibilitando a existência de classificações intermediárias.

### **Modelo de Werther e Davis (1981)**

Foi publicado pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos. Sua publicação ocorreu na forma de um capítulo do livro *Human resources and personnel management*, intitulado *Quality of work life*. A versão em português do referido livro foi publicada em 1983, sob o título “Administração de pessoal e recursos humanos”.

De acordo com Werther e Davis (1983), muitos fatores afetam a QVT, como a supervisão, condições de trabalho, pagamento, benefícios e o projeto do cargo. No entanto, é o cargo que “envolve mais intimamente o trabalhador”. Por mais que os colaboradores possuam um bom salário, boas condições de trabalho e uma boa supervisão, as atividades que estes desenvolvem podem, sob a ótica dos mesmos, ser tediosas.

Segundo Werther e Davis (1983), os desafios ambientais, organizacionais e comportamentais influenciam diretamente na QVT. Mudanças nesses fatores devem ser previstas com antecipação, ao passo que estas podem desestruturar a QVT dos colaboradores de uma organização.

Para que haja a satisfação mútua na relação colaborador-organização, faz-se necessário que as exigências organizacionais, ambientais e comportamentais, sejam combinadas a um projeto apropriado de cargo.

Para prevenir a criação de cargos que promovam elevado grau de insatisfação, os gestores não devem projetar cargos para suprir seus objetivos pessoais, mas sim, os objetivos or-

ganizacionais. Assim, a criação de um projeto de cargo deve levar em consideração os elementos organizacionais, ambientais e comportamentais presentes no cargo. Um projeto de cargo criado considerando-se tais elementos proporciona maiores índices de motivação e satisfação, e, por conseguinte, uma melhor QVT aos ocupantes deste cargo.

Todavia, os elementos comportamentais do projeto de cargo sugerem que seja concedida maior autonomia, variedade, identidade da tarefa e retroinformação, ao passo que os elementos organizacionais pregam uma maior especialização e menor autonomia, variedade, identidade da tarefa e retroinformação. Nessa perspectiva, os cargos mais eficientes serão insatisfatórios, enquanto os cargos satisfatórios serão ineficientes. Esse imbróglio constitui um grande problema aos projetistas de cargo.

Ao se projetar um cargo, as permutas existentes entre os elementos comportamentais e organizacionais devem ser levadas em consideração, de forma a evitar que um fator anule o outro. É preciso, portanto, haver um equilíbrio entre os elementos comportamentais e organizacionais, de forma que ambos possam proporcionar índices satisfatórios de QVT aos colaboradores.

### **Modelo de Nadler e Lawler**

Nadler e Lawler (1983) partem do preceito de que a variável QVT deveria ser claramente definida em um conceito que expresse o seu real significado e que por sua vez deve abarcar o que é a QVT, quais resultados esta pode proporcionar, quais os benefícios e quais as condições para que esta produza os resultados desejados.

Visto que o grande número de conceitos gerados para definir QVT estavam interligados ao contexto em que os mesmos se inseriram, Nadler e Lawler (1983) buscaram no período de 1959 até 1982, um conceito particular para cada contexto. Nesse período, a QVT estava inserida em seis contextos distintos, conforme ilustrado no Quadro 1:

**Quadro 1** – Evolução do conceito de QVT

<b>CONCEPÇÕES EVOLUTIVAS DA QVT</b>	<b>CARACTERÍSTICAS OU VISÃO</b>
1. QVT como uma variável (1959-1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Era investigado como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
2. QVT como uma abordagem (1969-1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo tendia a trazer melhorias tanto ao empregado como à direção.
3. QVT como um método (1972-1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era vista como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
4. QVT como um movimento (1975-1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos "administração participativa" e "democracia industrial" eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
5. QVT como tudo (1979-1982)	Como panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
6. QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará apenas de um "modismo" passageiro.

Fonte: Nadler e Lawler (1983, apud FERNANDES, 1996)

Em síntese, Nadler e Lawler (1983) preconizam que a efetividade de um programa de QVT está inter-relacionada a uma série de fatores, e, nessa perspectiva, apresentam uma estruturação que deve ser conduzida na implantação dos referidos programas. Seguindo um modelo em cascata, estes sugerem atividades que devem ser exploradas nos programas de QVT, fatores que determinam o sucesso nos programas de QVT, e, por fim, os pontos centrais que devem ser gerenciados.

Nadler e Lawler priorizaram conceituar teoricamente a variável QVT através de uma análise espaço-temporal, em diferentes contextos. São apresentadas distintas concepções

que a QVT apresentou no curso da História. O objeto mais valorizado do trabalho de Nadler e Lawler é a retrospectiva histórica das concepções da QVT, que aborda as perspectivas associadas ao conceito desta, desde 1969 até 1982, acrescidas de um conceito da QVT projetando um futuro próximo.

A profecia de que a qualidade de vida no trabalho se torne “nada”, com sucessivos fracassos dos programas de qualidade de vida no trabalho, não ocorreu. Os testes da História responderão se o devir projetado aconteceu ou, ainda, acontecerá. Entretanto, a tendência é de que a predição seja equivocada. A qualidade de vida no trabalho tornou-se um elemento organizacional, que apresenta possibilidades reais de transcender o simples modismo.

### **Considerações Finais**

Com a humanização do trabalho, a preocupação com a saúde e o bem-estar do trabalhador se intensificou. Mesmo que o ambiente produtivo tenha sofrido uma revolução, a melhoria da QVT tem sido restrita. Na tentativa de mensurar essa variável surgiram os modelos de avaliação da QVT. O presente trabalho debate os principais modelos teóricos de avaliação da QVT.

As constatações provenientes do presente estudo aferem que o modelo de Walton aborda a QVT de forma global e abarca o maior número de critérios, mas não avalia a esfera biológica/fisiológica do trabalhador. O modelo de Hackman e Oldham é o único que se apresenta na forma de um instrumento de avaliação quantitativo, mas limita-se a avaliar a motivação proveniente do ambiente laboral. O modelo de Westley enfatiza quatro grandes e importantes esferas da vida, mas aponta um único indicador majoritário para a avaliação de cada uma destas esferas. O modelo de Werther e Davis prevê que há um limiar para cada indicador, onde, ao se ultrapassar tal limítrofe, o aumento de nível de determinado indicador passa a prejudicar outro indicador, mas, por sua vez, foca exclusivamente o projeto de cargo. O modelo de Nadler e Lawler é sustentado por uma concepção evolutiva

do conceito da QVT amplamente utilizada na literatura, mas prioriza o apontamento de fatores que determinam o sucesso nos programas de QVT, não apresentando indicadores para a avaliação da QVT.

Ainda que se tratem de modelos pioneiros e amplamente utilizados, esses foram propostos há pelo menos duas décadas, abrindo margem para a indagação sobre a atualidade de tais modelos. Há de se reconhecer, também, que estes modelos foram validados a partir da população estadunidense, cuja cultura difere-se demasiadamente da sociedade brasileira.

Frente ao estudo apresentado, exprime-se a existência de um embate no que diz respeito à escolha de um modelo de avaliação da QVT. Cada um dos referidos modelos apresenta suas respectivas vantagens e desvantagens, as quais devem ser analisadas antes da opção de utilização por um dos modelos. Todavia, a inexistência de um modelo adequado para a fomentação de determinados estudos perfaz com que se faça necessário a construção de instrumentos específicos, condizentes com as populações a serem examinadas.

### **Referências Bibliográficas**

- CHANG JÚNIOR, J.; ALBUQUERQUE, L. G. COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL: UMA ABORDAGEM HOLÍSTICA E SIMULTÂNEA DOS DETERMINANTES ENVOLVIDOS NO PROCESSO. *REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO MACKENZIE*, SÃO PAULO, v. 3, n. 2, p. 13-38, 2002.
- FERNANDES, E. *QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: COMO MEDIR PARA MELHORAR*. SALVADOR: CASA DA QUALIDADE, 1996.
- HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. *THE JOB DIAGNOSTIC SURVEY: AN INSTRUMENT FOR THE DIAGNOSIS OF JOBS AND THE EVALUATION OF JOB REDESIGN PROJECTS*. TECHNICAL REPORT N. 4, DEPARTMENT OF ADMINISTRATIVE SCIENCES OF YALE UNIVERSITY, MAY 1974.
- NADLER, D. A.; LAWLER, E. E. QUALITY OF WORK LIFE: PERSPECTIVES AND DIRECTIONS. *ORGANIZATIONAL DYNAMICS*, v. 11, n. 3, p. 20-30, 1983.

WALTON, R. E. QUALITY OF WORKING LIFE: WHAT IS IT? *SLOW MANAGEMENT REVIEW*, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

WERTHER, B. W; DAVIS, K. *ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL E RECURSOS HUMANOS: A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO*. SÃO PAULO: MCGRAW-HILL DO BRASIL, 1983.

WESTLEY, W. A. PROBLEMS AND SOLUTIONS IN THE QUALITY OF WORKING LIFE. *HUMANS RELATIONS*, v. 32, n. 2, p. 111-123, 1979.