

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**MARCOS EDUARDO SALES NUNES DE SOUZA**

---

---

**QUALIDADE DE VIDA E  
NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA  
DE FUNCIONÁRIOS  
DE EMPRESA DE TECNOLOGIA  
DA COMUNICAÇÃO.**

---

---

Campinas  
2010

**MARCOS EDUARDO SALES NUNES DE SOUZA**

---

---

**QUALIDADE DE VIDA E  
NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA  
DE FUNCIONÁRIOS  
DE EMPRESA DE TECNOLOGIA  
DA COMUNICAÇÃO.**

---

---

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

**Orientador: Prof. Dr. Roberto Vilarta**

Campinas  
2010

## FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

So89q Souza, Marcos Eduardo Sales Nunes de.  
Qualidade de vida e nível de atividade física de funcionários de empresa de tecnologia da comunicação / Marcos Eduardo Sales Nunes de Souza. - Campinas, SP: [s.n], 2010.

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

1. Qualidade de vida. 2. Atividade física. 3. Sedentarismo. 4. Promoção da saúde. 5. Trabalhadores. I. Vilarta, Roberto. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

(asm/fef)

**Título em inglês:** Quality of life and physical activity level of employees communication technology company.

**Palavras-chaves em inglês** (Keywords): Quality of life. Physical Activity. Sedentary. Health promotion. Employees.

**Área de Concentração:** Atividade física, Adaptação e Saúde.

**Titulação:** Mestrado em Educação Física.

**Banca Examinadora:** Roberto Vilarta. Vera Aparecida Madruga. Maria Inês Monteiro.

**Data da defesa:** 23/02/2010.

**MARCOS EDUARDO SALES NUNES DE SOUZA**

**QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA  
DE FUNCIONÁRIOS DE EMPRESA DE  
TECNOLOGIA DA COMUNICAÇÃO.**

Este exemplar corresponde à redação final da  
Dissertação de Mestrado defendido por  
Marcos Eduardo Sales Nunes de Souza e  
aprovada pela Comissão julgadora em:  
23/02/2010.



Prof. Dr. Roberto Vilarta  
Orientador

Campinas  
2010

**COMISSÃO JULGADORA**

Prof. Dr. Roberto Vilarta  
Orientador



Prof. Dr.ª Vera Aparecida Madruga



Prof. Dr.ª Maria Inês Monteiro

# Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu querido anjo que em vida chamei de avó, anjo que cuidou e deu-me abrigo, formou e educou-me e cujas asas de tão alvas e generosas confundiam-se com seus cabelos de centenária sabedoria.

E quando sinto saudades suas, a reza entrelaça-se com o canto e tudo fica bem...

A dor da saudade  
 Quem é que não tem  
 Olhando o passado  
 Quem é que não sente  
 Saudade de alguém...

Da pequena casinha  
 Da luz do luar...  
 Do vento manhoso  
 Soprando do mar...

A dor da saudade  
 Quem é que não tem  
 Olhando o passado  
 Quem é que não sente  
 Saudade de alguém...

E até das mentiras  
 Que fazem sonhar  
 De alguém que se foi  
 Pra não mais voltar...

A dor da saudade  
 Quem é que não tem  
 Olhando o passado  
 Quem é que não sente  
 Saudade de alguém...

Vá embora saudade  
 Dá minha casinha  
 Que eu quero bem

(Elpídio dos Santos)

# Agradecimentos

Aos colegas e funcionários que aceitaram participar deste trabalho.

Ao gerente de Segurança do Trabalho, Saúde Ocupacional e Meio Ambiente Sr. Otávio Valente - que permitiu que este trabalho fosse realizado, pela sua aceitação, humildade, simplicidade e constante postura de “formador”.

Às gestoras e amigas Telma Silva e Valquíria de Lima - pelas dicas, orientações, palpites, ajustes, e insubstituível experiência e ajuda sem a qual este trabalho não teria acontecido.

À equipe com a qual trabalho - Dra. Ana, Dalva, Cristina, Lecimara, Serrano, Daniel, Uriele, pelo apoio fundamental.

À Supporte Saúde e toda a equipe de professores e profissionais que sempre me fizeram prosseguir.

Agradeço à minha família - minha mãe (Edina) que em vida sempre acreditou em meus passos e que constantemente me orientou mesmo sem saber.

À minha esposa, amiga e companheira Cássia - pela paz, pelo sorriso, pelo amor, pelo Yoga e principalmente apoio incondicional. Apoio fundamental na finalização de mais esta etapa da minha vida.

Aos meus amigos da faculdade, em especial ao Prof. Dr. Vagner Marcelino pela oportunidade do magistério, pelas longas conversas e compartilhamento de dúvidas, projetos, alegrias, tristezas, experiências e amadurecimento profissional.

Agradeço aos membros da banca examinadora - Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Inês Monteiro e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Vera Aparecida Madruga, por aceitarem participar de minha banca, pelos valiosos conselhos na qualificação e pela humildade e simpatia com que conduziram a correção do meu trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Prof<sup>o</sup>. Dr. Roberto Vilarta, pela oportunidade e aceite do meu trabalho, as valiosas orientações e precisa condução deste desafio.

Agradeço ainda aos professores Afonso e Consolação, que acreditaram e me orientaram sempre.

Aos amigos da pós- graduação - Aletha, Regina, Dênis, Jaqueline e Estela, pela ajuda sem limites.

À pequena Camilly - ao seu abraço aconchegante, à sua presença revigorante, você faz parte do meu coração.

SOUZA, Marcos Eduardo Sales Nunes de. **Qualidade de Vida e Nível de Atividade Física de funcionários de empresa de tecnologica da comunicação.** 2009. 71f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

## RESUMO

---

---

O sedentarismo é dos fatores de risco, o mais comum em diversas populações sendo que, baixos níveis de atividade física favorecem o surgimento de diversas doenças crônicas degenerativas. A qualidade de vida pode ser considerada como a capacidade que uma determinada cultura possui em sintetizar diversos elementos considerados como padrões de conforto e bem estar refletindo conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos sendo, portanto uma construção social. Este estudo avaliou o nível de atividade física (NAF) e a percepção de qualidade de vida (QV) de uma amostra de 63 funcionários de uma empresa de tecnologia da comunicação, sendo os sujeitos selecionados através de sorteio randômico de uma população de 789 funcionários administrativos. O questionário utilizado para determinar o NAF foi a versão 8 do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), com perguntas sobre a relação da frequência e duração na realização de atividades físicas vigorosas, moderadas e de caminhada. Os indivíduos foram classificados em muito ativos, ativos, insuficientemente ativos e sedentários. Quanto a variável QV utilizou-se o Whoqol - BREF que mede a percepção de qualidade de vida pelo indivíduo, por meio de uma escala contendo quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e uma componente denominada “overall” (avaliação global). Coletaram-se também informações sociodemográficas e condição de saúde. Para verificar a validade do questionário da escala aplicado à população foi calculado o Alpha de Cronbach. A normalidade das variáveis do WHOQOL – BREF foi testada através do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. A relação e associação entre o NAF a QV e as variáveis demográficas foi testada por meio do qui-quadrado, Anova (análise de variância) e Kruskal-Wallis. Todos os testes consideraram um nível de significância de 0,05, as análises foram realizadas por meio do software estatístico SPSS versão 17. Quanto ao nível de atividade física, a maioria da amostra referiu ser insuficientemente ativa (50,8%), ativa (36,5%), muito ativa e sedentária (6,3%). Os homens (55,5%) demonstraram maior envolvimento com atividades físicas em níveis para a promoção da saúde do que as mulheres (25,9%). No que tange à QV a amostra relatou já, no primeiro quartil, valores superiores aos 50 pontos demonstrando um alto nível de QV com o Alpha de Cronbach em 0,8 sendo o domínio físico como o de melhor resultado (76 pontos). Apenas a variável “o estado de saúde dificulta na prática de atividade física” mostrou relação significativa com o domínio físico e psicológico ( $p < 0,05$ ). Observou-se, na amostra, o maior predomínio de sujeitos do sexo masculino (57,1%), casados (55,6%), faixa etária entre 30 e 39 anos (50,8%) idade média de 34,8 anos, DP  $\pm$  8,78, com mais de 15 anos de estudo (84,1%) e maioria concentrando-se nas classes A e B (58,7%). Concluímos que apesar da amostra ser composta por pessoas com alta escolaridade e renda, além de boa saúde, 57,2% desta, não atinge os níveis recomendados em atividades físicas necessárias para a promoção da saúde, apesar da grande maioria referir boa percepção de qualidade de vida.

**Palavras-Chaves:** Qualidade de Vida; Atividade física – nível; Sedentarismo; Promoção da saúde; Trabalhadores.

SOUZA, Marcos Eduardo Sales Nunes de Souza. **Quality of life and physical activity level of employees communication technology company.** 2010. 71f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

## **ABSTRACT**

---



---

The sedentary way of living is among the risk factors the most common in several populations and the low levels of physical activity result in chronic appearance of several degenerative diseases. The quality of life can be considered as the capacity that a certain culture has in synthesizing several elements considered as comfort patterns and wellnes that reflect knowledge, experiences, individual and collective values that means a social construction. This study evaluated the physical activity level (PAL) and the perception of quality of life (QoL) of a sample of 63 employees in a communication technology company where the choose ones were selected through aleatory draw among a population of 789 administrative employees. The questionnaire used to determine PAL was the version 8° of the International Questionnaire of Physical Activity (IPAQ), with questions about the frequency and duration in accomplishment of vigorous, moderate physical activities and walk. The individuals were classified in very activity, activity, insufficiently activity and sedentary. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF) was used to measures the perception of QoL for the individual, through a scale containing four domains (physical, psychological, social relationships and environment) and a component denominated overall. They were also collected social demographic informations and health condition. To verify the validity of the questionnaire in scale applied to the population assessment of Crombach's Alpha was made. The variables normality of WHOQOL-BREF was tested through the test of normality of Kolmogorov-Smirnov. The relationship and association among PAL/QoL and the demographic variables were tested through the qui-square, Anova (variance analysis) and Kruskal-Wallis. All the tests considered a level of accuracy of 0,05, the analyses were accomplished through the statistical software SPSS version 17. Most of the sample referred to be very active (6,3%), active (36,5%), insufficiently active (50,8%) and sedentary (6,3%). The men (55,5%) demonstrated larger involvement with physical activities in levels for the promotion of the health than the women (25,9%). About QoL the sample already told, in the first quarter, superior values to the 50 points demonstrating a high level of QoL with Cronbach's Alpha in 0,8 and the physical domain was the one with better result (76 points). Only the variable "the health condition hinders in practice of physical activity" it showed significant relationship with the physical and psychological domain ( $p < 0,05$ ). It was observed in the sample, the largest prevalence of subjects male (57,1%), married (55,6%), age group between 30 and 39 years (50,8%) medium of 34,8 years,  $SD \pm 8,78$ , with more than 15 years of instructed (84,1%) and majority concentrating on the classes A and B (58,7%). We conclude that in spite of the sample be composed by people with high education and income, besides good health, 57,2% of them don't reach the levels recommended in necessary physical activities for the promotion of health, however the great majority refers good perception of quality of life.

**Keywords:** Quality of life; Physical activity; Sedentary; Health promotion; Employees.

## **LISTA DE TABELAS**

---

---

### **Artigo 1**

**Tabela 1** – Características gerais dos 63 voluntários participantes da pesquisa. 22

**Tabela 2** – Perfil do Nível de Atividade Física dos 63 voluntários participantes da pesquisa. 23

### **Artigo 2**

**Tabela 1** – Características gerais dos 63 voluntários participantes da pesquisa. 36

**Tabela 2** – Valores de Alpha de Cronbach nos Domínios do WHOQOL – BREF. 38

**Tabela 3** – Análise Descritiva da Pontuação do WHOQOL – BREF. 38

**Tabela 4** – Distribuição do teste de Kolmogorov-Smirnov entre Domínios do WHOQOL BREF das respostas dos 63 voluntários. 39

**Tabela 5** – Relação entre a pergunta “Estado de saúde dificulta a prática de atividade física” versus Domínios físico e psicológico. 40

# SUMÁRIO

---

<b>1 INTRODUÇÃO.</b>	12
<b>2 OBJETIVOS.</b>	14
2.1 Objetivo Geral.	14
2.2 Objetivos Específicos.	14
<b>3 JUSTIFICATIVA.</b>	15
<b>4 ARTIGO I - Nível de atividade física de funcionários de empresa da área de tecnologia da comunicação.</b>	17
4.1 Resumo.	17
4.2 Introdução.	18
4.3 Metodologia.	20
4.4 Resultados.	21
4.5 Discussão.	24
4.6 Referências.	27
<b>5 ARTIGO II - Qualidade de vida de funcionários de empresa de tecnologia da comunicação.</b>	32
5.1 Resumo.	32
5.2 Introdução.	32
5.3 Metodologia.	34
5.4 Resultados.	36
5.5 Discussão.	40
5.6 Referências.	43
<b>CONCLUSÕES.</b>	46
<b>REFERÊNCIAS.</b>	48
<b>APÊNDICES.</b>	56
Apêndice A: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.	57
Apêndice B: TCI – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.	59

<b>ANEXOS.</b>	61
Anexo A: MODELO DO IPAQ UTILIZADO PELO GRUPO DE ESTUDO DE QUALIDADE DE VIDA, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP – CAMPINAS/SP.	62
Anexo B: MODELO DO WHOQOL UTILIZADO PELO GRUPO DE ESTUDO DE QUALIDADE DE VIDA, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP – CAMPINAS/SP.	64
Anexo C: PARECER COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – UNICAMP.	69

# 1 Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm se tornando um grande problema de saúde em grande parte dos países. O processo de globalização e a adoção de comportamentos relacionados ao modo de vida ocidental, o sedentarismo inerente a maioria das profissões e empregos contemporâneos, contribuem para o agravamento à saúde.

Considera-se hoje o local de trabalho como ambiente favorável ao aparecimento das DCNT e também um lugar ideal à implantação de programas de qualidade de vida e intervenções que objetivem a promoção de um estilo de vida mais ativo e saudável.

Há um consenso entre os pesquisadores e uma sensibilização entre empregados e empregadores sobre o impacto que o sedentarismo gera na produção do trabalho e nas despesas médicas. A relação entre atividade física e qualidade de vida em ambiente laboral merece atenção especial visto que ambos demonstram evidências positivas sobre a performance no trabalho.

Pensando nisto, desenhamos nossa pesquisa levando em consideração o levantamento de dados a respeito do nível de atividade física bem como a percepção de qualidade de vida dos funcionários da empresa em questão, utilizando ferramentas validadas e amplamente utilizadas como o IPAQ – International Physical Activity Questionnaire (Anexo A) e o WHOQOL – BREF - The World Health Organization Quality of Life Assessment ou WHOQOL Abreviado (Anexo B).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) através do WHOQOL Group (1995) promoveu a criação de um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida multidimensional, traduzível e adaptável às diversas línguas, onde fosse possível avaliar 24 dimensões da qualidade de vida. Estas 24 dimensões foram organizadas de maneira hierarquizada em 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais. Este instrumento recebeu o nome de The World Health Organization Quality of Life Assessment ou WHOQOL – 100 (FLECK, 2000).

Posteriormente, levando-se em consideração a necessidade de se ter uma maior praticidade na aplicação deste instrumento, criou-se sua versão mais customizada, porém guardando as características psicométricas do primeiro. Chamado de WHOQOL – Abreviado

(UFRGS), o mesmo constitui-se de duas questões gerais e 24 questões que representam as 24 facetas do instrumento original (uma questão para cada faceta). Porém este se limita em avaliar os aspectos: físico, psicológico, relações sociais e ambiental (FLECK, 2000).

Atualmente o IPAQ - International Physical Activity Questionnaire ou Questionário Internacional de Atividade Física vem sendo aceito internacionalmente como uma ferramenta eficaz na mensuração dos níveis de atividade física em pesquisas com grandes populações (MATSUDO et al., 2002). Originalmente o IPAQ foi criado pelo Grupo Internacional para Consenso em Medidas da Atividade Física, grupo este ligado a OMS – Organização Mundial da Saúde. Existem duas versões (formato longo e curto), ambas contém informações sobre a frequência e a duração de atividades físicas, classificadas por intensidades moderadas, vigorosas, e caminhada onde o respondente é questionado sobre sua atividade nos últimos sete dias ou uma semana típica. Em estudo de validação demonstrou-se coeficientes de correlação altos e significativos  $r = 0,71$  ( $p < 0,01$ ) (MATSUDO et al., 2001a, 2001b).

Aliamos também a estes dois instrumentos um terceiro questionário com a finalidade de coletarmos informações sociodemográficas e condição de saúde contemplando idade, gênero, tempo de trabalho na empresa, estado civil, renda mensal familiar, nível de escolaridade, presença de doenças, existência de dificuldades para a prática de atividade física (Apêndice A).

Em seguida procedeu-se a apresentação dos resultados dos três questionários de forma descritiva e associada levando em consideração os tratamentos matemáticos e estatísticos concernentes ao tipo de pesquisa, distribuição e natureza da amostra.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar os níveis de atividade física (NAF) e a qualidade de vida (QV) de 63 trabalhadores de uma empresa multinacional da região metropolitana de Campinas.

### **2.2 Objetivos específicos**

2.1.1 Avaliar o impacto específico de cada domínio que compõem a qualidade de vida desta amostra de trabalhadores;

2.1.2 Analisar as relações entre níveis de atividade física e aspectos específicos da qualidade de vida.

### 3 Justificativa

A OMS, durante a década de 1960, iniciou amplos debates com a comunidade científica mundial abrindo caminho para uma abordagem mais positiva em relação à saúde, retirando o foco do controle das enfermidades, tornando mais evidente a importância da determinação econômica e social sobre os aspectos relacionados à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Por meio de constantes debates foram estabelecidas, em diferentes datas, lugares e contextos, diversas cartas de referência contendo o resultado dos processos de discussão e construção coletiva dos conceitos fundamentais abordados no encadeamento das idéias relativas à promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Dentre tantos aspectos previstos nas cartas de promoção da saúde como a globalização, a equidade entre homens e mulheres e a ênfase das políticas relativas à saúde destas últimas, o igual acesso à saúde entre diferentes povos e classes sociais, o “empoderamento” da população a respeito de hábitos saudáveis e de higiene pessoal, apontamos como de fundamental importância as instruções para a criação e definição de espaços e ambientes para a promoção da saúde, a saber, escolas, comunidades civis organizadas e, principalmente, ambientes de trabalho.

Neste cenário, a saúde do trabalhador e sua qualidade de vida no trabalho surgem como pontos fundamentais a serem pesquisados e promovidos.

A OPAS define que a saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são bens que possuem valor tanto individual como no seu conjunto para a comunidade e para os países (OPAS, 2001).

É consenso entre a comunidade científica, diretorias corporativas e sociedade em geral, que a atividade física é uma prática de baixo custo, de grande alcance e eficácia na promoção da saúde e qualidade de vida da população.

Segundo o CDC, mais de 2 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à inatividade física (CDC, 2000). Relatando que no ano de 2000, 75 bilhões de dólares foram empregados para custear tratamentos e intervenções médicas decorrentes da inatividade física (CDC, 2000).

No Brasil as doenças cardiovasculares correspondem a um terço de todas as mortes, sendo as moléstias do aparelho circulatório causas frequentes de morbidade gerando 10,74 milhões de dias de internação pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Este dado por si só parece ser um forte argumento a favor de ações que tenham por objetivo a diminuição do sedentarismo e inatividade física.

A percepção da qualidade de vida tem desdobramentos referenciados pela interpretação pessoal de fatores sócio ambientais (moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho e remuneração, educação, opções de lazer, meio-ambiente) e fatores individuais (hereditariedade e estilo de vida, tais como hábitos alimentares, controle de estresse, atividade física, relacionamentos e comportamento preventivo) (GONÇALVES; VILARTA, 2004). Isso leva à necessidade do entendimento de que a QV aproxima-se de uma noção de satisfação humana que permeia várias dimensões de nossas vidas (familiar, amorosa, social) (MINAYO et al., 2000), também que a função inerente ao espírito humano ocorre dentro dos ambientes laborais, gerando uma dinâmica própria no interior das corporações e organizações modernas.

As áreas de administração, saúde do trabalhador, universidades, bem como fornecedores de serviços relacionados à saúde e bem estar, ainda necessitam desenvolver, em sua grande maioria, bancos de dados e informações que permitam aplicar programas de promoção de qualidade de vida eficientes no ambiente de trabalho.

Utilizar ferramentas de avaliação dos NAF e QV, cientificamente validadas, permite conhecer a importância dos aspectos que podem ser levados em consideração na elaboração destes programas, bem como a aplicação precisa do orçamento voltado para ações de bem estar, saúde e qualidade de vida dos trabalhadores, tanto no ambiente corporativo, quanto junto às suas comunidades e famílias.

Cabe aqui quantificar os níveis de atividade física e percepção da qualidade de vida para argumentar junto aos gestores dos programas de promoção de qualidade de vida a manutenção das ações e investimentos.

## 4 Artigo I

### **Nível de atividade física de funcionários de empresa da área de tecnologia da comunicação.**

#### **4.1 Resumo**

O sedentarismo ou a inatividade física é dos fatores de risco, o mais comum em diversas populações sendo que, baixos níveis de atividade física favorecem o surgimento de diversas doenças crônicas degenerativas. Este estudo avaliou o nível de atividade física (NAF) de uma amostra de 63 funcionários de uma empresa de tecnologia da comunicação na região metropolitana de Campinas/SP. Os sujeitos foram selecionados por método de conveniência entre uma população de 789 funcionários administrativos. O questionário utilizado para determinar o nível de atividade física foi a versão 8 do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), forma curta e semana normal, contendo perguntas sobre a relação da frequência e duração na realização de atividades físicas vigorosas, moderadas e de caminhada. Os indivíduos foram classificados em muito ativos, ativos, insuficientemente ativos e sedentários. Coletaram-se também informações sociodemográficas e condição de saúde através de questionário contemplando idade, gênero, tempo de trabalho na empresa, estado civil, renda mensal familiar, nível de escolaridade, presença de doenças, existência de dificuldades para a prática de atividade física. Quanto ao nível de atividade física, a maioria da amostra referiu ser insuficientemente ativa (50,8%), ativa (36,5%), muito ativa e sedentária (6,3%). Os homens (55,5%) demonstraram maior envolvimento com atividades físicas em níveis para a promoção da saúde do que as mulheres (25,9%). Observou-se na amostra o maior predomínio de sujeitos do sexo masculino (57,1%), casados (55,6%), faixa etária entre 30 e 39 anos (50,8%) idade média de 34,8 anos, DP  $\pm$  8,78. Escolaridade, a grande maioria apresentou mais de 15 anos de estudo (84,1%). Em relação ao nível socioeconômico a maioria se concentrou nas classes A e B (58,7%). Concluímos que apesar da amostra ser composta por pessoas com alta escolaridade e renda, além de boa saúde, 57,2% desta não atinge os níveis recomendados em atividades físicas necessárias para a promoção da saúde.

## 4.2 Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm se tornando um problema de saúde na maioria dos países. O processo de globalização e a adoção de comportamentos relacionados ao modo de vida ocidental e também o sedentarismo inerente a maioria das profissões e empregos contemporâneos tem contribuído para os agravos à saúde (Del PILAR FALGADE et al., 2005).

Considera-se hoje, o local de trabalho, como um ambiente favorável ao aparecimento das DCNT e também o lugar ideal para acolher a implantação de programas e intervenções de promoção de um estilo de vida mais ativo e saudável (ADDLEY, McQUILLIAN, RUDLLE, 2001; MAKRIDES et al., 2008; McEACHAN et al., 2008; DISHMAN et al., 2009; PRONK; KOTTKE, 2009).

Há consenso entre os pesquisadores e sensibilização entre empregados e empregadores sobre o impacto que o sedentarismo gera na produtividade e nas despesas médicas. A relação entre atividade física e indicadores de produção demonstra evidências positivas sobre a performance no trabalho (PROPER; van MECHELEN, 2008).

Addley, McQuillian, Rudlle (2001) observaram a existência de três componentes fundamentais em um local de trabalho saudável: i. os efeitos do trabalho sobre a saúde; ii. os efeitos da saúde na capacidade individual de trabalho; iii. as oportunidades para a promoção da saúde em todas as atividades que possam encorajar os empregados a adotar estilos de vida mais saudáveis.

Nesse sentido, Moy, Sallan, Wong (2006) e Makrides et al. (2007) demonstraram, após intervenção através de programa de promoção da saúde em ambiente laboral, efeitos positivos sobre os trabalhadores na redução do colesterol, melhora dos hábitos alimentares, diminuição do consumo de cigarros, redução do índice de massa corporal, diminuição do risco coronariano e aumento do nível de atividade física.

Em relação ao sedentarismo, o Center for Disease Control and Prevention de Atlanta (CDC, 2000), por meio de dados estatísticos, mostrou que mais de 2 milhões de mortes por ano, nos Estados Unidos, podem ser relacionadas à inatividade física.

No Brasil, Matsudo et al. (2002), em pesquisa realizada com 2001 indivíduos em diversas regiões do Estado de São Paulo, mostraram que 69% dos sujeitos eram considerados insuficientemente ativos. Já Rego, Berardo, Rodrigues (1990) observaram que o sedentarismo é o mais frequente dos fatores de risco para as DCNT encontrando, em diversos distritos e subdistritos da região metropolitana da cidade de São Paulo uma taxa de 69,3% de sedentarismo, enquanto que a pesquisa de Baretta, Baretta, Peres (2007) mostrou que 57,4% dos sujeitos no meio oeste de Santa Catarina classificaram-se como insuficientemente ativos.

Savio et al. (2008), em amostra envolvendo 1.044 trabalhadores no Distrito Federal, encontraram uma taxa de sedentarismo mais elevada entre as mulheres, porém ambos os gêneros demonstraram níveis de atividade física compatíveis com risco de desenvolvimento de DCNT.

Höfelmann e Blank (2007), em estudo com 482 industriários do sul do Brasil, classificaram 48,3% como inativos fisicamente. Em outro estudo, 49% dos servidores públicos da Universidade Estadual de Maringá não atingiram os valores mínimos ideais em atividade física relacionada com a saúde (FERNANDES et al., 2004).

Fonseca et al. (2008), em 2.574 industriários de Santa Catarina, constataram que 32,1% dos trabalhadores eram classificados como pouco ativos quando consideradas suas ocupações laborais e 69,2% alcançavam o índice de ativos fisicamente quando se considerava as atividades físicas nos momentos de lazer.

Barros, Nahas (2001) evidenciaram em estudo com trabalhadores da indústria que 68,1% dos sujeitos eram considerados inativos fisicamente e que, dentre diversos fatores de risco (tabagismo, abuso de álcool, dieta irregular/desbalanceada e inatividade física), a inatividade física estava associada a baixos níveis de saúde.

Os benefícios da atividade física na promoção da saúde são amplamente estudados. Diversos autores relatam que a prática regular de atividades físicas está associada a um melhor padrão de saúde (NAHAS, 2003), contribui para a redução do risco de se desenvolver doenças cardíacas, coronárias e acidente vascular cerebral (WANG, 2002), diminui a incidência do diabetes tipo 2 (SNITKER, MITCHELL, SHULDINER, 2003), reduz o risco de morte por doenças e melhoram as funções gerais do organismo (VOIT, 2001), promove o melhor controle

da pressão arterial (MCKECHNIE; MOSCA, 2003), diminui os níveis de lipídeos sanguíneos, da porcentagem de gordura corporal e favorece o controle do peso corporal (JAKCIC, 2002).

Ainda em relação à promoção do bem estar mental e psicológico, pesquisadores sugerem que exercícios regulares de moderada intensidade podem ser considerados como uma forma viável no tratamento da depressão e ansiedade (FOX, 1999; LANE, LOVEJOY, 2001).

Posto isto, torna-se importante avaliar os níveis de atividade física (NAF) de populações específicas, tendo como objetivo gerar dados que contribuam ao entendimento das questões relacionadas à promoção de saúde no local de trabalho e sua vinculação à prática da atividade física.

### **4.3 Metodologia**

Este estudo foi realizado em uma empresa da área de tecnologia de comunicação na montagem de aparelhos celulares com uma população-alvo de 789 funcionários do setor administrativo, em abril de 2009. A amostra foi obtida por sorteio randomizado em programa Excell (versão 2007), onde inseriu-se todos os 789 nomes dos funcionários do cadastro da empresa e extraiu-se 100 nomes para preencherem os formulários. Desses 100 obteve-se um retorno de 65 formulários preenchidos (Anexos A e B, Apêndice A). Após a coleta e durante a tabulação dos dados foram desconsiderados dois formulários devido a erros em seu preenchimento, obteve-se assim uma amostra de 63 indivíduos.

Os critérios de inclusão foram: ser trabalhador direto da empresa, da área administrativa, aceitar participar espontaneamente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

O questionário utilizado para avaliar o nível de atividade física foi a versão oito do questionário IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), forma curta e semana normal, desenvolvido pela OMS, validado e reproduzido no Brasil (BARROS; NAHAS, 2000; MATSUDO et al., 2001a; PARDINI et al., 2001), instrumento composto por oito questões relacionadas à frequência e duração da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e de caminhada tendo por período de referência a última semana.

Coletaram-se também informações sociodemográficas e de condição de saúde por meio de questionário contemplando idade, gênero, tempo de trabalho na empresa, estado

civil, renda mensal familiar, nível de escolaridade, presença de doenças, além da existência de dificuldades para a prática de atividade física.

Devido às características do setor administrativo, com elevada demanda e alta solicitação do ritmo de trabalho, optou-se pela entrega individual de formulário, com os referidos questionários aos sujeitos selecionados, contendo instruções e exemplos para o seu correto preenchimento, seguida de breve explicação sobre o contexto e objetivo da pesquisa. Estipulou-se o prazo de 48 horas para o seu preenchimento e devolução.

A análise dos dados do nível de atividade física utilizou como referência o consenso entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e Center for Disease Control (CDC) de Atlanta (MATSUDO et al., 2002). Os sujeitos foram classificados em cinco categorias (Muito Ativo, Ativo, Insuficientemente Ativo A, Insuficientemente Ativo B e Sedentário) conforme a frequência e duração em relação ao nível de atividade física.

Nas análises com a finalidade de verificar relação entre o nível de atividade física (IPAQ) e as variáveis demográficas, utilizaram-se tabelas cruzadas e a associação foi testada por meio do qui-quadrado. Todos os testes consideraram um nível de significância de  $p < 0,05$ , as análises foram realizadas por meio do software estatístico SPSS, versão 17.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob número 077/2009 (Anexo C).

#### **4.4 Resultados**

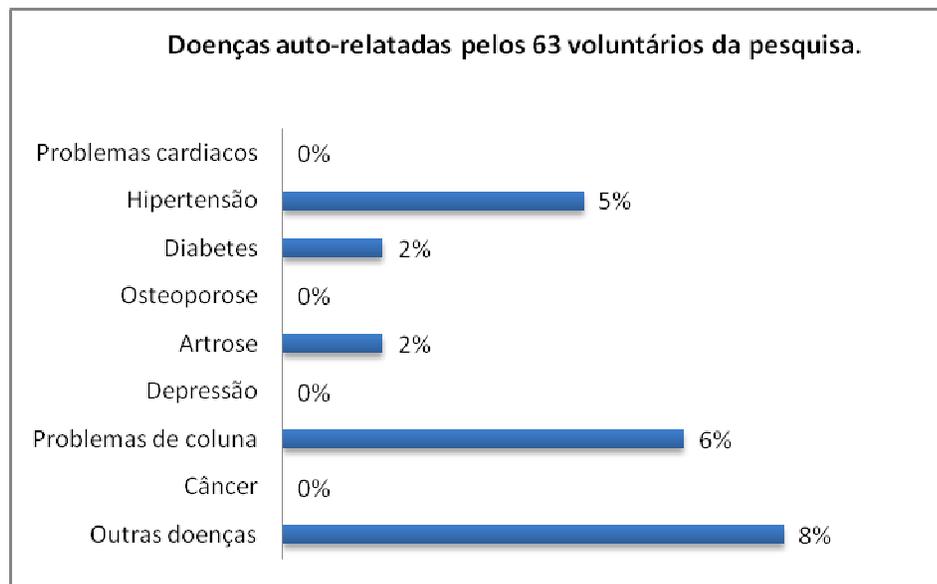
As características sociodemográficas dos 63 funcionários da área administrativa estão descritas na Tabela 1, tendo sido observada na amostra o maior predomínio de sujeitos do sexo masculino (57,1%), casados (55,6%), faixa etária entre 30 e 39 anos (50,8%) e idade média de 34,8 anos,  $DP \pm 8,78$ . Sobre a escolaridade, a grande maioria apresentou mais de 15 anos de estudo (84,1%). Em relação ao nível socioeconômico a maioria se concentrou nas classes A e B (58,7%), conforme os critérios de classificação socioeconômicos do Brasil (ABEP, 2008).

**Tabela 1 Características gerais dos 63 voluntários participantes da pesquisa.**

Variável	n	%
Idade (anos)		
<20	1	1,6
20 – 29	12	19,2
30 – 39	32	50,8
40 – 49	12	19,2
≥ 50	4	6,4
Não responderam	2	3,2
Sexo		
Feminino	27	42,8
Masculino	36	57,1
Estado Civil		
Casado	35	55,5
Solteiro	20	31,7
Separado/divorciado	6	9,5
Não responderam	2	3,1
Escolaridade		
8 a 10 anos	2	3,1
11 a 14 anos	6	9,5
> 15 anos	53	84,1
Não responderam	2	3,1
Renda mensal familiar		
1 a 2 salários	1	1,5
3 a 4 salários	2	3,1
4 a 6 salários	7	11,1
6 a 8 salários	8	12,7
> 8 salários	37	58,7
Não responderam	8	12,7

Em relação aos dados sobre as condições de saúde, a frequência de doenças auto-referidas (Figura 1), mostrou que 25,4% dos funcionários apresentam pelo menos uma doença, tendo havido maior prevalência de problemas na coluna (6%), hipertensão arterial (5%), artrose e diabetes (2%). Houve ainda o relato de diversas outras doenças (8%) distribuídas entre as pulmonares, agravos ao sistema músculo-esquelético, sistema digestivo e dislipidemia.

Quanto ao nível de atividade física, a maioria da amostra referiu ser irregularmente ativa (50,8%), ativa (36,5%), muito ativa (6,3%) e sedentária (6,3%), dados que estão expostos, na sua totalidade e separados por gênero, na Tabela 2.



**Figura 1 – Percentual do relato das doenças auto-referidas pelos 63 voluntários participantes da pesquisa.**

**Tabela 2 - Perfil do Nível de Atividade Física dos 63 voluntários participantes da pesquisa.**

Categoria*	n	% **	% ***
Muito Ativo			
Masculino	2	3,2	5,5
Feminino	2	3,2	7,4
Total	4	6,4	
Ativo			
Masculino	18	28,6	50,0
Feminino	5	7,9	18,5
Total	23	36,5	
Insuficientemente ativo (A e B)			
Masculino	14	22,2	38,9
Feminino	18	28,6	66,7
Total	32	50,8	
Sedentário			
Masculino	2	3,2	5,6
Feminino	2	3,2	7,4
Total	4	6,4	

\*Critério de categorização segundo o consenso realizado entre o CELAFISCS e CDC.

\*\* Em relação ao total (N= 63).

\*\*\* Em relação ao gênero.

## 4.5 Discussão

Muitas pesquisas ao redor do mundo tem estudado o nível de atividade física utilizando diferentes metodologias e instrumentos de avaliação (CASPERSEN, ZACK, 1997; BARROS, NAHAS, 2000; VUORI, 2001; MATSUDO et al., 2002; REIS et al., 2009). A amostra deste estudo mostrou-se insuficientemente ativa (50,8%) em sua maioria, muito ativos (6,3%), sedentários (6,3%) e 36,5% fisicamente ativos.

Corroborando com os dados, baixos índices de atividade física foram observados em diversas populações de trabalhadores no Brasil. Lemos e Farias (2005) encontraram 16% de sujeitos moderadamente ativos e pouco ativos e 66% de inativos fisicamente. Em pesquisa desenvolvida junto aos funcionários do Centro de Pesquisa da Petrobrás, 67% destes foram considerados sedentários (MATOS et al., 2004).

Já Gatz e Mastroeni (2005) encontraram resultados bastante diferenciados em amostra de 23 funcionários administrativos em empresa de navegação na qual 13,1% eram muito ativos e 52,2% ativos fisicamente. Os funcionários classificados como insuficientemente ativos representaram 30,4% da amostra e 4,3% foram classificados como sedentários.

No estudo em questão, a amostra feminina apresentou menores valores em três das quatro categorias do IPAQ, sendo classificadas como sedentárias 7,4% das mulheres contra 5,6% dos homens e na sequência, 66,7% e 38,9% insuficientemente ativos, 18,5% e 50% ativos, exceção para a categoria muito ativos com 7,4% e 5,6%, respectivamente.

Sávio et al. (2008) encontraram na população feminina no Distrito Federal um menor envolvimento com atividades físicas vigorosas, sendo estas associadas às atividades laborais sedentárias e moderadas que não exigem tanto vigor físico, o que poderia contribuir para este menor nível de atividade física nas mulheres, estando estas associadas mais a serviços administrativos e processos de produção, em contraste com aqueles realizados pelos homens, em especial comércio e manutenção.

Também em estudo realizado em programa de saúde feminina em empresa do ramo metalúrgico em Juiz de Fora/MG, constatou-se que, de uma amostra de 142 mulheres avaliadas, 42% foram classificadas como sedentárias (FERREIRA et al., 2008).

Outros pesquisadores também encontraram padrões semelhantes de menor envolvimento em atividades físicas por parte das mulheres. Garcia et al. (1998) demonstraram

este comportamento já na adolescência entre estudantes do ensino fundamental. No inquérito nacional canadense (CAMERON et al., 2002) foram encontrados 59% de mulheres inativas contra 52% de homens em igual situação. No estudo de Satariano et al. (2000) as mulheres acima de 55 anos relataram maiores dificuldades para a prática da atividade física. Gomes et al. (2001) salientam muito bem esta diferença dos níveis de atividade física entre gêneros ao agrupar atividades de lazer e ocupação segundo categorias de gasto energético observando, assim, valores de 77,8% de mulheres inativas comparada a 59,8% de homens.

Os resultados demonstram uma alta prevalência de mulheres inativas mesmo contemplando as atividades relacionadas à dupla jornada, em contraste ao comportamento masculino caracterizado por mais envolvimento em atividades vigorosas, inclusive com maior disponibilidade de tempo para a realização de atividades de lazer. Estes resultados, talvez possam ser entendidos como resultante do acúmulo de funções exercidas tradicionalmente pela mulher na sociedade. A combinação da atividade laboral menos vigorosa, os cuidados com o lar e a família, além do acesso dificultado ao lazer podem ser fatores que contribuem para o agravamento desta situação (SÁVIO et al., 2008; SATARIANO et al., 2000).

Guimarães e Baptista (2008) classificaram como ativas 75% das 472 mulheres recrutadas em seu estudo em empresas dos ramos de prestação de serviços em educação, saúde, desporto, religião e seguros, dados contrastantes da maioria dos resultados obtidos em diversas pesquisas.

Já o padrão de atividade física masculino, nesta pesquisa, mostrou maior prevalência de homens ativos (50%), resultado este condizente com diversos outros estudos.

Esalgedy et al. (2008) pesquisando uma amostra de 112 professores universitários encontraram 30,15% de professores ativos em contrapartida à suas colegas de profissão (20,5%).

Fonseca et al. (2008) examinando 2.528 trabalhadores encontraram 77,2% de homens ativos em suas atividades de lazer, valor este bem superior aos 55,6% de mulheres ativas da mesma amostra.

Demonstrando uma tendência de maior nível de atividade física entre trabalhadores homens, Sávio et al. (2008) observaram que um maior envolvimento com atividades físicas guardava relação com os trabalhadores que apresentavam baixo nível educacional (ensino fundamental) e renda de até quatro salários mínimos, concluindo que os

homens apresentavam cinco vezes mais chances de envolvimento com atividades vigorosas do que as mulheres.

Fernandes et al. (2004), pesquisando os níveis de atividade física ideais para a promoção da saúde em servidores da Universidade Estadual de Maringá, encontraram valores ligeiramente maiores nos homens (58%) em comparação às mulheres (55,2%).

Höfelmann e Blank (2007) em pesquisa desenvolvida em indústria metal-mecânica no sul do país com 474 sujeitos classificaram 51,7% como ativos fisicamente quando considerados o estilo de vida, o tipo de atividade laboral e recreativa destes trabalhadores.

Del Pilar Fagalde et al. (2005) observaram, em 2.225 trabalhadores administrativos em uma empresa de serviços financeiros em Santiago/Chile que os homens, apesar da alta prevalência de sedentarismo, ainda assim eram ligeiramente menos sedentários (79,8%) do que as mulheres (86,9%).

Em pesquisa com 2001 indivíduos de 14 a 77 anos de idade do estado de São Paulo, Matsudo et al. (2002) mostraram que 46% desta população foi classificada como sedentária e irregularmente ativa. Porém 45,7% da amostra alcançaram a recomendação de atividade física para a saúde, ou seja, a de realizar pelo menos 30 minutos de atividade física em intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada na maioria dos dias da semana (CDC, 2000). Rego et al. (1990) observaram que o sedentarismo ou a inatividade física é dos fatores de risco, o mais comum em diversas populações.

Vuori (2001) demonstrou que 57% da população europeia encontra-se sedentária, sedentarismo este distribuído em diversas taxas por diversos países, variando desde 35% em países como Suécia, Finlândia e Irlanda, com valores médios (48%) na Inglaterra e 83% em Portugal.

Comparando os dados dessas pesquisas de maneira generalizada, com a população de funcionários do nosso estudo, constatamos que 42,9% de homens e mulheres, cumpriram a recomendação para a promoção da saúde.

Os resultados não mostraram associação estatística entre o nível de atividade física e as variáveis que descrevem a amostra. Os p-valores resultantes dos testes qui-quadrado foram: sexo 0,5; estado civil 0,8; faixa salarial 0,7; escolaridade 0,5; idade 0,8; tempo de trabalho 0,06; existência de doença 0,3; estado de saúde como fator dificultador na prática da atividade física 0,07.

Os resultados permitem afirmar que o nível de atividade física para essa amostra não associou-se conforme sexo, estado civil, faixa salarial, escolaridade, idade, ou presença de doença. Essa falta de associação pode ser consequência da homogeneidade da população estudada e do tamanho da amostra. No entanto, não era esperado a falta de relação entre o nível de atividade física e o relato de se ter dificuldade na prática da atividade física por motivo de saúde.

Salientamos que os resultados possuem um viés peculiar, pois se trata de uma população jovem, de alto poder aquisitivo e com boa escolaridade e condição de saúde. Há também o fato de se tratar de uma amostra transversal e levando-se em consideração de que os sujeitos foram instruídos a preencher nominalmente os formulários, pode-se ter gerado algum tipo de receio ou desconforto em relatar valores negativos. Mas, apesar desses fatores e ainda levando-se em consideração as ações corporativas disponibilizadas a estes funcionários por meio de programa de qualidade de vida tendo como um dos objetivos o incentivo ao engajamento em atividades físicas como promotoras da saúde e da qualidade de vida, ainda assim, temos uma prevalência de homens e mulheres (57,2%) que não se exercitam o suficiente face às recomendações para a promoção da saúde.

#### 4.6 Referências

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de pesquisa. Critério de Classificação Econômica – Brasil 2008. Disponível em: <[http://www.abep.org/codigosguias/critério\\_brasil\\_2008.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/critério_brasil_2008.pdf)>  
Acessado em: 01 outubro 2009.

ADDLEY, K.; McQUILLIAN, P.; RUDLLE, M. Creating healthy workplaces in Northean Ireland: evaluation of a lifestyle and physical activity assessment programme. **Occup. Med.** v. 51, n. 7, p. 439-449. 2001.

BARETTA, E.; BARETTA, M.; PERES, K. G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1595-1602, julho. 2007.

- BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Reprodutibilidade (teste-reteste) do questionário internacional de atividade física (QIAF-Versão 6): um estudo piloto com adultos no Brasil. **Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília**, v. 8, n. 1, p. 23-26, janeiro. 2000.
- BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 554-63. 2001.
- CASPERSEN C. J.; ZACK, M. M. The prevalence of physical inactivity in the United States. In: *Physical Activity and Cardiovascular Health - A National Consensus Human Kinetics*, 1997.
- CAMERON, C. et al. Increasing physical activity: supporting an active workforce. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, Ottawa: 2002. Disponível: <<http://www.cflri.ca/eng/index.php>>. Acesso em: 08 agosto 2009.
- CENTER DISEASE OF PREVENTION AND CONTROL - CDC. Promoting physical activity: a best buy in public health. 2000.
- Del PILAR FAGALDE, M. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de La Región Metropolitana. **Rev Méd Chile**. n. 133, p. 919-928, 2005.
- DISHMAN, R. K. et al. Move to Improve A Randomized Workplace Trial to Increase Physical Activity. **Am J Prev Med**. v. 36, n. 2. 2009.
- ELSANGEDY, H. M. et al. Nível de atividade física e suas possíveis barreiras em docentes universitários de Toledo. **EFDEPORTES Revista Digital**. Buenos Aires, ano 12, n. 118, mar. 2008.
- FERNANDES, C. A. M. et al. Nível de atividade física dos servidores da Universidade Estadual de Maringá. **Arq. Apadec**. 8 (supl.), maio. 2004.
- FERREIRA, R. E. et al. Programa Saúde da Mulher da Empresa Arcelor Mittal - Juiz de Fora – MG – Brasil. **Rev SOCERJ**. Juiz de Fora – MG. n. 21, supl. A. p.43-44, jun. 2008.
- FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.567-576, março. 2008.

FOX, K. R. The influence of physical activity on mental well-being. **Public Health Nutrition**. v. 3, n. 2, p. 411-418. 1999.

GARCIA, A.W. et al. Changes in physical activity beliefs and behaviors of boys and girls across the transition to junior high school. **Jornal Adolesc Health**. v. 5, n. 22, p. 394-402. 1998.

GATZ, S. L.; MASTROENI, M. Atividade física em funcionários de uma empresa de navegação. In: Duarte MFS, editor. 5º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde; Nov 17-19, Florianópolis, Santa Catarina. Brasil; 2005, p. 81

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 969-76, jul.-ago. 2001.

GUIMARÃES, A. C. A.; BAPTISTA, F. M. Índice de Massa Corporal e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres de Meia-Idade. **Rev Bras Clin Med**. n. 6, p. 228-232. 2008.

HÖFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 777-87. 2007.

JAKCIC, J. M. The role of physical activity in prevention and treatment of body weight gain in adults. **J Nutr**. v.132, n.12, p. 3826S-3829S. 2002.

LANE M.; LOVEJOY, D. J. The Effect of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. **J Sports Phys Fitness**. v. 41, n. 4, p. 539-45. 2001.

LEMOS, R. V.; FARIAS, J. M. Perfil do estilo de vida de contabilistas da cidade de Araranguá. In: Duarte MFS, editor. 5º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde; Nov 17- 19; Florianópolis, Santa Catarina. Brasil; 2005. p.160.

MAKRIDES, L. et al. Evaluation of a workplace health program to reduce coronary risk factors. **Clinical Governance: An International Journal**. v. 13, n. 2, p. 95-105. 2007.

MATOS, M. F. et al. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do centro de pesquisa da Petrobrás. **Arq Bras Cardiol**, n. 82, p. 1-4. 2004.

MATSUDO, S. M. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília, v. 9, n. 3, julho. 2001a.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Atividade Física & Saúde.** v. 6, n. 2, p. 5-18. 2001b.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, outubro. 2002.

McEACHAN, R. R. C. et al. Evidence, Theory and Context: Using intervention mapping to develop a worksite physical activity intervention. **BMC Public Health.** n. 8, p. 326 - 338. 2008.

MCKECHNIE R.; MOSCA, L. Physical activity and coronary heart disease: prevention and effect on risk factors. **Cardiol Rev.** v. 11, n. 1, p. 21-5, jan-feb. 2003.

MOY, F.; SALLAM, A. A. B.; WONG, M. The results of a worksite health promotion programme in Kuala Lumpur, Malaysia. **Health Promotion International.** v. 21, n. 4. 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2003.

PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília.** v. 9, n. 3, p. 45-51, julho. 2001.

PRONK, N. P.; KOTTKE, T. E. Physical activity promotion as a strategic corporate priority to improve worker health and business performance. **Preventive Medicine.** No prelo, 2009.

PROPER, K.; van MECHELEN, W. Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. World Health Organization, 2008. <[http://www.who.int/dietphysicalactivity/Proper\\_K.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/Proper_K.pdf)> Acesso em: 23 agosto 2009.

REGO, A.; BERARDO, F.; RODRIGUES, S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. n. 24, p. 277-285. 1990.

REIS, H. F. C. et al. Prevalência e Variáveis Associadas à Inatividade Física em Indivíduos de Alto e Baixo Nível Socioeconômico. **Arq Bras Cardiol**. v. 92, n 3, p. 203-208. 2009.

SATARIANO, W.A.; HAIGHT, T.J.; TAGER, I.B. Reasons given by older people for limitation or avoidance of leisure time physical activity. **J Am Geriatr Soc**. v. 48, n. 5, p. 505-512. 2000.

SÁVIO, K. E. O. et al. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. **Rev Saúde Pública**. v. 42, n. 3, p. 457-63. 2008.

SNITKER, S.; MITCHELL, B. D.; SHULDINER, A. R. Physical activity and prevention of type 2 diabetes. **Lancet**. v. 361, n. 9351, p. 87-8. 2003.

VOIT S. Work-site health and fitness programs: Impact on the employee and the employer. **Work**. v. 16, n. 3, p. 273-286. 2001.

VUORI, I. M. Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. **Public Health Nutrition**. v. 4, n 2B, p. 517-528. 2001.

WANG J. et al. Participation in physical therapy activity to lower the risk of heart disease or stroke. **J. S. C. Med. Assoc**. v. 98, n. 8, p. 313-5. 2002.

## 5 Artigo II

### **Qualidade de vida de funcionários de empresa de tecnologia da comunicação.**

#### **5.1 Resumo**

A qualidade de vida pode ser considerada como a capacidade que uma determinada cultura possui em sintetizar diversos elementos considerados como padrões de conforto e bem estar refletindo conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos sendo, portanto uma construção social. Este estudo avaliou a percepção de qualidade de vida de uma amostra de 63 funcionários de uma empresa de tecnologia da comunicação na região metropolitana de Campinas/SP. Os sujeitos foram selecionados por método de conveniência de uma população de 789 funcionários administrativos. Para a avaliação da percepção de qualidade de vida utilizou-se o WHOQOL – BREF. Coletaram-se informações sociodemográficas e condição de saúde. A amostra relatou valores superiores aos 50 pontos demonstrando um alto nível de qualidade de vida, sendo o domínio físico como o de melhor resultado (76 pontos). Observou-se, na amostra, o maior predomínio de sujeitos do sexo masculino (57,1%), casados (55,6%), faixa etária entre 30 e 39 anos (50,8%) idade média de 34,8 anos, DP  $\pm$  8,78. Quanto à escolaridade, a grande maioria apresentou mais de 15 anos de estudo (84,1%). Em relação ao nível socioeconômico a maioria se concentrou nas classes A e B (58,7%). A grande maioria da amostra apresentou boa percepção de qualidade de vida.

#### **5.2 Introdução**

As transformações políticas, econômicas, sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas trazem mudanças no modo e estilo de vida do homem. Modo de vida que se descortina a partir da cultura de uma determinada sociedade ou grupo e das exigências por bens materiais e de consumo; e estilo de vida que se estabelece com relação aos comportamentos gerados pelas “facilidades” tecnológicas e hábitos de vida no lazer e no ambiente laboral relacionados, dentre outros fatores, a dispêndio energético e práticas alimentares. Tais

características comportamentais vêm sendo influenciadas pelo processo de globalização acelerando tanto a quebra das barreiras culturais, como a transferência de novas tecnologias o que contribui para difundir os hábitos e modos de vida das populações dos países desenvolvidos nos países em desenvolvimento (IANNI, 1998).

A lógica econômica dá oportunidade ao desenvolvimento pessoal e social, mas em contrapartida favorece o agravamento das condições de saúde, em especial a física e a emocional, (CIANCIARULLO; CORNETTA, 2002, p. 127), o que valoriza a preocupação mais recente sobre os aspectos da qualidade de vida dos trabalhadores.

O trabalho vem passando por transformações importantes mediante a globalização (LANCMAN & SZNELVER, 2004), o que acaba influenciando as condições de vida do trabalhador que compete por maiores recursos financeiros, acarretando na privação do lazer e agravos relacionados com o estresse e fadiga. O trabalho, como principal gerador de recursos financeiros, coloca-se numa posição central na vida das pessoas, mesmo que a lógica econômica de produção estabeleça, de certa maneira, limites cada vez mais restritivos de renda, em geral.

Políticas corporativas de educação continuada, desenvolvimento pessoal e benefícios tornam-se ferramentas importantes para o aprimoramento dos trabalhadores nas organizações modernas. A capacitação em novas habilidades e a oportunidade do auto direcionamento da carreira são consequências positivas desse processo de mudança, principalmente para os trabalhadores mais especializados (SAUTER, 2007). No entanto, para a maioria dos colaboradores, essas mudanças resultam numa variedade de circunstâncias estressoras potenciais, entre elas, a instabilidade do emprego, jornadas prolongadas, tipos diferenciados de contratos de trabalho, estabelecimento de metas intangíveis, além das limitações do apoio social nos sistemas previdenciários.

A rápida mudança na organização ocupacional experimentada nas últimas décadas tem dificultado o entendimento de suas implicações na qualidade de vida, segurança e saúde no trabalho. É importante entender o impacto desse processo sobre os trabalhadores e criar um ambiente de suporte que minimize os efeitos negativos dessa nova forma de trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida. Devido à complexidade estabelecida a partir dessa realidade, saúde e bem estar começam a fazer parte dos objetivos dos Serviços de Engenharia de Segurança, Saúde Ocupacional e Meio Ambiente (SESMT) das organizações e instituições.

Quantifica-se a qualidade de vida numa perspectiva social/coletiva a partir de indicadores como expectativa de vida, mortalidade e morbidade, níveis de escolaridade e alfabetização, renda per capita, nível de desemprego, desnutrição, entre outros. Já numa perspectiva individualizada os indicadores dão lugar a questionários específicos (WHOQOL GROUP, 1994, 1995; NAHAS, 2003) que valorizam as percepções de caráter subjetivo, baseadas em crenças, experiências e expectativas, possibilitando uma visão integradora do indivíduo, auxiliando os profissionais de saúde no estabelecimento de estratégias e ações com objetivos próprios para a melhora da qualidade de vida e da saúde (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Deste modo, o presente estudo teve por objetivo identificar o perfil de qualidade de vida dos trabalhadores da área administrativa de uma empresa multinacional a fim de auxiliar na elaboração de estratégias organizacionais que incluam programas e ambiente de suporte adequado, promovendo a saúde e mantendo a produtividade no trabalho, tornando clara a necessidade de delimitar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e qualidade de vida.

### **5.3 Metodologia**

Este estudo foi realizado em uma empresa da área de tecnologia de comunicação na montagem de aparelhos celulares com uma população-alvo de 789 funcionários do setor administrativo, em abril de 2009. A amostra foi obtida por sorteio randomizado em programa Excell (versão 2007), onde inseriu-se todos os 789 nomes dos funcionários do cadastro da empresa e extraiu-se 100 nomes para preencherem os formulários. Desses 100 obteve-se um retorno de 65 formulários preenchidos (Anexos A e B, Apêndice A). Após a coleta e durante a tabulação dos dados foram desconsiderados dois formulários devido a erros em seu preenchimento, obteve-se assim uma amostra de 63 indivíduos.

Os critérios de inclusão foram: ser trabalhador direto da empresa, da área administrativa, aceitar participar espontaneamente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

O questionário utilizado para avaliar a percepção da qualidade de vida foi o The World Health Organization Quality of Life Assessment ou WHOQOL – BREF, desenvolvido pela OMS, validado e reproduzido no Brasil por Fleck et al. (1999); Fleck (2000). O mesmo constitui-se de duas questões gerais e 24 questões que representam as 24 facetas do instrumento

original WHOQOL 100. Porém, este se limita em avaliar os domínios físico, psicológico, relações sociais, ambiente e uma componente denominada “Overall” (avaliação global) (FLECK, 2000), demonstrando altas correlações com os escores do instrumento original (WHOQOL – 100) (FLECK et al., 2008).

Coletaram-se também informações sociodemográficas e das condições de saúde por meio de questionário contemplando idade, gênero, tempo de trabalho na empresa, estado civil, renda mensal familiar, nível de escolaridade, presença de doenças e existência de dificuldades para a prática de atividade física.

Devido às especificidades do trabalho realizado no setor administrativo, caracterizado por alto volume e acelerado ritmo de demanda, optou-se pela entrega de questionários, conteúdo instruções e exemplos para o seu correto preenchimento, seguida de breve explicação sobre o contexto e objetivo da pesquisa. Estipulou-se o prazo de 48 horas para o seu preenchimento e devolução.

Na análise dos dados do WHOQOL – Abreviado os cálculos dos domínios foram executados seguindo o procedimento recomendado pelo CDC (Center for Disease Control and Prevention), com resultados expressos em variáveis contínuas com valores (escores) variando de 0 a 100. Para verificar a consistência interna do questionário aplicado à amostra foi calculado o coeficiente de fidedignidade de Cronbach. Com a finalidade de testar a normalidade das variáveis dos quatro domínios e a “overall” utilizou-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis categóricas que descrevem a amostra são apresentadas tabelas de distribuição de frequências e as variáveis contínuas por meio de tabelas contendo medidas de tendência central e de dispersão.

Com o objetivo de verificar associação entre o WHOQOL - Abreviado e as variáveis sociodemográficas utilizou-se a Anova (análise de variância) para as variáveis que apresentavam distribuição normal e Kruskal-Wallis para as demais. Todos os testes consideraram um nível de significância de 0,05, sendo as análises realizadas por meio do software estatístico SPSS versão 17.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob número 077/2009 (Anexo C).

## 5.4 Resultados

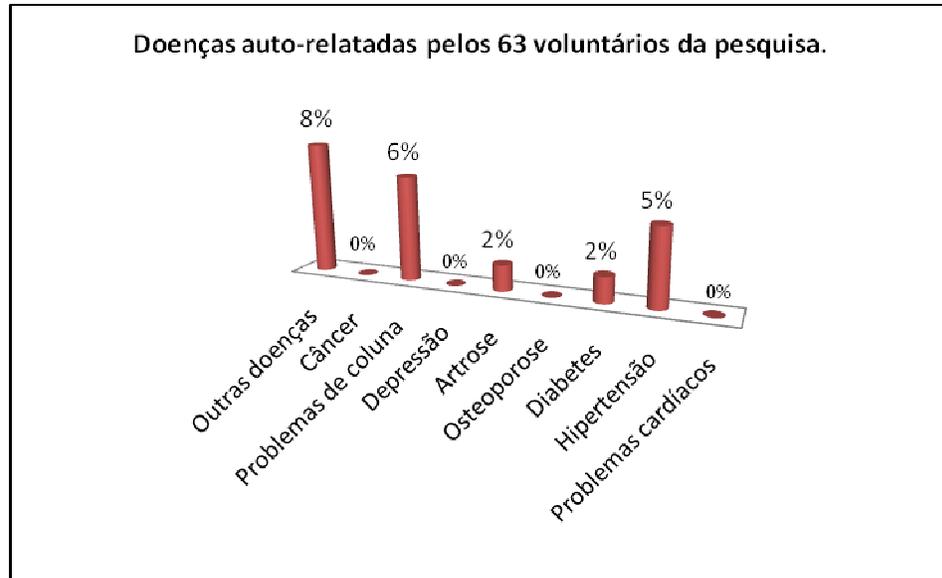
As características sociodemográficas dos 63 funcionários da área administrativa estão descritas na Tabela 1, tendo sido observado, na amostra, o maior predomínio de sujeitos do sexo masculino (57,1%), casados (55,6%), faixa etária entre 30 e 39 anos (50,8%) idade média de 34,8 anos, DP  $\pm$  8,78. Sobre a escolaridade, a grande maioria apresentou mais de 15 anos de estudo (84,1%). Em relação ao nível socioeconômico, prevaleceram as classes A e B (58,7%), conforme os critérios de classificação socioeconômicos do Brasil (ABEP, 2008).

**Tabela 1 Características gerais dos 63 voluntários participantes da pesquisa.**

Variável	n	%
Idade (anos)		
<20	1	1,6
20 – 29	12	19,2
30 – 39	32	50,8
40 – 49	12	19,2
$\geq$ 50	4	6,4
Não responderam	2	3,2
Sexo		
Feminino	27	42,8
Masculino	36	57,1
Estado Civil		
Casado	35	55,5
Solteiro	20	31,7
Separado/divorciado	6	9,5
Não responderam	2	3,1
Escolaridade		
8 a 10 anos	2	3,1
11 a 14 anos	6	9,5
> 15 anos	53	84,1
Não responderam	2	3,1
Renda mensal familiar		
1 a 2 salários	1	1,5
3 a 4 salários	2	3,1
4 a 6 salários	7	11,1
6 a 8 salários	8	12,7
> 8 salários	37	58,7
Não responderam	8	12,7

Em relação aos dados sobre as condições de saúde, baseados na frequência de doenças auto-referidas, descritos na Figura 1, observou-se que 25,4% dos funcionários relataram pelo menos uma doença, tendo havido maior prevalência de problemas na coluna (6%), hipertensão arterial (5%), artrose e diabetes (2%). Houve ainda o relato de diversas outras

doenças (8%) distribuídas entre as pulmonares, agravos ao sistema músculo-esquelético (tendinites, entorses), sistema digestivo e dislipidemia.



**Figura 1 – Percentual do relato das doenças auto-referidas pelos 63 voluntários participantes da pesquisa.**

Quanto à percepção da qualidade de vida foram calculados os escores dos quatro domínios do WHOQOL - BREF e o overall (Avaliação Global) e padronizados na escala de 0 a 100. O Alpha de Cronbach foi calculado para todas as questões considerando as inversões das questões 3, 4 e 26, e separadamente, para as questões que compõem os domínios (Tabela 2).

Foi considerado como referência um valor mínimo de alpha de 0,8 (FLECK et al., 2008). Avaliando o total das questões o valor de alpha encontrado na pesquisa foi de 0,84, superior ao valor de referência mostrando uma boa aderência no questionário (Tabela 2).

A análise descritiva mostrou que em todos os domínios o primeiro quartil (percentil 25) se encontrava acima dos cinquenta pontos, indicando um relato de alta qualidade de vida. Na média, o domínio físico apresentou o melhor resultado com um escore de 76 pontos e os demais domínios ficaram entre 66 e 69 pontos. Todos esses valores podem ser considerados representativos de boa qualidade de vida, além de valores não muito elevados de desvio padrão caracterizando a homogeneidade da amostra estudada (Tabela 3).

**Tabela 2 – Valores de Alpha de Cronbach nos Domínios do WHOQOL – BREF.**

Domínios	Alpha de Cronbach	Número de itens
Domínio Físico	0,6	7
Domínio Psicológico	0,7	6
Relações Sociais	0,4	3
Domínio Meio Ambiente	0,6	8
Overall – Avaliação Global	0,8	26
Total	0,8	26

**Tabela 3 – Análise Descritiva da Pontuação do WHOQOL – BREF.**

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Meio Ambiente	Overall Avaliação Global
NV	63	63	63	63	63
Média	76,1	68,1	68,9	66,7	69,0
DP	11,3	12,9	14,9	10,2	16,4
Mínimo	39,2	37,5	41,6	40,6	12,5
Máximo	96,4	91,6	100	90,6	100
Percentis	25	67,8	62,5	58,3	62,5
	50	75	70,8	75	75
	75	85,7	79,1	75	75

DP= desvio padrão.

NV= número de voluntários participantes válidos.

A tabela 4 apresenta os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov, onde a variável “overall” apresentou indícios estatísticos de não normalidade (2,69).

**Tabela 4 - Distribuição do teste de Kolmogorov-Smirnov entre Domínios do WHOQOL BREF das respostas dos 63 voluntários.**

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Meio Ambiente	Overall Avaliação Global
NV	63	63	63	63	63
Parâmetros Normais					
Média	76,1	68,1	68,9	66,7	69,0
DP	11,3	12,9	14,9	10,2	16,4
Diferenças extremas					
Absoluto	0,1	0,09	0,1	0,07	0,3
Positivo	,06	0,6	0,1	0,07	0,2
Negativo	-0,1	-0,09	-0,1	-0,06	-0,3
Kolmogorov-Smirnov	0,9	0,7	1,3	0,57	2,6
Asymp. Sig	0,2	0,6	0,06	0,89	0

DP= desvio padrão.

NV= número de voluntários participantes válidos.

Desta forma, procederam-se testes para todos os cruzamentos entre cada domínio e a variável sociodemográfica.

A tabela 5 mostra que apenas a variável “o estado de saúde dificulta na prática de atividade física” tem relação estatisticamente significativa com o domínio físico e psicológico ( $p < 0,05$ ). Para as demais variáveis não foram encontradas relações, sendo que o WHOQOL - BREF também apresentou grande homogeneidade da amostra, apresentando um desvio padrão pequeno, além de médias muito próximas entre si para todos os domínios.

**Tabela 5 - Relação entre a pergunta “Estado de saúde dificulta a prática de atividade física” versus Domínios físico e psicológico.**

		N	Média	DP	Média DP
Domínio físico	Sim	10	63,21	11,67	3,69
	Não	51	78,71	9,52	1,33
Domínio Psicológico	Sim	10	58,33	14,02	4,43
	Não	51	69,93	12,19	1,70

DP= desvio padrão.

N= número de voluntários participantes válidos que responderam a questão.

## 5.5 Discussão

Existe uma escassez de pesquisas em relação a funcionários industriários que exercem suas funções especificamente no setor administrativo. Assim apresentaremos a seguir um conjunto de comparações dos dados obtidos com os resultados de estudos que envolveram distintos grupos em termos etários, geográficos, socioeconômicos e culturais.

Os sujeitos que fizeram parte da amostra deste estudo relataram boa qualidade de vida com valores de 76,1 (domínio físico), 68,9 (domínio social), 68,1 (domínio psicológico), 66,7 (domínio do meio ambiente), e 69 pontos (domínio avaliação global).

O alto valor referido para a qualidade de vida no domínio físico (76,1), que compreende os aspectos de dor e desconforto, mobilidade e dependência de medicação e de tratamentos, parece não ter sido impactado pelos relatos sobre os agravos à saúde, visto que 25,4% dos sujeitos referiram ao menos um tipo de doença, além dos relatos de dores de coluna vertebral (6%) e agravos músculo-esqueléticos (8%). Condição semelhante foi também observada na pesquisa de Jardim, Barreto, Assunção (2007) e Kasama e Brasolotto (2007) sobre a Qualidade de Vida e Voz (QVV) com pontuações elevadas nos escores total e de cada domínio, apesar dos agravos à saúde relatados pelos sujeitos envolvidos nas pesquisas.

Os resultados sugerem que uma pessoa pode permanecer com valores elevados de bem estar independentemente dos agravos à saúde sem, no entanto, alterar sua percepção de uma boa qualidade de vida. Apenas quando determinados limiares são ultrapassados,

compromete-se o bem estar do sujeito e, conseqüentemente, altera-se sua percepção (CUMMINS, 1998; 2000; ARNOLD, et al., 2004).

Foi considerado como referência um valor mínimo de alpha de 0,8 (FLECK et al., 2008). Avaliando o total das questões o alpha encontrado (0,84) foi superior ao de referência mostrando uma boa aderência do questionário (Tabela 2). Normalmente, para o WHOQOL – BREF se observam valores menores que 0,8 para os domínios. Isso ocorre principalmente pelo reduzido número de questões que compõem cada domínio (FLEK et al., 2008).

Outra particularidade que chamou a atenção nesse estudo foi o fato de não encontrarmos relação estatística significativa ao analisar-se o tempo de serviço na empresa e os resultados dos domínios do WHOQOL – BREF. Já, utilizando o Short Form Health Survey (SF-36), De Marco et al. (2008), ao relacionar tempo de emprego e jornada semanal em amostra de profissionais da área de saúde mental, observaram menores valores para dor (42,3%), estado geral de saúde (63,3%) e vitalidade (58,4%) nos funcionários que trabalhavam há mais de 5 anos no mesmo departamento, e nos que trabalhavam além de 20 horas semanais na mesma instituição. Em nossa amostra a falta da relação entre o tempo de serviço e os resultados do WHOQOL – BREF pode ser efeito das características únicas apresentadas dentro da corporação, na qual os funcionários são estimulados ao desenvolvimento pessoal, muitas vezes migrando entre áreas e funções e entre as diversas gerências corporativas.

Vale citar os elevados valores encontrados nos domínios social (68,9), psicológico (68,1) e do ambiente (66,7) o que chama à reflexão sobre a conjuntura corporativa na qual os sujeitos de nossa amostra encontravam-se inseridos na época da pesquisa. Apesar de tratar-se de uma corporação que busca alcançar resultados ambiciosos, tendo como objetivo a liderança de mercado em seu segmento, oferece aos funcionários uma série de canais, ações e atitudes corporativas que privilegiam a promoção da saúde organizacional (SERAFIM, 2005). Na fase de coleta de dados a empresa encontrava-se em processo de reestruturação e demissão de funcionários face à recente crise financeira mundial. No entanto, esta situação parece não ter interferido nos resultados dos referidos domínios de nossa pesquisa.

De forma diferente Martinez e Latorre (2006) observaram, em amostra de 224 empregados com o mesmo perfil funcional dos sujeitos de nosso estudo, estando também a empresa em processo de reestruturação e demissão, resultados muito inferiores em relação às dimensões que são representativas da saúde mental (SF-36).

Quanto à relação entre os diversos níveis de formação/qualificação e a percepção da qualidade de vida, não ficou demonstrada diferença estatística significante. A

amostra apresentou grande homogeneidade no item “anos de estudo”, pois a grande maioria faz parte de uma mão de obra altamente qualificada, selecionada e inserida em permanentes programas internos de capacitação. Souza e Figueiredo (2004), avaliando a qualificação profissional e sua representação frente ao trabalho e qualidade de vida, perceberam que os sujeitos de maior qualificação profissional imputam ao trabalho significados como elemento de identidade social e meio para maior aprendizagem. Já trabalhadores de menor qualificação atribuem ao trabalho um significado “estruturante da vida cotidiana” e também um “indicador de saúde”.

Talvez, devido a estas razões, a amostra tenha apresentado no domínio social alto valor (68,9), visto que os sujeitos do setor administrativo da empresa desempenham ocupações que exigem grande cooperação social, elevada capacidade de raciocínio e controle do processo de trabalho, fato este também observado por diversos autores em colaboradores deste mesmo setor (SOUZA, FIGUEIREDO, 2004; ANDRADE, SOUZA, MINAYO 2009; FERNANDES; ROCHA, 2009; RIBAS, VILELA JR, PADILHA, 2009).

Sobre o aspecto do estrato salarial, o estudo indicou que 58% da amostra declara rendimentos familiares acima de oito salários mínimos, faixa situada entre as classes A e B conforme os critérios de classificação socioeconômicos do Brasil (ABEP, 2008). O rendimento médio dos trabalhadores em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no setor privado na região metropolitana da cidade de São Paulo à época desse estudo eram de 3,1 salários mínimos (IBGE, 2009). Esta situação favorável dos funcionários administrativos deste estudo frente ao perfil salarial da média da população, porventura poderia explicar os elevados resultados no domínio meio ambiente desses funcionários, demonstrando melhores condições de acesso ao lazer e condições de ambiente físico tais como climatização dos ambientes laborais, controle ou ausência da poluição sonora, minimização da poluição ambiental, melhor padrão de moradia, melhor qualidade de transporte, além de maior poder de consumo.

Em contrapartida, Silva (2007) observou, em amostra de 164 trabalhadores da área de manufatura na mesma região, valores inferiores no domínio ambiente associando esta baixa pontuação aos baixos valores das respostas relacionadas à satisfação financeira, oportunidades de lazer e ambiente físico.

A partir dessas observações, concluímos que a amostra estudada demonstrou elevada qualidade de vida em todos os domínios. Este fato pode ser explicado pela própria natureza de suas ocupações administrativas, pelas condições de maior qualificação profissional e melhor remuneração, além de um empoderamento do processo laboral no qual permanecem

envolvidos, proporcionando assim uma compreensão dos desdobramentos e das circunstâncias decorrentes deste.

## 5.6 Referências

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de pesquisa. Critério de Classificação Econômica – Brasil 2008. Disponível em: <[http://www.abep.org/codigosguias/critério\\_brasil\\_2008.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/critério_brasil_2008.pdf)> Acessado em: 01 outubro 2009.

ANDRADE, E. R.; SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, p. 275-285. 2009.

ARNOLD, R. et al. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Qual Life Res**. n. 13, p. 883-896. 2004.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev Saúde Pública** . v. 35, n. 6, p. 554-63. 2001.

CHAN, B.K. et al. Work stress among six professional groups: the Singapore experience. **Social Science & Medicine**. n. 50, p. 1415-1432. 2000.

CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. (Org.). **Saúde, Desenvolvimento e Globalização: Um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002. 337 p.

CUMMINS, R. A. The second approximation to an international standard for life satisfaction. **Soc Indic Res**. n. 43, p. 307-334. 1998.

CUMMINS, R. A. Objective and subjective quality of life: an interactive model. **Soc Indic Res**. n. 52, p. 55-72. 2000.

De MARCO, P. F. et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n. 3, p.178-183. 2008.

FERNANDES, M. H.; Rocha, V. M. Impacto dos aspectos psicossociais do trabalho na qualidade de vida dos professores. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 31, n. 1, p. 15-20. 2009.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008, 228 p.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.** v. 21, n. 1, p.19-28. 1999.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 5, n. 1, p. 33-38. 2000.

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

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa mensal de emprego. Estimativas para o mês de setembro de 2009 regiões metropolitanas de: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. 2009, Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme\\_nova/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/default.shtm)>. Acesso em: 5 novembro 2009.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho, qualidade de vida e dissonância entre docentes. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2439-2461, out. 2007.

KASAMA, S. T.; BRASOLOTTO, A. G. Percepção vocal e qualidade de vida. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica,** Barueri - SP, v. 19, n. 1, p. 19-28, jan.- abr. 2007.

- LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: Da psicologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Fiocruz, 2004. 346 p.
- MARTINEZ, M. C.; LATTORE, M. R. D. O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Rev Saúde Pública**. v. 40, n. 5, p. 851-858. 2006.
- NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003. 278 p.
- RIBAS, J. C.; VILELA JUNIOR G. B.; PADILHA, L. A. Avaliação da qualidade de vida no ambiente corporativo. **Revista do Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**. v. 1, n. 1. 2009.
- SAUTER, S. et al. **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Atlas, 2007.
- SERAFIM, M. C. Saúde moral das organizações; um diálogo aberto. In: Gonçalves, A.; Gutierrez, G. L.; Vilarta, R. (Orgs.) **Gestão da Qualidade de Vida na Empresa**. Campinas, São Paulo: IPES Editorial, 2005. 189 p.
- SILVA, T. T. R. **Estratégias Organizacionais para a Promoção de Saúde e Qualidade de Vida – Avaliando a qualidade de vida no trabalho**. 2007. 85f. Dissertação de Mestrado em Educação Física - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- SOUZA, L. B.; FIGUEIREDO, A. C. Qualificação profissional e representações sobre trabalho e qualidade de vida. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 221-223. 2004.
- THE WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. **International Journal of Mental Health**. v. 23, n. 3, p. 24-56. 1994.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409. 1995.

## 6 Conclusões

Nossa pesquisa demonstrou que grande parte da amostra não atingiu os níveis recomendados à promoção da saúde em relação ao engajamento em atividades físicas. Os homens, em especial, estiveram envolvidos em atividades físicas mais vigorosas do que as mulheres e essas ficaram classificadas abaixo dos seus colegas em todas as categorias dos níveis de atividade física, o que demonstrou de maneira peculiar, que apesar de ambos os gêneros terem apresentado semelhantes classificações sociodemográficas, considerando que nenhuma dessas variáveis apresentou associação estatística significativa com os níveis de atividade física. As mulheres muito provavelmente acumulam as atividades relacionadas à dupla jornada, o que talvez possa explicar o seu baixo envolvimento em atividades físicas sistemáticas para a promoção da saúde.

Porém, apesar do baixo envolvimento em atividades físicas, o total da amostra relatou poucos agravos à saúde, uma vez que esta variável também não demonstrou associação estatística com a dificuldade em se praticar atividades físicas. Talvez possamos inferir que o baixo relato de complicações de saúde se deva às características sociodemográficas dos sujeitos, pois a maioria é jovem, com alta capacitação, alta escolaridade e pertencente aos extratos A e B da sociedade, ou seja, possuem alto poder aquisitivo e acesso aos bens de consumo e entre esses a saúde.

Os sujeitos que fizeram parte da amostra desse estudo relataram uma boa qualidade de vida, sendo que o alto valor referido no domínio físico não parece ter sido influenciado pelos poucos agravos à saúde, relatados pelos mesmos.

Como também nenhuma das variáveis demonstrou associação estatística com os resultados dos domínios do WHOQOL – BREF, concluímos que a homogeneidade da amostra deva ter levado a esse resultado. Exceção feita à variável “o estado de saúde dificulta na prática de atividade física”, esta sim, demonstrando relação estatisticamente significativa com o domínio físico e psicológico.

Levando em consideração o resultado de Alpha de Cronbach no domínio social, podemos sugerir que o questionário não foi capaz de captar com grande exatidão as demandas sociais dos respondentes, porém, ainda assim houve uma alta pontuação no referido domínio.

Tendo em vista essas observações concluímos que a amostra apesar de estar à época da coleta de dados, sedentária e pouco ativa fisicamente, sujeita a grandes pressões profissionais e corporativas decorrentes da situação financeira mundial, apesar disso, referiu uma boa qualidade de vida em todos os domínios. Fato este que, muito provavelmente possa ser explicado pelas características sociodemográficas da amostra, formada em sua maioria por jovens saudáveis, bem qualificados e remunerados, treinados para posições administrativas e gerenciais lhes imputando assim, melhores condições de percepção em uma perspectiva subjetiva do contexto ao seu redor.

Por último, levando em consideração as melhores pontuações em qualidade de vida dos sujeitos da amostra, que estavam mais envolvidos em atividades físicas, sugerimos a necessidade de maiores investimentos em ações relacionadas ao aumento dos níveis de atividade física junto a esta população, enquanto instrumento eficaz na manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida.

## Referências

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de pesquisa. Critério de Classificação Econômica – Brasil 2008. Disponível em: <[http://www.abep.org/codigosguias/critério\\_brasil\\_2008.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/critério_brasil_2008.pdf)> Acessado em: 01 outubro 2009.
- ADDLEY, K.; McQUILLIAN, P.; RUDLLE, M. Creating healthy workplaces in Northeast Ireland: evaluation of a lifestyle and physical activity assessment programme. **Occup. Med.** v. 51, n. 7, p. 439-449. 2001.
- ANDRADE, E. R.; SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, p. 275-285. 2009.
- ARNOLD, R. et al. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Qual Life Res.** n. 13, p. 883-896. 2004.
- BARETTA, E.; BARETTA, M.; PERES, K. G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1595-1602, julho. 2007.
- BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 554-63. 2001.
- BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Reprodutibilidade (teste-reteste) do questionário internacional de atividade física (QIAF-Versão 6): um estudo piloto com adultos no Brasil. **Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília**, v. 8, n. 1, p. 23-26, janeiro. 2000.
- CAMERON, C. et al. Increasing physical activity: supporting an active workforce. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, Ottawa: 2002. Disponível: <<http://www.cflri.ca/eng/index.php>>. Acesso em: 08 agosto 2009.
- CASPERSEN, C. J.; ZACK, M. M. The prevalence of physical inactivity in the United States. In: Physical Activity and Cardiovascular Health - **A National Consensus Human Kinetics**, 1997.

CENTER DISEASE OF PREVENTION AND CONTROL - CDC. Promoting physical activity: a best buy in public health. 2000.

CHAN, B.K. et al. Work stress among six professional groups: the Singapore experience. **Social Science & Medicine**. n. 50, p. 1415-1432. 2000.

CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. (Org.). **Saúde, Desenvolvimento e Globalização: Um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002. 337 p.

CUMMINS, R. A. Objective and subjective quality of life: an interactive model. **Soc Indic Res**. n. 52, p. 55-72. 2000.

CUMMINS, R. A. The second approximation to an international standard for life satisfaction. **Soc Indic Res**. n. 43, p. 307-334. 1998.

De MARCO, P. F. et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **J Bras Psiquiatr**. v. 57, n. 3, p.178-183. 2008.

Del PILAR FAGALDE, M. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de La Región Metropolitana. **Rev Méd Chile**. n. 133, p. 919-928, 2005.

DISHMAN, R. K. et al. Move to Improve A Randomized Workplace Trial to Increase Physical Activity. **Am J Prev Med**. v. 36, n. 2. 2009.

ELSANGEDY, H. M. et al. Nível de atividade física e suas possíveis barreiras em docentes universitários de Toledo. **EFDEPORTES Revista Digital**. Buenos Aires, ano 12, n. 118, mar. 2008.

FERNANDES, C. A. M. et al. Nível de atividade física dos servidores da Universidade Estadual de Maringá. **Arq. Apadec**. 8 (supl.), maio. 2004.

FERNANDES, M. H.; Rocha, V. M. Impacto dos aspectos psicossociais do trabalho na qualidade de vida dos professores. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 31, n. 1, p. 15-20. 2009.

- FERREIRA, R. E. Programa Saúde da Mulher da Empresa Arcelor Mittal - Juiz de Fora – MG – Brasil. **Rev SOCERJ**. Juiz de Fora – MG. n. 21, supl. A. p.43-44, jun. 2008.
- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**. v. 21, n. 1, p.19-28. 1999.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 33-38. 2000.
- FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 228 p.
- FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.567-576, março. 2008.
- FOX, K. R. The influence of physical activity on mental well-being. **Public Health Nutrition**. v. 3, n. 2, p. 411-418. 1999.
- GARCIA, A.W. et al. Changes in physical activity beliefs and behaviors of boys and girls across the transition to junior high school. **Jornal Adolesc Health**. v. 5, n. 22, p. 394-402. 1998.
- GATZ, S. L.; MASTROENI, M. Atividade física em funcionários de uma empresa de navegação. In: Duarte MFS, editor. 5º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde; Nov 17-19, Florianópolis, Santa Catarina. Brasil; 2005, p. 81
- GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 969-76, jul.-ago. 2001.
- GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e Atividade Física: Explorando teoria e práticas**. Barueri: Manole, 2004. 287 p.
- GUIMARÃES, A. C. A.; BAPTISTA, F. M. Índice de Massa Corporal e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres de Meia-Idade. **Rev Bras Clin Med**. n. 6, p. 228-232. 2008.

HÖFELMANN, D. A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 777-87. 2007.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa mensal de emprego. Estimativas para o mês de setembro de 2009 regiões metropolitanas de: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. 2009, Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme\\_nova/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/default.shtm)>. Acesso em: 5 novembro 2009.

JAKCIC, J. M. The role of physical activity in prevention and treatment of body weight gain in adults. **J Nutr**. v.132, n.12, p. 3826S-3829S. 2002.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho, qualidade de vida e dissonância entre docentes. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2439-2461, out. 2007.

KASAMA, S. T.; BRASOLOTTO, A. G. Percepção vocal e qualidade de vida. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri - SP, v. 19, n. 1, p. 19-28, jan.- abr. 2007.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: Da psicologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Fiocruz, 2004. 346 p.

LANE M.; LOVEJOY, D. J. The Effect of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. **J Sports Phys Fitness**. v. 41, n. 4, p. 539-45. 2001.

LEMOS, R. V.; FARIAS, J.M. Perfil do estilo de vida de contabilistas da cidade de Araranguá. In: Duarte MFS, editor. 5º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde; Nov 17- 19; Florianópolis, Santa Catarina. Brasil; 2005. p.160.

MAKRIDES, L. et al. Evaluation of a workplace health program to reduce coronary risk factors. **Clinical Governance: An International Journal**. v. 13, n. 2, p. 95-105. 2008.

- MARTINEZ, M. C.; LATTORE, M. R. D. O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Rev Saúde Pública**. v. 40, n. 5, p. 851-858. 2006.
- MATOS, M.F. et al. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do centro de pesquisa da Petrobrás. **Arq Bras Cardiol**, n. 82, p. 1-4. 2004.
- MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Atividade Física & Saúde**. v. 6, n. 2, p. 5-18. 2001a.
- MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Atividade Física & Saúde**. v. 6, n. 2, p. 5-18. 2001b.
- MATSUDO, S. M., et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília, v. 9, n. 3, julho. 2001a.
- MATSUDO, S. M., et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília, v. 9, n. 3, julho. 2001b.
- MATSUDO, S. M., et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, outubro. 2002.
- McEACHAN, R. R. C. et al. Evidence, Theory and Context: Using intervention mapping to develop a worksite physical activity intervention. **BMC Public Health**. n. 8, p. 326 - 338. 2008.
- MCKECHNIE R., MOSCA, L. Physical activity and coronary heart disease: prevention and effect on risk factors. **Cardiol Rev**. v. 11, n. 1, p. 21-5, jan-feb. 2003.
- 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.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da

Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114) Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta\\_portugues.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf)> Acesso em: 12 novembro 2009.

MOY, F.; SALLAM, A. A. B.; WONG, M. The results of a worksite health promotion programme in Kuala Lumpur, Malaysia. **Health Promotion International**. v. 21, n. 4. 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003. 278 p.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/opas.cfm>> Acesso em: 12 novembro 2009.

PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília**. v. 9, n. 3, p. 45-51, julho. 2001.

PRONK, N. P.; KOTTKE, T. E. Physical activity promotion as a strategic corporate priority to improve worker health and business performance. **Preventive Medicine**. No prelo, 2009.

PROPER, K.; van MECHELEN, W. Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. World Health Organization, 2008. <[http://www.who.int/dietphysicalactivity/Proper\\_K.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/Proper_K.pdf)> Acesso em: 23 agosto 2009.

REGO, A.; BERARDO, F.; RODRIGUES, S. Fatores de risco para doenças crônico não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. n. 24, p. 277-285. 1990.

REIS, H. F. C. et al. Prevalência e Variáveis Associadas à Inatividade Física em Indivíduos de Alto e Baixo Nível Socioeconômico. **Arq Bras Cardiol**. v. 92, n 3, p. 203-208. 2009.

RIBAS, J. C.; VILELA JUNIOR G. B.; PADILHA, L. A. Avaliação da qualidade de vida no ambiente corporativo. **Revista do Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**. v. 1, n. 1. 2009.

SATARIANO, W.A.; HAIGHT, T.J.; TAGER, I.B. Reasons given by older people for limitation or avoidance of leisure time physical activity. **J Am Geriatr Soc**. v. 48, n. 5, p. 505-512. 2000.

SAUTER, S. et al. **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Atlas, 2007.

SÁVIO, K. E. O. et al. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. **Rev Saúde Pública**. v. 42, n. 3, p. 457-63. 2008.

SERAFIM, M. C. Saúde moral das organizações; um diálogo aberto. In: Gonçalves, A.; Gutierrez, G. L.; Vilarta, R. (Orgs.) **Gestão da Qualidade de Vida na Empresa**. Campinas, São Paulo: IPES Editorial, 2005. 189 p.

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

SNITKER, S.; MITCHELL, B. D.; SHULDINER, A. R. Physical activity and prevention of type 2 diabetes. **Lancet**. v. 361, n. 9351, p. 87-8. 2003.

SOUZA, L. B.; FIGUEIREDO, A. C. Qualificação profissional e representações sobre trabalho e qualidade de vida. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 221-223. 2004.

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409.

THE WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. **International Journal of Mental Health**. v. 23, n. 3, p. 24-56. 1994.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409. 1995. UFRGS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>> Acesso em: 12 novembro 2009.

VOIT S. Work-site health and fitness programs: Impact on the employee and the employer. **Work**. v. 16, n. 3, p. 273-286. 2001.

VUORI, I. M. Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet. **Public Health Nutrition**. v. 4, n 2B, p. 517-528. 2001.

WANG J. et al. Participation in physical therapy activity to lower the risk of heart disease or stroke. **J. S. C. Med. Assoc.** v. 98, n. 8, p. 313-5. 2002.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

### Dados de identificação Sociodemográficos e condições de saúde

Este questionário tem por objetivo determinar o perfil social de determinada população.

Por favor marque as respostas com um X quando for adequado e insira valores alfa-numéricos nos campos que assim o necessitarem.

<b>35</b>	Nome:	
-----------	-------	--

<b>36</b>	Idade:		<b>36a.</b> Fem.	<b>36b.</b> Masc.
-----------	--------	--	------------------	-------------------

<b>37</b>	Quanto tempo trabalha na empresa?	Anos	Meses

<b>38</b>	Qual é o seu estado civil?	<b>38a.</b> Solteiro	<b>38b.</b> Viúvo	<b>38c.</b> Casado	<b>38d.</b> Divorciado/Separado

<b>39</b>	Qual a sua renda mensal familiar? (salários mínimos R\$ 465,00)	<b>39a.</b> <1	<b>39b.</b> 1-2	<b>39c.</b> 3-4	<b>39d.</b> 5-6	<b>39e.</b> 7-8	<b>39f.</b> 9-10	<b>39g.</b> >10

<b>40</b>	Qual é o seu nível de escolaridade (anos de estudo)?	<b>40a.</b> Sem instrução	<b>40b.</b> 1 a 3	<b>40c.</b> 4 a 7	<b>40d.</b> 8 a 10	<b>40e.</b> 11 a 14	<b>40f.</b> >15 anos

<b>41</b>	Você têm alguma doença?	<b>41a.</b> SIM	<b>41b.</b> NÃO				
		<b>41c.</b> Problema cardíaco	<b>41d.</b> Hipertensão	<b>41e.</b> Diabetes	<b>41f.</b> Osteoporose	<b>41g.</b> Artrose	<b>41h.</b> Depressão
		<b>41i.</b> Problema de coluna	<b>41j.</b> Câncer	<b>41k.</b> Outras. Qual (is)?			

42	Seu estado de saúde atual, dificulta a prática de atividade física?	42a. SIM	42b. NÃO	42c. De que forma dificulta?	
				42c1. Tempo	
				42c2. Dinheiro	
				42c3. Acesso	
				42c4. Discriminação	
				42c5. Orientação médica	

**APÊNDICE B: TCI – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DOS VOLUNTÁRIOS QUE PARTICIPARÃO DO PROJETO DE PESQUISA: ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES ADMINISTRATIVOS DE EMPRESA MULTINACIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS.**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marcos Eduardo Sales Nunes de Souza (UNICAMP)

ORIENTADOR: PROFº DRº Roberto Vilarta (UNICAMP)

LOCAL DE DESENVOLVIMENTO: DEPARTAMENTO DE ESTUDOS DE ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). PROJETO VINCULADO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DESTA INSTITUIÇÃO.

**Leia com atenção.** Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre atividade física e qualidade de vida em trabalhadores empregados em setores administrativos de multinacional na região metropolitana de Campinas para a elaboração de Dissertação de Mestrado em Educação Física da Unicamp. Para isto, gostaríamos de contar com a sua preciosa colaboração durante 40 minutos aproximadamente, para preencher questionários sobre diferentes aspectos de sua vida: idade, estado civil, ocupação, nível sócio-econômico, condição de saúde, qualidade de vida, prática de atividade física entre outras. Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de qualquer atividade que o (a) senhor (a) desenvolve em seu grupo de trabalho. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo (a) senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se o (a) senhor (a) tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la, agora, ou futuramente contatando por telefone inscrito abaixo. Este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa científica e objetiva avaliar o nível de atividade física de uma amostragem de trabalhadores empregados em setores administrativos de multinacional na região metropolitana de Campinas/SP, bem como possíveis benefícios à qualidade de vida advinda deste perfil de condicionamento e levantamento de questões epidemiológicas. Ao concordar em colaborar com a pesquisa, assine as duas (2) vias deste documento, uma via lhe será entregue no ato do preenchimento dos questionários e a outra permanecerá com o pesquisador. Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos de idade, residente à Rua(Av.) \_\_\_\_\_, voluntariamente concordo em participar do projeto de pesquisa supracitado, que foi detalhado acima, sabendo que para sua realização todas as despesas monetárias serão de responsabilidade da instituição. Estou ciente ainda que, as informações obtidas durante as avaliações serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem a minha devida autorização. As informações assim obtidas, no entanto, poderão ser usadas para fins de pesquisa científica, desde que a minha privacidade seja sempre preservada.

Li e entendi as informações precedentes, tendo sido informado ainda que possíveis dúvidas futuras poderão ser prontamente esclarecidas. Terei acesso também aos resultados dos questionários a mim aplicados. Comprometo-me, na medida das minhas possibilidades, a colaborar para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Voluntário

---

Pós-graduando: Marcos Eduardo Sales Nunes de Souza  
Fone:(11) 8120-5453 e (19) 3847-8297 e-mail:marcosbodyimage@yahoo.com.br

---

Profº Drº Roberto Vilarta  
Fone:(019)3521-6716 e-mail:roberto@fef.unicamp.br

COMISSÃO DE ÉTICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNICAMP  
Maiores informações pelo telefone: (0xx19) 3788-8936

**Grupo de Estudo de Qualidade de Vida, Atividade Física e Saúde  
Faculdade de Educação Física – UNICAMP – Campinas/SP**

# **ANEXOS**

**ANEXO A: MODELO DO IPAQ UTILIZADO PELO GRUPO DE ESTUDO DE  
QUALIDADE DE VIDA, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP – CAMPINAS/SP**



**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA  
VERSÃO CURTA**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade : \_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia-a-dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender quão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

**1a** Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?  
dias \_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**1b** Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?  
horas: \_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_

**2a.** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica

aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**2b.** Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?  
horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

**3a** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**3b** Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclui o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

**4a.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?  
\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**4b.** Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**ANEXO B: MODELO DO WHOQOL UTILIZADO PELO GRUPO DE ESTUDO DE  
QUALIDADE DE VIDA, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA – UNICAMP – CAMPINAS/SP**

**VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE  
QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998**

<b>Instruções</b>					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. <b>Por favor, responda a todas as questões.</b> Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha, entre as alternativas, a que lhe parecer mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as <b>duas últimas semanas</b>. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

(PREENCHA ATRÁS DA FOLHA)

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO C: PARECER COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - UNICAMP.



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 19/01/10.  
(Grupo III)

2ª VIA

**PARECER CEP:** N° 077/2009 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 0270.0.000.146-09

### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO:** “ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES ADMINISTRATIVOS DE EMPRESA MULTINACIONAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Marcos Eduardo Sales Nunes de Souza.

**INSTITUIÇÃO:** Motorola Industrial Ltda.

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 10/02/2009

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 11/03/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

### II - OBJETIVOS

Avaliar os níveis de atividade física (NAF) e qualidade de vida (QV) de uma população de trabalhadores no local de trabalho em empresa multinacional da região metropolitana de Campinas.

### III - SUMÁRIO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, descritiva e analítica na qual serão selecionados 100 funcionários de área administrativa de uma empresa de produtos eletrônicos e tecnologia de comunicação, na região de Campinas-SP. Os critérios de inclusão serão: indivíduos de ambos os sexos; trabalhadores da empresa da área administrativa e que queiram participar da pesquisa. Serão excluídos os trabalhadores que se recusem a participar da pesquisa e os que tiverem preenchido inadequadamente os questionários. Para análise da qualidade de vida serão utilizados dois instrumentos IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) e o WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life Assessment), será também aplicado um formulário com dados de identificação, sócio-demográficos e condições de saúde e o questionário de Critério de Classificação Econômica do Brasil

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e



atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 17 de fevereiro de 2009.

**Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM/UNICAMP