



Capítulo 8

**Qualidade de Vida e Saúde:
Avaliação pelo QVS-80**



GUANIS DE BARROS VILELA JÚNIOR

DOUTOR EM EDUCAÇÃO FÍSICA PELA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), PROF. ADJUNTO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA (UEPG), COORDENADOR DO CENTRO DE PESQUISAS AVANÇADAS EM QUALIDADE DE VIDA

NEIVA LEITE

DOUTORA EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), PROFA. ADJUNTA NO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFPR, COORDENADORA DO MESTRADO E DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFPR. LÍDER E PESQUISADORA DO NÚCLEO DE PESQUISA EM QUALIDADE DE VIDA (NQV/UFPR)

O advento das modernas sociedades urbanas e o conseqüente aumento do número de problemas ligados à infraestrutura, tais como água potável, tratamento de esgotos, poluição, transporte e violência urbana, associados aos diferentes hábitos e estilos de vida, definem um cenário social capaz de comprometer significativamente a qualidade de vida (QV) das pessoas.

Classicamente, boa parte da pesquisas sobre QV tem adotado o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define como: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Entretanto, um dos maiores desafios metodológicos das pesquisas sobre QV refere-se ao

desenvolvimento e validação de um instrumento que consiga apreender os aspectos subjetivos e multidisciplinares da mesma, e que contemple também os aspectos objetivos que possuem um significativo impacto na saúde das pessoas.

Por exemplo, o Whoqol da OMS é um importante instrumento para a compreensão generalizante e subjetiva da QV de diferentes populações, mas o mesmo não é eficiente quando se quer saber sobre a influência de aspectos pontuais e objetivos da QV. Entendemos que apenas a percepção e os valores que o indivíduo possui de sua QV pode, pelo menos sob a perspectiva metodológica, apresentar limitações. Isso porque, dependendo da situação, as pessoas podem superestimar a percepção que têm de um determinado momento de suas vidas. Por exemplo, uma população de tabagistas pode apresentar ótimos indicadores de QV até o surgimento dos efeitos deletérios do consumo do tabaco. Ou seja, entre a percepção subjetiva da QV e a conscientização dos malefícios de hábitos não saudáveis existe um hiato que pode ocultar aspectos pontuais que comprometem a QV dos indivíduos apesar da não percepção deste fato pelos mesmos. A qualidade de vida no trabalho (QVT) classicamente tem sido avaliada apenas no universo corporativo, negligenciando na maioria das vezes, a influência de variáveis extra-corporativas na QVT, tais como qualidade do sono, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, dentre outras.

Este capítulo possui dois objetivos, o primeiro é abordar o estilo de vida atual e o que isso representará para a QV e saúde dos futuros trabalhadores. O segundo é apresentar o questionário de avaliação de qualidade de vida e da saúde (QVS-80) como proposta para análise da QV em trabalhadores, uma vez que o mesmo é capaz de apreender tanto os aspectos objetivos e determinísticos da QV quanto os aspectos subjetivos e perceptivos da mesma.

Estilo de Vida Atual e Seus Futuros Desdobramentos

Uma boa pergunta sobre a QV de nossos trabalhadores é: temos educado nossas crianças e adolescentes adequadamente? O dito popular “colhemos o que plantamos” é uma boa metáfora para respondermos essa questão, o que evidencia a importância da educação básica na consolidação de hábitos e estilos de vida saudáveis na maturidade, afinal, sabemos o quanto é difícil a mudança de comportamentos adquiridos na infância e adolescência. No final do século XX e no início do XXI, houve diminuição das atividades ao ar livre e aumento no tempo destinado à televisão (TV) e em jogos dentro de casa, resultado da insegurança nas cidades e pelo maior acesso ao desenvolvimento tecnológico. No entanto, os pais e os educadores não imaginavam que em aproximadamente trinta anos houvesse uma redução no movimento das crianças e adolescentes, diminuindo o gasto energético, a ponto de acelerar o sedentarismo e acarretar em doenças hipocinéticas desde a infância. A utilização excessiva da tecnologia em nossa sociedade e os hábitos alimentares inadequados anteciparam o aparecimento de problemas de saúde na população infanto-juvenil, o que antes era evidenciado somente nos adultos (Mendes e Leite, 2008).

Os avanços tecnológicos, além de modificar as brincadeiras das crianças e adolescentes, proporcionaram mudanças também nas características do trabalho e no nível de conhecimento do trabalhador. Essas modificações provocaram uma passagem do paradigma industrial para a era da informação (Pilatti, 2007). Houve a necessidade de se conhecer cada vez mais sobre as tarefas laborais e sobre o mundo. A televisão e os microcomputadores representam os instrumentos facilitadores à informação e na contra-mão do movimento humano. Segundo Vilela Júnior (2007), o desenvolvimento das novas tecnologias só apresentam sentido se estiverem relacionadas a uma melhor qualidade de vida.

A população em geral apresenta o hábito de assistir TV como atividade mais comum no tempo livre da vida diária, no período fora da escola ou do trabalho. O aumento da idade se associa ao maior número de horas despendidas na fren-

te do aparelho, iniciando com 2,5 horas diárias nas crianças menores. Esse hábito pode influenciar o comportamento na população infanto-juvenil quanto às escolhas da alimentação e sedentarismo, associando-se à maior adiposidade, à menor capacidade física, ao tabagismo e à elevação dos níveis de colesterol (Hancox, Milne, Poulton, 2004). O estilo de vida sedentário e os hábitos alimentares inadequados provocaram uma maior prevalência de obesidade na população, inclusive o excesso de peso foi encontrado em aproximadamente 17% das crianças e adolescentes de escolas públicas de Curitiba (Leite et al., 2003).

No ambiente ocupacional, além do estilo de vida individual, existem as esferas coletivas de saúde, que estão relacionadas tanto à forma com que cada trabalhador percebe o seu trabalho, como em relação aos aspectos ergonômicos na execução das tarefas. O aparecimento das doenças está relacionado à propensão genética somada aos fatores ambientais e ocupacionais, manifestando-se como desajustes psicológicos e/ou sinais e sintomas em diferentes sistemas corporais (Mendes e Leite, 2004, cap 6).

Portanto, o diagnóstico de doenças nos trabalhadores fica mais completo a partir de uma avaliação dos fatores individuais, familiares e laborais. A proposta do QVS-80 surgiu com o intuito de avaliar a qualidade de vida e saúde dos trabalhadores em vários aspectos. O instrumento QVS-80 e os seus domínios serão discutidos a seguir.

Características do Instrumento QVS-80

O QVS-80 foi elaborado por Leite, Vilela Junior et al. (2007) e foi publicado em livro de ginástica laboral como instrumento para avaliação de trabalhadores (Mendes e Leite, 2008, cap 3). O instrumento é composto por oitenta questões, das quais 67 foram estruturadas na Escala Lickert. No QVS-80 são identificados quatro domínios, são eles: Domínio da saúde (D1), Domínio da atividade física (D2), Domínio do ambiente ocupacional (D3) e Domínio da percepção da QV (D4).

O Domínio da saúde (D1) é composto por 30 questões, sendo as treze iniciais uma anamnese relativa à existência de doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes, obesidade, dislipidemias, bronquite, rinite alérgica e câncer; as 17 questões restantes desse domínio referem-se aos estilos e hábitos de vida, tais como qualidade do sono, tabagismo e consumo de álcool. O Domínio da atividade física (D2) é composto por 15 questões sobre a atividade física no tempo livre, ou seja, fora do espaço e tempo de trabalho. O Domínio do ambiente ocupacional (D3) é composto por 11 questões relativas à atividade física no trabalho e ao ambiente ocupacional. O Domínio da percepção da QV (D4) é composto por 24 questões.

A consistência interna das respostas relativas às 67 questões do QVS-80 estruturadas na escala de Lickert é aferida através do coeficiente de Cronbach. As treze questões iniciais (anamnese), devido à sua natureza, apresentam a possibilidade de subestimar a ocorrência de doenças uma vez que os sujeitos podem ignorar sua existência em decorrência da não realização regular de exames específicos. Nesse sentido, faltam pesquisas clínicas para melhor conhecermos a prevalência das doenças crônicas junto aos trabalhadores. Apesar dessa limitação, o D1, ao questionar em suas questões abertas a presença ou não dos fatores de risco cardiovasculares, traça um diagnóstico da prevalência das doenças crônicas e de suas inter-relações com o ambiente ocupacional. Ao mesmo tempo em que uma baixa proporção dessas doenças em relação à população em geral revela a deficiência da avaliação preventiva e sistemática dos exames periódicos de saúde, que muitas vezes servem somente para cumprir a obrigatoriedade das leis trabalhistas.

As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas as principais responsáveis pelos índices de mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, causando também invalidez parcial ou total de indivíduos na faixa etária produtiva. A mortalidade pelas DCV atingiu 32,3% dos brasileiros em 2002 (WHO, 2007). Pesquisas epidemiológicas indicam que muitos fatores estão associados ao risco de desenvolvimento de DCV. Quanto maior o número e a gravidade desses fatores, maior a probabilidade do desenvolvimento de uma doença coronariana (Heyward, 2004). A grande prevalência

de fatores de risco para DCV na população brasileira e nos trabalhadores, alerta para o desenvolvimento de medidas que conscientizem a população para a prevenção (Albuquerque, 2007).

Os fatores de risco são classificados de acordo com a presença ou não de interferências externas ao desenvolvimento ou regressão das DCV. Existem os fatores de risco não-modificáveis, que incluem a hereditariedade (fatores genéticos), o sexo e a idade, e os fatores de risco modificáveis, que geralmente são adquiridos com o passar do tempo e estão relacionados aos hábitos de vida, como a hipertensão, o diabetes mellitus, as dislipidemias, o tabagismo, a obesidade, o estresse e o sedentarismo (Mendes e Leite, 2004, cap 6).

As doenças consideradas como fatores de risco cardiovasculares em adultos estão sendo diagnosticadas em crianças e adolescentes, associadas ao crescimento da obesidade infantil, ao aumento da gordura visceral e à menor massa muscular. A obesidade e a inatividade física na infância têm sido identificadas como situações a serem prevenidas (American Academy of Pediatrics, 2003). O aparecimento precoce desses fatores produz maior proporção de adultos apresentando várias doenças crônicas na próxima década, quando os atuais adolescentes iniciarem no mercado de trabalho (Mendes e Leite, 2008, cap 6). O diagnóstico possibilita o trabalho preventivo e terapêutico nessa fase, evitando a persistência na vida adulta.

Nos últimos anos, os fatores de risco cardíacos foram mais estudados devido ao aumento da morbidade e mortalidade decorrentes das complicações cardiovasculares (Lotufo, 1998). Vários estudos avaliaram a prevalência dos fatores de risco cardíacos em trabalhadores. Os fatores de risco interferem de forma negativa na saúde do trabalhador e influenciam no ambiente de trabalho, gerando afastamentos por doenças e acarretando repercussões nos gastos da empresa (Maia, Goldmeier e Moraes et al., 2007; Mendes e Leite, 2002; Matos, Silva e Pimenta et al., 2004; Meira, 2004). Os fatores de risco mais encontrados em pesquisas com traba-

lhadores foram, em ordem decrescente, o sexo, hereditariedade, sedentarismo, excesso de peso, dislipidemias e hipertensão arterial (Matos, Silva e Pimenta et al., 2004; Meira, 2004; Nascimento e Mendes, 2002).

A utilização do QVS-80 para avaliar a presença de fatores de risco de DCV em trabalhadores em empresa de Curitiba (PR) detectou como mais prevalentes o sedentarismo em 54,2% dos indivíduos, excesso de peso em 40,9% e o tabagismo em 14,4% (Albuquerque et al., 2007). Resultados que confirmaram os percentuais divulgados pelo último relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/ Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, 2004), em que o percentual de brasileiros com excesso de peso atingiu 40,6% dos indivíduos acima de 18 anos e 16,7% dos adolescentes. Ao relacionar esses percentuais entre si, a tendência é um aumento ainda maior na prevalência de excesso de peso entre os adultos na próxima década.

Apesar do gênero masculino apresentar maior risco de desenvolver DCV, as mulheres apresentam maior prevalência de alguns fatores de risco modificáveis, como o sedentarismo, o que pode prejudicá-las quanto ao aparecimento das doenças cardiovasculares (Matos, Silva e Pimenta et al., 2004; Morais e Ferreira, 2007). No estudo de Albuquerque (2007), o QVS-80 avaliou que 54,2% dos funcionários de uma empresa de Curitiba (PR) apresentavam hábitos sedentários no horário do lazer, sendo maior a prevalência de sedentarismo entre as mulheres (87,5%) comparadas aos homens (46,2%). Quanto ao tabagismo, 15% dos homens eram fumantes e 12,5% entre as mulheres. O estudo de Silva et al. (2007), que utilizou o QVS-80, revelou que 56,3% dos trabalhadores de uma empresa da região metropolitana de Campinas (SP) realizavam exercícios físicos regularmente e 60% já fumaram ou permanecem com o hábito do tabagismo.

Em avaliações preliminares em trabalhadores com a aplicação do QVS-80, encontramos o coeficiente de Cronbach de 0,88, o que demonstra uma boa consistência interna das respostas relativas às 67 questões do mesmo. O impacto de cada um dos domínios do QVS-80 dos sujeitos foi obtido através de uma sintaxe que possibilitou constatarmos que o domínio

da saúde (D1) foi responsável por 54,0% da QV dos trabalhadores, ao passo que o domínio da percepção da QV (D4) o foi por 25%, seguido pelo domínio da atividade física no tempo livre (D2) com 16,3% e o domínio do ambiente ocupacional (D4) 4,5%; tais resultados mostram a importância dos indicadores da saúde clínica na QV desta população. (Vilela Junior, Leite et al., 2007).

Considerações Finais

O QVS-80 é um instrumento que possibilita o diagnóstico do estilo de vida, focalizando a presença de doenças crônicas não-transmissíveis, bem como a avaliação dos hábitos de sono, prática de atividades físicas, atividades laborais e qualidade de vida dos trabalhadores. Sugerimos que a avaliação da qualidade de vida e saúde dos trabalhadores utilizando o instrumento QVS-80 seja parte de programas de prevenção e promoção de saúde ocupacional.

Referências

ALBUQUERQUE, A. M.; CIESLAK, F.; MARTINES, I. C.; VILELA JÚNIOR, G. B.; LEITE, N. 2007. "FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM TRABALHADORES DE UMA EMPRESA DE CURITIBA (PR)". ANAIS DO 6º CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, p. 108.

ALBUQUERQUE, A. M. 2007. FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM TRABALHADORES DE UMA EMPRESA DE CURITIBA (PR). MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO LATO-SENSU EM ERGONOMIA NO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. 48 p., ORIENTAÇÃO: N. LEITE

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. 2003. "PREVENTION OF PEDIATRIC OVERWEIGHT AND OBESITY". PEDIATRICS, v. 112, n.2, p. 424-430.

HANCOX, R. J.; MILNE, B.; POULTON, R. 2004. "ASSOCIATION BETWEEN CHILD AND ADOLESCENT TELEVISION VIEWING AND ADULT HEALTH: A LONGITUDINAL BIRTH COHORT STUDY". LANCET, v. 364, p. 257-262, 2004.

HEYWARD, V. H. 2004. AVALIAÇÃO FÍSICA E PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO: TÉCNICAS AVANÇADAS. 4ª. ED. PORTO ALEGRE: ARTMED.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE - PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES - POF/IBGE, 2004. DISPONÍVEL EM: [HTTP://PORTALWEB01.SAUDE.GOV.BR/ALIMENTACAO/REDENUTRI/DEZEMBRO/21-12_11.PDF](http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/redenutri/dezembro/21-12_11.pdf) ACESSO EM: 17 JAN 2005.

LEITE, N.; RADOMINSKI, R. B.; LOPES, W.A. ET AL. 2003. "PERFIL NUTRICIONAL DE ESCOLARES EM CURITIBA". REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE. v. 9, N.S.1, p. S61.

LOTUFO, P. A. 1998. "MORTALIDADE PRECOCE POR DOENÇAS DO CORAÇÃO NO BRASIL. COMPARAÇÃO COM OUTROS PAÍSES". ARQ. BRAS. CARDIOL., v. 70, p. 321-325.

MAIA, C. O.; GOLDMEIER, S.; MORAES, M. A. ET AL. 2007. "FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA NOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM". ACTA PAUL. ENFERM, v. 20, n°. 2, p. 138-142.

MATOS, M. F. D.; SILVA, N. A. S.; PIMENTA, A. J. M. ET AL. 2004. "PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR EM FUNCIONÁRIOS DO CENTRO DE PESQUISAS DA PETROBRAS". ARQ. BRAS. CARDIOL., v. 82, n°. 1, p.1-4.

MEIRA, L. F. 2004. "CAPACIDADE PARA O TRABALHO, FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES E CONDIÇÕES LABORATIVAS DE TRABALHADORES DE UMA INDÚSTRIA METAL-MECÂNICA DE CURITIBA/PR". DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM ENGENHARIA MECÂNICA); UFPR.

MENDES, R. A.; LEITE, N. 2002. "FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES: EM TRABALHADORES PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS". 1º. ENCONTRO DE ERGONOMIA, SAÚDE E TRABALHO DA UFPR, CD ROM. CURITIBA.

MENDES, R.A.; LEITE, N. 2004. GINÁSTICA LABORAL: PRINCÍPIOS E APLICAÇÕES PRÁTICAS. BARUERI (SP): MANOLE, 208 p.

MENDES, R.A.; LEITE, N. 2008. GINÁSTICA LABORAL: PRINCÍPIOS E APLICAÇÕES PRÁTICAS. BARUERI (SP): MANOLE, 2ª EDIÇÃO, 216 p.

MORAIS, S. A.; FERREIRA, A. P. S. 2007. "PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO E DOENÇA CARDIOVASCULAR EM FREQUENTADORES DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA". REVISTA DA SOCERJ, v. 20, n°. 2.

NASCIMENTO, L. C.; MENDES, I. J. M. 2002. "PERFIL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE UM CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA". REV. LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM, v. 10, n°. 4, p. 502-508.

PILATTI, L. A. 2007. "QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO: PERSPECTIVAS NA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO". IN: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.;

CARVALHO, T. H. P. F.; GONÇALVES, A. QUALIDADE DE VIDA E NOVAS TECNOLOGIAS. CAMPINAS: IPÊS EDITORIAL, CAP 5, P. 41-50.

SILVA, T. P.; VILELA JÚNIOR, G. B.; LEITE, N.; CIESLAK, F. ALBUQUERQUE, A. M. 2007. "QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE NO TRABALHO: GANHOS PARA A EMPRESA E PARA O TRABALHADOR". REVISTA METROCAMP PESQUISA, v.1, SUPL. 1, P.82.

VILELA JUNIOR, G. B., LEITE, N., CIESLAK, F. SILVA, T., ALBUQUERQUE, A. M. 2007. "OBJETIVIDADE E SUBJETIVIDADE: DESAFIOS NO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE (QVS-80)". QUALIDADE DE VIDA, ESPORTE E SOCIEDADE, v.3, p.59, PONTA GROSSA: EDITORA UEPG.

VILELA JUNIOR, G. B., LEITE, N., CIESLAK, F. SILVA, T., ALBUQUERQUE, A. M. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE NO TRABALHO: GANHOS PARA A EMPRESA E PARA O TRABALHADOR IN REVISTA METROCAMP PESQUISA, v. 1, SUPL. 1, 2007.

VILELA JÚNIOR, G. B. 2007. "NOVAS TECNOLOGIAS, INCLUSÃO DIGITAL E QUALIDADE DE VIDA". IN: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; CARVALHO, T. H. P. F.; GONÇALVES, A. QUALIDADE DE VIDA E NOVAS TECNOLOGIAS. CAMPINAS: IPÊS EDITORIAL, CAP 7, P. 129-138.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION; DEPARTMENT OF MEASUREMENT AND HEALTH INFORMATION. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.WHO.INT](http://www.who.int)>. ACESSO EM: 15 DE AGOSTO DE 2007.