

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

MARCO ANTONIO POLIZIO

PERFIL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA
DE SERVIDORES PÚBLICOS DO INSTITUTO FEDERAL
DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto

2019

MARCO ANTONIO POLIZIO

PERFIL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA
DE SERVIDORES PÚBLICOS DO INSTITUTO FEDERAL
DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa

Ribeirão Preto

2019

**Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP**

- Universidade de Ribeirão Preto -

P769p Polizio, Marco Antonio, 1963-
Perfil de saúde e qualidade de vida de servidores públicos
do instituto federal de educação, ciência e tecnologia de São
Paulo / Marco Antonio Polizio. - - Ribeirão Preto, 2019.
153 f.: il. color.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Regina Negri Barbosa.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2019.**

1. Qualidade de vida.
2. Doenças crônicas não transmissíveis.
3. Programa de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.

CDD 610

MARCO ANTONIO POLIZIO

PERFIL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES PÚBLICOS DO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO
PAULO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

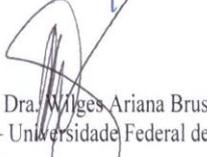
Data da defesa: 15 de fevereiro de 2019

Resultado: Aprovado

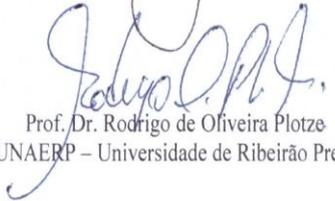
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profa. Dra. Wilges Ariana Bruscato
UNIFAL – Universidade Federal de Alfenas



Prof. Dr. Rodrigo de Oliveira Plotze
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO
2019

DEDICATÓRIA

Durante a jornada, uma perda irreparável...

Na busca por realizar nossos sonhos, de forma abrupta, descobrimos que o mais importante na vida são as pessoas que amamos...

Consegui o que almejava, mas esse período de Mestrado, além das alegrias, me deixará uma lembrança triste, uma grande perda...

A você, meu amado irmão Jean Douglas, que, com alegria e entusiasmo, sempre dedicou sua vida ao trabalho, à família e a fazer o bem a todos que tiveram a felicidade de conhecê-lo.

Saudade eterna.

AGRADECIMENTOS

À Universidade de Ribeirão Preto, pela oportunidade de propiciar-me novos conhecimentos em prol da saúde do semelhante.

Ao magnífico reitor do Instituto Federal de São Paulo, Prof. Dr. Eduardo Antonio Modena, por permitir a realização de minha pesquisa na instituição, em prol da saúde e qualidade de vida dos servidores.

Aos professores da Pós-Graduação do Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, pelo carinho, paciência e dedicação em nos transmitir conhecimento e experiência de vida.

À Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa, pela orientação de minha pesquisa, sempre com paciência, compreensão e carinho.

Aos colegas de curso, que, com alegria e amizade, propiciaram meu crescimento pessoal através de seus questionamentos e experiências de vida.

À minha amada esposa, companheira de sempre e incentivadora, e aos meus filhos, que, juntos, me impulsionam em busca de crescimento intelectual e profissional.

RESUMO

POLIZIO, M.A. Perfil de Saúde e Qualidade de Vida de servidores públicos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo. 153 páginas. Mestrado Profissional em Saúde e Educação. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2018.

Este estudo, de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa, teve como objetivo analisar o perfil de saúde e qualidade de vida dos servidores públicos efetivos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo. Para a coleta de dados foi aplicado, através de uma ferramenta de pesquisa em meio digital, o instrumento QVS-80, que se trata de um questionário de avaliação da qualidade de vida e da saúde através da investigação dos domínios da saúde, da atividade física, do ambiente ocupacional e da percepção da qualidade de vida. A população do estudo foi de 4.352 servidores distribuídos em trinta e sete campi no estado de São Paulo, sendo 2.530 ocupantes do cargo de docente e 1.822 do cargo de técnico administrativo em educação; entretanto, aceitaram o convite para participação na pesquisa 914 servidores, sendo 456 do sexo masculino (49,89%) e 458 do sexo feminino (50,11%). A amostra foi composta por 720 ocupantes do cargo de técnico administrativo em educação (78,77%) e 194 ocupantes do cargo de docente (21,23%). A média de idade da amostra foi de 39,55 anos (desvio padrão de 9,92 anos) e a mediana foi de 37 anos. Com relação à autoavaliação do estado de saúde atual, 138 servidores (15,10%) avaliaram sua saúde como excelente, 543 (59,41%), como boa, 207 (22,65%), como regular, 23 (2,52%), como ruim e 03 servidores (0,33%), como muito ruim. A análise dos dados obtidos permitiu concluir, com base em uma escala de cinco pontos que varia de muito insatisfatório até muito satisfatório, os seguintes resultados: domínio da saúde (D1): muito satisfatório (62,14%); domínio da atividade física (D2): satisfatório (58,64%); domínio do ambiente ocupacional (D3): satisfatório (70,90%); e domínio da percepção da qualidade de vida (D4): satisfatório (63,79%). Na avaliação global, ou seja, na totalidade do questionário com seus quatro domínios, o resultado encontrado foi de 88,29%, indicando que a qualidade de vida do grupo avaliado é considerada satisfatória.

Palavras chave: Perfil de Saúde. Qualidade de Vida. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Programa de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The present study, of an exploratory descriptive character with a quantitative approach, aimed to analyze the profile of health and quality of life of the permanent staff servants of the Federal Institute of Education, Science and Technology of São Paulo. For data collection, it was applied, using a researching tool in digital environment, the instrument QVS-80, which is a questionnaire to evaluate quality of life, and health by investigating the domains of health, physical activity, occupational environment, and perception of quality of life. This study population enrolled 4,352 servants spread out over thirty-seven campi in the state of São Paulo, 2,530 of which professors and 1,822, administrative technicians in education; however, 914 servants accepted the invitation to participate in the research: 456 males (49,89%) and 458 females (50,11%). The samples were composed of 720 administrative technicians in education (78,77%) and 194 professors (21,23%). The average age of the samples was 39,55 years (standard deviation of 9.92 years), and the mean was 37 years. With regard to self-evaluation of present health status, 138 servants (15,10%) evaluated their health as excellent, 543 (59,41%), as above average, 207 (22,65%), as average, 23 (2,52%), as below average, and 03 servants (0,33%), as very poor. Obtained data analysis made it possible to demonstrate, based on a 5-point scale which varies from very unsatisfactory to very satisfactory, the following results: health domain (D1): very satisfactory (62,14%); physical activity domain (D2): satisfactory (56,64%); occupational environment domain (D3): satisfactory (70,90%); and perception of quality of life domain (D4): satisfactory (63,79%). In global evaluation, that is to say, the totality of the questionnaire comprising its four domains, 80,29% was the result found, indicating that the quality of life of the evaluated group is considered satisfactory.

Key words: Profile of Health. Quality of Life. Chronic Non-Communicable Diseases. Health and Quality of Life Promotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – DCNT e Fatores de Risco em Comum	27
Tabela 2 – Causalidade das DCNT	28
Tabela 3 – Distribuição de servidores por faixa etária	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Mapa dos <i>campi</i> do Instituto Federal de São Paulo 2016	43
Figura 02 – Pontos de corte da escala de resposta do QVS-80	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição dos óbitos corrigidos por grupo de causas dentro do total de óbitos por DCNT no Brasil 2013	25
Gráfico 02 – Porcentagem dos níveis de satisfação do domínio da saúde.....	50
Gráfico 03 – Quantidade de participantes na pesquisa e amostra	51
Gráfico 04 – Questão nº 03 do QVS-80	52
Gráfico 05 – Autoclassificação Subjetiva do Peso	53
Gráfico 06 – Questão nº 09 do QVS-80	54
Gráfico 07 – Questão nº 10 do QVS-80	55
Gráfico 08 – Questão nº 13 do QVS-80	56
Gráfico 09 – Questão nº 15 do QVS-80	58
Gráfico 10 – Questão nº 16 do QVS-80	58
Gráfico 11 – Porcentagem dos níveis de satisfação do Domínio da Atividade Física	61
Gráfico 12 – Questão nº 31 do QVS-80	62
Gráfico 13 – Questão nº 44 do QVS-80	64
Gráfico 14 – Porcentagem dos níveis de satisfação do Domínio do Ambiente Ocupacional	64
Gráfico 15 – Questão nº 50 do QVS-80	65
Gráfico 16 – Questão nº 51 do QVS-80	66
Gráfico 17 – Questão nº 54 do QVS-80	66
Gráfico 18 – Porcentagem dos níveis de satisfação do Domínio Qualidade de Vida	67
Gráfico 19 – Questão nº 57 do QVS-80	68
Gráfico 20 – Questão nº 60 do QVS-80	69
Gráfico 21 – Questão nº 61 do QVS-80	69
Gráfico 22 – Questão nº 63 do QVS-80	70
Gráfico 23 – Questão nº 66 do QVS-80	71
Gráfico 24 – Questão nº 75 do QVS-80	71
Gráfico 25 – Questão nº 67 do QVS-80	72
Gráfico 26 – Questão nº 80 do QVS-80	73
Gráfico 27 – Porcentagem dos níveis de satisfação do QVS-80	76

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAMT	Associação Nacional de Medicina do Trabalho
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CASP	Coordenadoria de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida de Pessoal
CEFET	Centros Federais de Educação Tecnológica
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Código Internacional de Doenças
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EPM	Escola Paulista de Medicina
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoproteins – Lipoproteínas de Alta Densidade
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IFSP	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corpórea

INCA	Instituto Nacional do Câncer
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PASS	Política de Atenção à Saúde do Servidor
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho
QVS	Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida e da Saúde
QV/QVT	Qualidade de Vida/Qualidade de Vida no Trabalho
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnico Administrativo em Educação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção por doença crônica por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA	16
1.2 HIPÓTESE	20
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1 Objetivo geral	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE	22
2.1.1 Modelo de “Campo de Saúde de Lalonde”	23
2.2. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).....	24
2.2.1 Fatores de risco para as DCNT	27
2.2.1.1 Tabagismo.....	29
2.2.1.2 Alcoolismo	30
2.2.1.3 Alimentação inadequada, sedentarismo e obesidade	31
2.3 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	34
2.3.1 Doenças respiratórias crônicas	34
2.3.2 Doenças cardiovasculares (DCV)	35
2.3.3 Diabetes <i>Mellitus</i>	37
2.3.4 Neoplasias.....	39
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	40
3.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	40
3.2 LOCAL DO ESTUDO	41
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	44
3.4 COLETA DE DADOS	44
3.4.1 Instrumento de coleta de dados	44
3.4.2 Procedimento de coleta de dados	46
3.4.3 Análise dos dados	47
4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1 Domínio da saúde.....	50
5.2 Domínio da atividade física	61
5.3 Domínio do ambiente ocupacional	64

5.4 Domínio da percepção da qualidade de vida	67
6 CONCLUSÃO	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE 1	97
APÊNDICE 2	98
APÊNDICE 3	104
ANEXO A	146
ANEXO B	149
ANEXO C	150

1 INTRODUÇÃO

Não há dúvida que hoje a saúde e a qualidade de vida são bem melhores que antigamente. Desde a revolução industrial (séc.XVIII-XIX), surgiram grandes avanços que trouxeram melhoria na moradia, na infraestrutura, no saneamento básico, nos meios de transporte, na comunicação à distância, no acesso a bens e serviços, na oferta de tecnologia e na saúde pública, repercutindo, positivamente, na saúde e qualidade de vida da população.

No Brasil, como em outros países, a expectativa de vida das pessoas cresceu. De 1940 a 2015, a esperança de vida no Brasil, para ambos os sexos, passou de 45,5 anos para 75,5 anos, um aumento de 30 anos. No mesmo período, a taxa de mortalidade infantil caiu de 146,6 óbitos por mil nascidos vivos para 13,8 óbitos por mil, uma redução de 90,6% (BRASIL, 2016).

Apesar do aumento da expectativa de vida na sociedade atual, a escolha de um estilo de vida prejudicial à saúde, com hábitos alimentares não saudáveis, com sedentarismo, *stress* e longas jornadas de trabalho, com grande parte do período laboral na posição sentada, tem contribuído, sobremaneira, para o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

As doenças crônicas não transmissíveis correspondem a um grupo de doenças que se caracterizam por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais. (BRASIL, 2005).

Dentro do grupo das DCNT, as doenças cardiovasculares, a diabetes *mellitus*, as doenças respiratórias obstrutivas crônicas e as neoplasias, são as principais, responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no Brasil e no Mundo.

Os servidores do Instituto Federal de São Paulo, docentes e técnicos administrativos, oriundos de concurso público de âmbito federal, possuem como característica o nível elevado de conhecimento e, em sua grande maioria, exercem atividades administrativas ou de docência, passando assim grande parte de sua jornada de trabalho na posição sentada ou em pé, com pouco gasto energético nas atividades laborais, o que pode contribuir para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Os técnicos administrativos trabalham com carga horária de 40h ou 30h semanais, portanto, permanecem 08 ou 06 horas diárias em suas atividades. Os docentes trabalham com carga horária de 40h semanais distribuídas em 16 aulas semanais, alguns 20h semanais, além de atividades de atendimento ao aluno. Os docentes, além do *stress* da atividade, permanecem grande parte do tempo laboral na posição em pé e os ocupantes do cargo técnico administrativo, além do *stress*, permanecem longo período laboral sentados, em posições estáticas, o que pode comprometer a saúde e qualidade de vida desses trabalhadores.

Estudos chamam a atenção para os trabalhos em escritórios, nos quais trabalhadores passam muito tempo sentados, aumentando os riscos metabólicos (BAUMAN; FINEGOOD; MATSUDO, 2009).

Diferentemente de outros Institutos Federais, descobriu-se que, até o momento, não existe no Instituto Federal de São Paulo (IFSP) um Programa de Prevenção e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida dos Servidores. A importância desse programa é propor intervenções para a prevenção de doenças e promoção da saúde e qualidade de vida desses trabalhadores, temas estes de relevância para a instituição, conforme estabelecido na Política de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do órgão, que conta com previsão legal através da Portaria Normativa nº 03, de 25 de março de 2013, da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, além de outros preceitos legais (Art. 7ª da Constituição Federal; Lei 8.112/90 e Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST).

1.1 JUSTIFICATIVA

A qualidade de vida depende, evidentemente, das condições de saúde e esta influencia fortemente a qualidade de vida.

A saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2009, p. 23).

Segundo dados da Previdência Social, no ano 2017, foram concedidos 366.782 auxílios-doença previdenciários em decorrência de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Considerando apenas a dorsalgia (dor nas costas), 83.763 benefícios foram concedidos, sendo esta a 1ª causa de afastamento. Em relação aos Auxílios-doença Acidentários (decorrentes de acidente ou doença do trabalho), a dorsalgia foi a 5ª causa de afastamento. As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 139.741 benefícios concedidos. Os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 169.107 benefícios concedidos, sendo que destes, 64.076 concessões foram devido a episódios depressivos/transtornos depressivos, 28.949 devido a outros transtornos ansiosos e 7.271 benefícios concedidos em decorrência de reações graves ao stress e transtornos de adaptação (BRASIL, 2018).

Assim, pergunta-se: como está a saúde e a qualidade de vida do servidor do Instituto Federal de São Paulo?

O grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) define Qualidade de Vida (QV) como

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nessa definição, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (THE WOQOL GROUP, 1995 *apud* FLECK, M.P.A., 2000).

A Qualidade de Vida (QV) é determinada não somente pelo bem-estar físico, mas também por aspectos variados da vida do indivíduo, tais como estado psicológico, emocional, social, financeiro e condições laborais. (METER, 2014, n.p.).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), segundo WALTON (1973), depende estreitamente do equilíbrio entre trabalho e outras esferas da vida, do papel social da organização e da importância de se conciliar produtividade com QVT.

Cada vez torna-se mais comum que empregadores se preocupem com a questão:

Considerando o cenário atual nas organizações, não basta mais apenas pensar em formas criativas de reter talentos, é preciso que se atue estrategicamente e que junto a isso, sejam considerados também fatores intrínsecos das pessoas, sendo fundamental pensar em qualidade de vida, com foco não somente no bem-estar físico, mas também no aspecto emocional do trabalhador. Sabemos que a Qualidade de vida no trabalho (QVT) tem por objetivo, além de

promover bem-estar e satisfação, estar voltada para um melhor desempenho das pessoas através do aumento de sua produtividade, tornando assim a organização mais forte e competitiva, logo o interesse em QVT torna-se totalmente válido para empresa e trabalhador (METER, 2014, n.p).

Promover a Qualidade de Vida por meio das relações de trabalho traz resultados positivos às aspirações da empresa e dos empregados. Segundo Chiavenato (2002, p 391 *apud* FERNANDES e CORONADO, 2008),

a QVT tem o objetivo de assimilar duas posições antagônicas: de um lado, a reivindicação dos empregados quanto ao bem-estar e satisfação no trabalho, do outro, o interesse das organizações quanto a seus efeitos sobre a produção e a produtividade

Para Meter (2014, n.p), “a QVT pode colaborar para a diminuição da insatisfação pessoal ou doenças provenientes deste problema, se usada de forma estratégica”.

No estudo de Fernandes e Coronado (2008, n.p.), foram destacados alguns benefícios ao colaborador quando a organização se preocupa em propiciar um ambiente de trabalho saudável:

para que o sujeito tenha boa saúde física ou mental, deve haver um clima adequado propiciado pela organização, que por sua vez resultará numa boa qualidade de vida no trabalho, favorecendo a formação e a manutenção de indivíduos mais criativos, serenos, responsáveis e com capacidade para demonstrar ou desenvolver novas habilidades, gerando, assim, um melhor retorno para a própria empresa

Os resultados podem extrapolar o local de trabalho, influenciando até mesmo no convívio externo do indivíduo. Segundo Gutemberg Junior (2016), estas ações ultrapassam do âmbito laboral, atingindo todos os níveis onde haja relações que possam interferir na QV do sujeito. Isso quer dizer que a QVT não influencia somente nas relações dentro do ambiente de trabalho, mas fora dele também, podendo ser, inclusive, em casa.

As influências externas na QV, e conseqüentemente na QVT, não podem ser desprezadas pela organização. Gutemberg Junior (2016) considera também que, assim como o trabalho faz parte da vida do ser humano, as pessoas também compõem o ambiente laboral. Desta forma, as alterações dentro deste contexto

modificam, também, a conjuntura social, para empresas e para trabalhadores. As mudanças são mútuas, de organização para indivíduo, e vice-versa.

Assim, entende-se a importância das ações das organizações para melhorar não somente o ambiente organizacional, mas estimular o trabalhador a buscar mais qualidade para sua vida fora do trabalho, e ainda, oportunizar estas mudanças.

No âmbito federal, e mais especificamente no âmbito do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do estado de São Paulo – IFSP, a Política de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida é um preceito institucional, e tem a seguinte previsão legal:

I - Art. 7º da Constituição Federal, que descreve os direitos sociais dos trabalhadores e trazem disposições que especificam a aplicação de princípios como a igualdade, o reconhecimento profissional e o suporte e a prevenção de riscos à saúde do trabalhador (BRASIL, 1988, on-line);

II - Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que estabelece os direitos e deveres dos servidores públicos, mecanismos para o seu desenvolvimento e motivação no trabalho, assim como previsões legais de prevenção, proteção e indenização com relação às atividades exercidas em operações ou locais considerados penosos, insalubres ou perigosos (BRASIL, 1990, on-line);

III - Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), com o objetivo de promover a saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e de prevenir acidentes e danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011, on-line);

IV - Portaria Normativa nº 03, de 25 de março de 2013, da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal (BRASIL, 2013, p.77).

A Portaria Normativa nº 03, de 25 de março de 2013, da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que instituiu as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal prevê:

Art. 1º Ficam instituídas as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal a serem adotadas como referência nas ações de promoção da saúde dos órgãos e entidades que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC.

Parágrafo único. As diretrizes integram o conjunto de ações da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal - PASS, prevista no Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, que criou o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS.

Art. 2º As diretrizes destinam-se a subsidiar políticas e projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho, a serem implantados de forma descentralizada e transversal, por meio das áreas de gestão de pessoas, de saúde e de segurança no trabalho, e que contemplem a gestão participativa. (...)

Art. 6º A definição das diretrizes gerais de promoção à saúde do servidor público federal tem por objetivos:

I - o estímulo à oferta de ações de educação em saúde e promoção da saúde junto aos servidores públicos federal, em diferentes níveis de prevenção, direcionadas ao bem-estar, à qualidade de vida e à redução da vulnerabilidade a riscos relacionados à saúde, aos seus determinantes e condicionantes;

II - propiciar aos servidores ambientes de trabalho saudáveis, com o envolvimento destes e dos gestores no estabelecimento de um processo de melhoria contínua das condições e das relações no trabalho e da saúde, propiciando bem-estar das pessoas inseridas no contexto laboral;

III - a melhor compreensão da determinação do processo saúde e doença nos servidores públicos e o desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação da realidade, em direção à apropriação, pelos servidores, da dimensão humana do trabalho; e
IV - a intervenção nas determinantes do processo saúde e doença e do processo de adoecimento em seus aspectos individuais e nas relações coletivas do ambiente de trabalho; e

V - a contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos servidores. (BRASIL, 2013, p.77).

O tema de nossa pesquisa reveste-se de vital importância, pois irá permitir conhecermos o estado atual de saúde e qualidade de vida dos servidores, estabelecendo um perfil que irá, futuramente, subsidiar a elaboração do Programa de Prevenção e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida dos Servidores Públicos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do estado de São Paulo, beneficiando o universo de seus 4.352 servidores distribuídos pelos diversos *campi*.

1.2 HIPÓTESE

A grande maioria dos servidores do Instituto Federal de São Paulo exerce quase que a totalidade de sua carga horária na posição sentada, que é o que ocorre com os ocupantes dos cargos de técnico administrativo em educação, ou na posição de pé, que é o caso dos docentes. Essa situação, quando não acompanhada de um estilo de vida saudável, com atividade física regular, alimentação adequada, ginástica laboral e outras medidas para compensar a tensão e o *stress*, geram distúrbios físicos e mentais, que podem desencadear doenças crônicas não transmissíveis.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar o perfil de saúde e qualidade de vida dos servidores públicos efetivos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conhecer as condições gerais de saúde e qualidade de vida dos servidores pesquisados;
- Determinar a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis na população em estudo;
- Identificar os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (alimentação não saudável, sedentarismo, obesidade, dislipidemia, consumo de tabaco e álcool) e outros fatores determinantes de saúde e qualidade de vida na população em estudo;
- Determinar o perfil de saúde e qualidade de vida no grupo de servidores ocupantes do cargo de docentes e técnico administrativo em educação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946 *apud* FLECK, M.P.A, 2000). Para Scliar (2007), este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e econômico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa. Muitos fatores se combinam para afetar a saúde de indivíduos e comunidades. Se as pessoas são saudáveis ou não, isso é determinado por suas circunstâncias e ambiente. De um modo geral, fatores como onde moramos, o estado de nosso ambiente, nossa genética, nosso salário e nível de educação, e nosso relacionamento com amigos e com a família têm impacto considerável na saúde, enquanto os fatores mais comumente considerados como o acesso e uso aos serviços de saúde frequentemente têm menos impacto (WILKINSON e MARMOT, 2003).

No Brasil, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulando em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. O artigo 3º da referida lei nos diz que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, on-line).

A expressão "promoção de saúde" foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000).

O médico historiador Terris (1992) associou a promoção da saúde com a atuação sobre determinantes do meio ambiente e dos estilos de vida e definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o

tratamento dos doentes e a reabilitação, afirmando que "*la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y descanso*" (SINGERIST *apud* TERRIS, 1992, p.38).

2.1.1 Modelo de "Campo de Saúde de Lalonde"

O Informe Lalonde foi um marco inicial da moderna Promoção da Saúde no Canadá. Utilizando o modelo do "Campo de Saúde", proposto por Laframboise em 1973, Marc Lalonde, então Ministro da Saúde no Canadá, publicou, em 1974, um documento denominado "*Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses*", onde relatou preocupação em relação à ausência de uma estrutura conceitual para analisar a área da saúde. (LALONDE, 1974, p. 01-77).

O documento afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias:

- Biologia Humana, que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- Ambiente – agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- Estilos de vida – o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere, por exemplo, a suas atividades de lazer e alimentação, estando, portanto, parcialmente sob seu controle;
- Organização da Atenção à Saúde – disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde (LALONDE, 1974; p.55).

Lalonde (1974) afirmava que, até aquele momento, a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentraram na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

Lalonde (1974) destacou a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propôs, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública,

priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida.

O Relatório Lalonde influenciou as práticas de promoção de saúde ao longo da década de 1970 e, em sua maioria, tiveram como foco a modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis. Tal abordagem centrava-se na prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema prioritário nos países desenvolvidos.

A Carta de Ottawa (1988, on-line), produzida durante a 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada no Canadá em novembro de 1986, nos traz:

Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

2.2. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem a um grupo de doenças que se caracterizam por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2005).

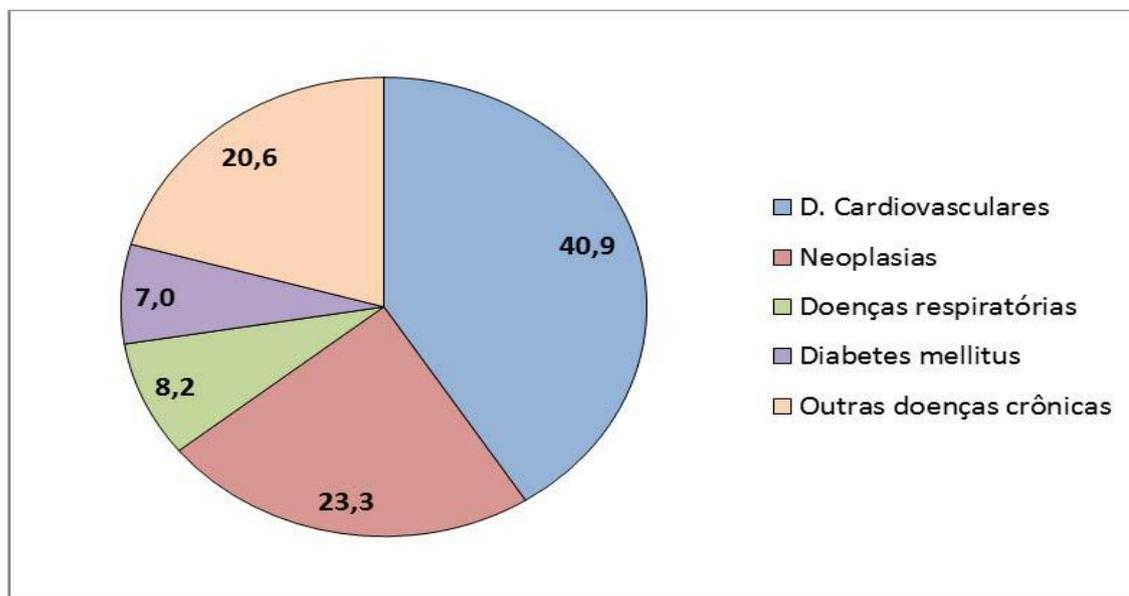
Dentro do grupo das DCNT, as doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias, são as principais, sendo responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no Brasil e no Mundo (GOULART, 2011).

Consideradas um sério problema de saúde pública, as DCNT já eram responsáveis por 63% das mortes no mundo em 2008 (BRASIL, 2011b). Em 2012 as doenças crônicas não transmissíveis foram consideradas as principais causas de morbidade e mortalidade precoce nas Américas, estando associadas a 75% de todas as mortes. Dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis.

No Brasil, com base no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, em 2013 observou-se que 72,6% do total de óbitos registrados no país foram causados por DCNT e, dentre esses, 79,4% foram devidos às quatro

principais DCNT: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (BRASIL, 2013).

Gráfico 1: Distribuição dos óbitos corrigidos por grupo de causas dentro do total de óbitos por DCNT no Brasil, em 2013.



Fonte: PORTAL, Saúde, 2014. Disponível em: http://portalmms.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11232&catid=671&Itemid=250. Acesso em: 08 jun 2017.

Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2014 assinala que a maioria das mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis são evitáveis (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2015). O impacto nacional e internacional das DCNT inclui a carga sobre os sistemas de saúde, que devem prestar serviços de longo prazo a pacientes com DCNT.

No ano de 2015 as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* foram responsáveis por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (BRASIL, 2016a).

Nas Américas, as DCNT são responsáveis por 80% (5,2 milhões) de todas as mortes. Trinta e cinco por cento das mortes causadas pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis ocorreram prematuramente em pessoas de 30 a 70 anos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2016).

Como resposta ao desafio das DCNT, o Brasil vem organizando nos últimos anos ações no sentido da estruturação e operacionalização de um sistema de

vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. Em 2003 realizou o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis que constituiu a linha de base do país no monitoramento dos principais fatores de risco. Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool. Ainda em 2006 foi implantado o VIGITEL, o qual investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil com 54.000 entrevistas anuais. Em 2008 a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu informações sobre morbidade e alguns fatores de risco, e ainda a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), como parte da iniciativa do *Global Adult Tobacco Survey* (GATS). O monitoramento da morbimortalidade em DCNT, componente essencial para a vigilância, é realizado por meio dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros. Outras atividades neste processo são as capacitações das equipes de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência, definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais.

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool.

O objetivo do Plano de enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos. O plano aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovascular, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e definem diretrizes e ações em a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) Promoção à saúde; c) Cuidado integral (BRASIL, 2011b, p. 77).

2.2.1 Fatores de risco para as DCNT

Fator de risco é qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde. O termo risco, além do sentido de possibilidade, tem também o sentido de perigo.

Cunninghan (1992) classificou os fatores de risco em modificáveis e não modificáveis.

Casado *et al* (2009) afirmam que os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, está a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNTs. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça.

Muitas vezes, o mesmo fator de risco pode desencadear doenças diferentes, como, por exemplo, o tabagismo, intimamente relacionado às doenças coronarianas, como também ao câncer de pulmão. A alimentação inadequada desencadeia excesso de peso, que por sua vez pode desencadear dislipidemia e aumentar também o risco da diabetes e das doenças cardiovasculares.

Tabela 01: DCNT e Fatores de Risco em Comum

DCNT	FATORES DE RISCO			
	Tabagismo	Alimentação não saudável	Inatividade física	Uso nocivo de álcool
Doenças cardiovasculares	x	x	x	x
Câncer	x	x	x	x
Diabetes	x	x	x	x
Doenças respiratórias crônicas	x	x	x	x

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. 1. Ed. Brasília: MS/OPAS/OMS, 2005. 80 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 04 jul 2017.

Tabela 02: Causalidade das DCNT

DETERMINANTES SOCIAIS	FATORES DE RISCO INTERMEDIÁRIOS	DESFECHOS
<p>FATORES NÃO MODIFICÁVEIS</p> <p>Sexo</p> <p>Genética</p> <p>Idade</p> <p>FATORES MODIFICÁVEIS</p> <p>Tabagismo</p> <p>Alimentação não saudável</p> <p>Uso nocivo de álcool</p> <p>Inatividade física</p>	<p>Hipertensão</p> <p>Dislipidemia</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obesidade</p> <p>Intolerância à Glicose</p>	<p>D. coronariana</p> <p>D. cerebrovascular</p> <p>D. vascular periférica</p> <p>D. renal crônica</p> <p>DPOC/enfisema</p> <p>Diabetes</p> <p>Cânceres</p>

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. 1. Ed. Brasília: MS/OPAS/OMS, 2005. 80 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 04 jul 2017.

A exposição crônica ao *stress* no trabalho, seja por longas jornadas, trabalho por turno, e/ou competitividade, soma-se ao estilo de vida e aos antecedentes genéticos do indivíduo, podendo desencadear as doenças crônicas não transmissíveis.

As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de mortalidade no Brasil e no mundo. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global. Desses óbitos, 7,4 milhões ocorrem devido a doenças cardiovasculares e 6,7 milhões devido a acidentes vasculares cerebrais (AVCs) (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2016).

O Brasil, bem como o resto do mundo, vive uma epidemia de obesidade e diabetes, causadas principalmente pelo estilo de vida inadequado.

Até 2030 está previsto um crescimento de 50% dos casos de DCNT devido ao aumento da expectativa de vida e de fatores de risco como obesidade, sedentarismo e estresse (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2016).

Diante desse contexto, é fundamental que as organizações estabeleçam programas de prevenção e promoção da saúde para evitar as doenças crônicas não transmissíveis ou, ao menos, mantê-las sob controle através da adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis.

2.2.1.1 Tabagismo

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares.

O hábito de fumar causa, aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Cerca de 6 milhões de pessoas morrem no mundo a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo. A exposição passiva à fumaça do tabaco é responsável por 600.000 mortes anuais. O hábito de fumar permanece como líder global entre as causas de morte evitáveis. Por projeção, a Organização Mundial de Saúde estima que as mortes relacionadas ao tabaco aumentarão para cerca de 8 milhões em 2030, ou 10% das mortes globais, caso não sejam adotadas medidas para seu controle (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b).

O tabaco, fumado em qualquer uma de suas formas, causa até 90% de todos os cânceres de pulmão e é um fator de risco significativo para acidentes cerebrovasculares e ataques cardíacos mortais.

No ano de 2014, o tabagismo estava entre as 10 principais causas de morte no mundo, responsáveis por metade das mortes, tendo relação direta com 80% dessas mortes, ocupando o 1º lugar a doença cardíaca isquêmica, em 2º lugar o acidente vascular cerebral, em 3º lugar a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), em 4º lugar as infecções do trato respiratório inferior e em 5º lugar o câncer de pulmão ou traqueia. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil, em 2015, o quadro é semelhante. O tabagismo tem relação com cerca de metade das 10 principais causas de mortes: doença cardíaca isquêmica (14,9%), doenças cerebrovasculares, incluindo hipertensão arterial sistêmica (12,4%), neoplasias (17,4%) e DPOC (5,3%).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) aponta que o tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão, sendo que em 2016 estimou-se 17.330 casos novos de câncer de traquéia, brônquios e pulmão entre homens e 10.890 casos entre mulheres. Além do aparelho respiratório, o tabaco provoca câncer de bexiga (principal fator de risco) e guarda forte relação com o câncer de cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, rins e leucemia mieloide aguda (BRASIL, 2015).

2.2.1.2 Alcoolismo

As bebidas alcoólicas são apreciadas no mundo todo há séculos, sendo que para obter-se o produto, o mesmo passa por um processo de fermentação,

o álcool etílico é obtido através de um processo conhecido como fermentação alcoólica. Nesse processo, o açúcar da uva, do caldo de cana e de cereais diversos, entre outras fontes, é transformado por fungos microscópicos em álcool etílico e gás carbônico, podendo ser empregado na fabricação de bebidas alcoólicas (PAULINO, 2007, p.23).

O álcool é uma substância psicoativa com propriedades que causam dependência física e psíquica, e seu uso nocivo tem um grande peso na carga de doenças, além de representar um ônus social e econômico para as sociedades. Uso nocivo do álcool para saúde é um modo de consumo que é prejudicial à saúde. O álcool afeta as pessoas, e a sociedade como um todo, de muitas formas e seus efeitos são determinados pelo volume consumido, pelos padrões de consumo e, em raras ocasiões, pela qualidade do álcool.

O alcoolismo é uma doença que leva o indivíduo a perder sua liberdade de abster do álcool, sendo um dos problemas mais importantes em Saúde Mental no Brasil. Estudo feito pela Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Alcoolismo, a partir de 1982, verificou que 54% dos acidentes de trabalho, 51% dos acidentes de trânsito, 20% dos pedidos de divórcio e 60% das ocorrências policiais são provocadas pelo uso abusivo do álcool, e mais de 80% dos menores abandonados têm pai e mãe alcoólatras (LARANJEIRAS, R. *et al.*, 2001).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (2015), no ano de 2012 cerca de 3,3 milhões de mortes, ou 5,9% de todas as mortes globais, foram atribuíveis ao consumo de álcool.

De acordo com o CID 10, a síndrome de dependência corresponde a um

conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências negativas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e por vezes a um estado de abstinência física (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009, p 313-314).

O consumo de álcool é um fator causal em mais de 200 doenças e lesões. Está associado ao risco de desenvolvimento de problemas de saúde, tais como distúrbios mentais e comportamentais, incluindo dependência ao álcool, doenças não transmissíveis graves, como cirrose hepática, alguns tipos de câncer (boca, laringe, esôfago) e doenças hepáticas e cardiovasculares (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2015).

2.2.1.3 Alimentação inadequada, sedentarismo e obesidade

A sociedade moderna trouxe grandes benefícios ao homem, no entanto, trouxe mudanças na alimentação. A opção por alimentos processados industrializados, com elevada quantidade de carboidratos, gorduras trans, açúcar e sal, e consumo em excesso de carne vermelha, em detrimento de frutas, verduras, legumes e cereais integrais podem ocasionar sobrepeso, obesidade, hipertensão, dislipidemia, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e câncer.

A alimentação inadequada, não saudável, é um fator de risco modificável para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2016, p. 19),

Nas duas últimas décadas, a alimentação inadequada emergiu rapidamente como o principal fator de risco para morte e incapacidade em escala mundial e nas Américas. Esses riscos alimentares têm muitos subcomponentes, como a redução no consumo de frutas, hortaliças, oleaginosas, sementes e alimentos ricos em ômega 3, juntamente com o consumo excessivo de sal, gordura trans, carnes processadas e bebidas açucaradas.

No Brasil, segundo dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico conjunto das 26 capitais e Distrito Federal) de 2016, 75,6% da população com 18 anos não atingiram o consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais porções diárias de

frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana). Outro importante marcador de alimentação não saudável monitorado é o consumo regular de refrigerantes, caracterizado pelo consumo destas bebidas em cinco ou mais dias da semana. Entre adultos, segundo o VIGITEL 2016, a frequência de consumo regular de refrigerantes foi de 16,5%, sendo mais alta entre homens (19,9%) do que entre mulheres (13,9%) (BRASIL, 2017b).

Dois fatores de risco, dieta não saudável e sedentarismo, são as principais causas da obesidade, uma das grandes epidemias globais do fim do século XX e do início do século XXI. Mais de 2,1 bilhões de pessoas — quase 30% da população mundial — apresentam sobrepeso ou obesidade.

Assim como a alimentação inadequada, outro fator de risco modificável, que se soma ao sobrepeso e à obesidade é a inatividade física, que pode acarretar alterações metabólicas que podem culminar com diabetes, hipertensão, infarto e acidente vascular cerebral.

Mudança nos hábitos e estilo de vida é eficaz não apenas na prevenção da obesidade, mas também da hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer, em especial aqueles do intestino grosso.

A atividade física regular é considerada como um importante fator para prevenção de doenças cardíacas (LANAS *et al*, 2007).

A prática de atividade física de forma regular é considerada um fator de proteção à saúde das pessoas, enquanto que o sedentarismo é o quarto maior fator de risco de mortalidade global. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 3,2 milhões de mortes por ano em todo o mundo são atribuídas à atividade física insuficiente. A recomendação é praticar, no mínimo, 150 minutos de atividade física semanal de intensidade leve a moderada ou 75 minutos de atividade de intensidade vigorosa, entre adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Estudos epidemiológicos demonstram que a inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%) (KATZMARZYK e JANSSEN, 2004).

A obesidade é uma doença crônica que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos.

Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física (BRASIL, 2004).

De acordo com Carneiro *et al.*, o aumento do número de pessoas obesas vem se tornando um dos maiores problemas de saúde na sociedade moderna, na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Quando comparados aos sujeitos com peso normal, aqueles com sobrepeso ou obesidade possuem maior risco de desenvolver diabetes *mellitus*, dislipidemia e HAS, condições que favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV). Na opinião destes mesmos autores a obesidade central (ou truncal) associada à dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina e hiperinsulinemia e/ou intolerância à glicose, no mesmo indivíduo, constitui a chamada síndrome metabólica, uma condição estabelecida de risco para DCV.

Para Cardoso *et al.* (2010), o diabetes *mellitus* tipo II, classicamente de ocorrência na vida adulta, tem se manifestado cada vez mais precocemente. A disposição de gordura abdominal, assim como em adultos, reflete um aumento da gordura visceral que está relacionado com a resistência insulínica, aumenta também, o risco de outras alterações metabólicas.

A obesidade ainda pode causar doença arterial coronariana, como consequência de inúmeros fatores como: aumento da pressão sanguínea, aumento do colesterol plasmático, diminuição do colesterol HDL, diminuição da atividade física e aumento dos triglicerídeos, sendo assim fator de risco para o desenvolvimento de coronariopatia e acidente vascular cerebral (ABESO, 2006).

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso, e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito (WHO, 2017).

No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade.

O sobrepeso em adultos passou de 51,1% em 2010, para 54,1% em 2014. No ano de 2010, 17,8% da população era obesa; em 2014, o índice chegou aos 20%, sendo a maior prevalência entre as mulheres, 22,7% (WHO, 2017).

Segundo Duncan *et al* (2012), os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. Por exemplo, o consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes. Por outro lado, o consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal.

2.3 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Dentro do grupo das doenças crônicas não transmissíveis, pela sua enorme importância em relação à morbi-mortalidade no Brasil e no Mundo, destacam-se as doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares, diabetes e o câncer.

2.3.1 Doenças respiratórias crônicas

Doenças respiratórias crônicas são um grupo de doenças crônicas das vias aéreas superiores e inferiores, que incluem a asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

A conceituação e os aspectos da etiopatogenia das DPOC foram bem descritas por Senger (2006, p. 600),

DPOC é um espectro de doenças que inclui bronquite crônica, enfisema e asma. Existem danos nas vias aéreas e alvéolos, principalmente em tabagistas, que resultam em processos inflamatórios no trato respiratório. (...) O tabagismo é o principal fator de risco para DPOC e sua origem é fortemente ligada ao efeito da fumaça de cigarro nos pulmões, havendo relação à quantidade e tempo de tabagismo com a gravidade da doença. (...) A DPOC é uma doença progressiva, normalmente de instalação lenta, mas que pode evoluir de modo mais rápido levando a incapacidade por insuficiência respiratória e óbito. (...) O tabagismo e a poluição aérea, principalmente com dióxido de enxofre e material particulado (fumaça preta), estão associados à bronquite simples crônica e DPOC. (...) A exposição ao cádmio está associada ao enfisema. No enfisema pulmonar, há uma destruição das paredes dos alvéolos e a perda da elasticidade pulmonar, com consequente obstrução das vias aéreas periféricas. A asma difere da DPOC, pois apresenta uma reversibilidade maior tanto espontaneamente quanto após o tratamento com broncodilatadores ou corticosteróides. (...) Alguns pacientes com asma apresentam obstrução ao fluxo aéreo progressivo e irreversível e têm, portanto, DPOC.

A Organização Panamericana (OPAS, 2018b) estima que cerca de 90% das pessoas em todo o mundo respirem ar poluído. Cerca de sete milhões de pessoas morrem a cada ano devido à exposição a partículas finas em ar poluído, que penetram profundamente nos pulmões e no sistema cardiovascular, causando acidentes vasculares cerebrais, doenças cardíacas, câncer de pulmão, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e infecções respiratórias, incluindo pneumonia. A poluição do ar é um fator de risco crítico para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), causando cerca de um quarto (24%) das mortes por doenças cardíacas, 25% por acidentes vasculares cerebrais, 43% por doença pulmonar obstrutiva crônica e 29% por câncer de pulmão.

No Brasil, estimam-se prevalências de 7,5 milhões (5 a 10%) de portadores de DPOC. As internações por esta doença representaram um número na ordem de 170 mil admissões no último ano. O número de óbitos por DPOC variou em torno de 33.100 mortes anuais de 2000 a 2005 (DATASUS, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a DPOC é a quarta principal causa de morte, depois de infarto do miocárdio, doença cerebrovascular e câncer. 210 milhões de pessoas no mundo tem DPOC e a estimativa é que a doença se torne a terceira principal causa de morte por volta de 2020 (BRASIL, 2013b).

2.3.2 Doenças cardiovasculares (DCV)

De acordo com a Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, e no Brasil representam cerca de 30% dos óbitos. Mais pessoas morrem anualmente por essas doenças do que por qualquer outra causa. As doenças cardiovasculares matam duas vezes mais que todos os tipos de câncer, 2,5 vezes mais que todos os acidentes e mortes por violência, e seis vezes mais que as infecções, incluídas as mortes por síndrome de imunodeficiência adquirida SIDA. Os dois principais grupos de óbitos por DCV são as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares que compuseram, respectivamente, 30,8% e 30,0% dos óbitos por DAC no Brasil (ROCHA e MARTINS, 2017).

A Organização Mundial de Saúde estima que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas

as mortes em nível global. Desses óbitos, estima-se que 7,4 milhões ocorrem devido às doenças cardiovasculares e 6,7 milhões devido a acidentes vasculares cerebrais – AVCs (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2016).

O “cardiômetro”, ferramenta de alerta criado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, inaugurado em 2016, estimou que 350.000 brasileiros perderiam a vida por doenças cardiovasculares ao longo de 2017. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular, a doença hipertensiva, a insuficiência cardíaca congestiva, a doença arterial periférica, aneurismas, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, doença reumática, cardiopatia congênita, etc.

Ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais geralmente são eventos agudos causados principalmente por um bloqueio que impede que o sangue flua para o coração ou para o cérebro. A razão mais comum para isso é o acúmulo de depósitos de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos que irrigam o coração ou o cérebro. Os acidentes vasculares cerebrais também podem ser causados por uma hemorragia em vasos sanguíneos do cérebro ou a partir de coágulos de sangue. A causa de ataques cardíacos e AVCs geralmente são uma combinação de fatores de risco, como o uso de tabaco, dietas inadequadas e obesidade, sedentarismo e o uso nocivo do álcool, hipertensão, diabetes e hiperlipidemia.

A maioria das doenças cardiovasculares pode ser prevenida, evitando-se alguns fatores de risco comportamentais, como tabaco, dietas não saudáveis, obesidade, inatividade física e uso nocivo do álcool.

As DCV têm estreita relação com fatores de risco modificáveis, como tabagismo, ausência de atividade física e dietas ricas em gordura e sal. Os níveis elevados da pressão sanguínea e do colesterol permanecem como causas principais de DCV (BONOW *et al.*, 2017).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente

aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo a Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ), a hipertensão arterial pode ser agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes *mellitus*, e tem relação forte e independente com eventos fatais e não fatais, tais como: morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica e doença renal crônica. (ROCHA e MARTINS, 2017).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, que reúne a posição conjunta das Sociedades Brasileira de Cardiologia, Brasileira de Hipertensão e Brasileira de Nefrologia, estima que, no Brasil, a HAS atinja 32,5% da população adulta, o que corresponde a cerca de 36 milhões de brasileiros, e acomete mais de 60% dos idosos.

Ao contrário da doença coronariana, na qual há quatro grandes fatores de risco envolvidos - dislipidemia, hipertensão, tabagismo e diabetes -, a doença cerebrovascular tem a hipertensão como principal fator de risco, não somente para os casos de hemorragia parenquimatosa, mas também para os eventos isquêmicos cerebrais.

2.3.3 Diabetes *Mellitus*

Diabetes *mellitus* é uma doença crônica de grande importância, não apenas por sua prevalência, mas pelas complicações que podem causar, elevando o risco de doenças cardiocirculatórias, dentre outras complicações.

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), diabetes *mellitus* é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). A diabetes pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, produzido no pâncreas, pelas células beta. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose nas células do organismo, de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina, ou um defeito na sua ação, resulta em acúmulo de glicose no sangue, a hiperglicemia.

Diversas condições podem levar ao diabetes, porém a grande maioria está dividida em dois grupos: Diabetes Tipo 1 e Diabetes Tipo 2.

Diabetes tipo 1 é resultado da destruição das células beta pancreáticas por um processo imunológico, ou seja, pela formação de anticorpos pelo próprio organismo contra as células beta, levando à deficiência de insulina. Diabetes tipo 1, em geral, costuma acometer crianças e adultos jovens. Diabetes tipo 2 é a grande maioria dos casos, cerca de 90% dos pacientes diabéticos. Nesses pacientes, a insulina é produzida pelas células beta pancreáticas, porém, sua ação está dificultada, caracterizando um quadro de resistência insulínica. Isso vai levar a um aumento da produção de insulina para tentar manter a glicose em níveis normais. Quando isso não é mais possível, surge o diabetes.

Ao contrário do Diabetes Tipo 1, no Diabetes tipo 2 geralmente há associação com aumento de peso e obesidade, acometendo principalmente adultos a partir dos 50 anos. Contudo, observa-se, cada vez mais, o desenvolvimento do quadro em adultos jovens e até crianças. Isso se deve, principalmente, pelo aumento do consumo de gorduras e carboidratos aliados à falta de atividade física. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2007).

Muitas vezes, em um mesmo indivíduo, outras alterações clínicas associadas à taxa de glicose sanguínea elevada caracterizam a chamada síndrome metabólica.

O termo síndrome metabólica descreve um conjunto de fatores de risco metabólico que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, derrames e diabetes.

Em recente artigo de revisão sobre o tema, Ferreira (2016, p. 95) afirma

A síndrome metabólica (SM) é definida como a presença de um conjunto de fatores de risco cardiovascular, por alterações metabólicas – como a resistência insulínica e distribuição visceral da gordura – em um mesmo indivíduo.

Segundo Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, a diabetes está associada a complicações microvasculares, que incluem retinopatia, neuropatia, nefropatia, e a complicações macrovasculares, que englobam doença cardiovascular e cerebrovascular, sendo essas relacionadas com uma carga socioeconômica e custos substanciais para o tratamento das mesmas. Porém o custo intangível da dor, ansiedade, inconveniência e perda da qualidade de vida não são mensuráveis, mas refletem de forma relevante sobre os indivíduos afetados e suas famílias (OLIVEIRA e VENCIO, 2016).

2.3.4 Neoplasias

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. O câncer surge a partir de uma mutação genética, ou seja, de uma alteração no DNA da célula. O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere-se e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e em dado período de tempo, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular (BRASIL, 2017a).

O envelhecimento da população, associado a maior exposição a agentes carcinogênicos provocou uma maior incidência de casos de câncer.

A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos.

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto entre os mais incidentes, e também apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (BRASIL, 2017a).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e é responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. A nível global, uma em cada seis mortes são relacionadas à doença. As causas mais comuns de morte por câncer são os cânceres de pulmão, colorretal, estômago, fígado e mama. Cerca de 1/3 das mortes por câncer se devem aos cinco principais riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física e uso de álcool e tabaco (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2018a).

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, que visa levantar dados sobre saúde, estilo e qualidade de vida do indivíduo, permitindo a análise da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e outros agravantes que determinam o perfil de saúde e qualidade de vida dos indivíduos pesquisados.

A pesquisa descritiva tem como finalidade descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

Bourdon (1989) concebe como característica dos métodos quantitativos a pressuposição de uma população de objetos de observação comparáveis entre si. Para ele é evidente que os métodos quantitativos – advindos essencialmente das ciências naturais - possuem suas limitações, mas seria errado considerar que eles, quando aplicados às ciências humanas, possam captar somente os aspectos mais pobres e mais superficiais das sociedades. Ainda, segundo o autor, os métodos quantitativo-positivistas lidam com a possibilidade de estabelecer relações causais entre os fenômenos.

As médias, taxas e porcentagens são formas de resumir as características e as relações que se encontram nos dados (MITCHELL, 1987, p. 81-82).

De acordo com Oliveira (2000), o método qualitativo “sempre” foi considerado como método exploratório e auxiliar na pesquisa científica.

Os pesquisadores quantitativistas, em geral, veem a pesquisa qualitativa como carente de objetividade, rigor e controles científicos (SANTOS FILHO, 2001). “Como o extenso [quantitativo] é mais facilmente ordenável, sobretudo mensurável, é preferido pelo método científico” (DEMO, 2001, p. 17).

Na visão de muitos autores, métodos quantitativos e qualitativos, na verdade, se complementam, e a escolha de uma ou outra abordagem está associada diretamente aos objetivos e finalidades de cada pesquisa. Existe de fato uma diferença entre as duas abordagens, mas elas não são excludentes e sim complementares (QUEIROZ, 2006).

A pesquisa descritiva, com abordagem pelo método quantitativo, foi escolhida, pois o método permite uma análise global das variáveis que determina o perfil de saúde e qualidade de vida da amostra.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com servidores públicos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP, que é uma instituição de ensino pertencente à Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica brasileira, que se encontra fundamentada numa trajetória de mais de 100 anos, com a criação das Escolas de Aprendizes Artífices, em 1909.

Em 1937, tais escolas foram transformadas em Liceus Profissionais. Posteriormente, em 1959, passaram a ser denominadas Escolas Técnicas Federais. Com diversas mudanças no campo educacional, diante das conflituosas visões sobre a função da educação profissional, retoma-se, em 1999, a transformação dessas escolas em Centros Federais de Educação Tecnológica - CEFET, iniciado em 1978.

Foi somente em 2008 que a maioria desses centros foi transformada em Institutos Federais, expandindo quantitativa e qualitativamente, de modo sem precedentes, o ensino profissional e tecnológico brasileiro. Cumpre esclarecer que a Rede ainda é constituída por instituições que não se tornaram Institutos Federais, porém oferecem educação profissional em todos os níveis. São dois CEFETs, vinte e cinco escolas vinculadas às Universidades Federais, o Colégio Pedro II e uma Universidade Tecnológica (BRASIL, 2016b).

Por meio da Lei 11.892, de 29 de dezembro de 2008, foram criados os Institutos Federais, que são:

(...) instituições de educação superior, básica e profissional, pluricurriculares e multicampi, especializados na oferta de educação profissional e tecnológica nas diferentes modalidades de ensino, com base na conjugação de conhecimentos técnicos e tecnológicos com as suas práticas pedagógicas (...) equiparados às universidades federais (BRASIL, 2008, p. 1).

Tendo em vista seu caráter educacional amplo, destacam-se como finalidades da instituição, definidas na lei de criação:

a) ministrar educação profissional de nível médio, de forma prioritária em cursos integrados, aos egressos do ensino fundamental e para o

público da educação de jovens e adultos; b) oferecer cursos de formação inicial e continuada aos trabalhadores, com vistas à capacitação, ao aperfeiçoamento, à especialização e à atualização de profissionais; c) realizar pesquisas aplicadas, com incentivo ao desenvolvimento de soluções técnicas e tecnológicas, ampliando seus benefícios à comunidade; d) executar ações de extensão em consonância com as diretrizes da educação profissional e tecnológica, em integração com o mundo do trabalho e os setores sociais, priorizando a geração e difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos e; e) fomentar e apoiar ações educativas que direcionem à geração de trabalho e renda e à autonomia do cidadão, no tocante ao desenvolvimento local e regional (BRASIL, 2008, on-line).

Em decorrência desses objetivos, a lei estabeleceu, em seu artigo 8º, que a ação acadêmica do Instituto Federal deve garantir, a cada ano, ao menos 50% de suas vagas para o ensino profissional de nível médio, bem como o mínimo de 20% de suas vagas para os cursos de licenciatura e formação pedagógica, reforçando seu estratégico papel na formação de força de trabalho para a sociedade. Mais que isso, no caso do IFSP, com base nos seus princípios filosóficos e pedagógicos, entende-se que

O objetivo da formação profissional não é formar um profissional para o mercado de trabalho, mas sim um cidadão para o mundo do trabalho. Nessa direção, a idéia de formação integrada se configura, buscando a superação da noção historicamente construída de divisão social do trabalho entre a ação de executar e a ação de pensar, dirigir ou planejar. Com isso, a profissionalização incorpora valores ético-políticos e conteúdos históricos e científicos da práxis humana, ao integrar a dimensão do trabalho à ciência, à cultura e à pesquisa (IFSP, 2014, p.148).

Embora que em alguns estados da federação foi criado mais de um IF, no estado de São Paulo estabeleceu-se somente o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, uma autarquia subordinada ao Ministério da Educação (MEC), com sua Reitoria estabelecida na capital do estado (BRASIL, 2008). Ressalta-se que a instituição teve origem com a Escola de Aprendizizes e Artífices de São Paulo, criada em 1909, passando pelas outras denominações citadas acima, antes de se tornar o IFSP (IFSP, 2014).

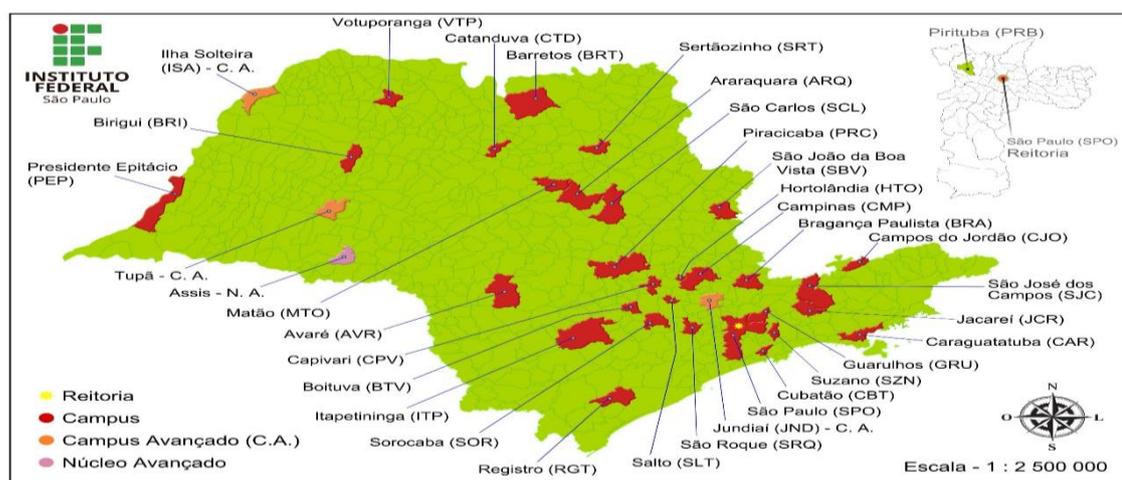
Quando da transformação dos CEFET em Institutos Federais, a lei estabeleceu que as unidades de ensino, que constituíssem a estrutura organizacional do órgão transformado em Instituto Federal, passariam, de forma automática, à condição de câmpus. Logo, de acordo com o Plano de

Desenvolvimento Institucional - PDI 2014-2018, o IFSP já nasceu com dez *campi*, sendo eles, por ordem de início de atividade:

- São Paulo – Fevereiro de 1910
- Cubatão – Abril de 1987
- Sertãozinho – Janeiro de 1996
- Guarulhos – Fevereiro de 2006
- São João da Boa Vista – Janeiro de 2007
- Caraguatatuba – Fevereiro de 2007
- Bragança Paulista – Julho de 2007
- Salto – Agosto de 2007
- São Carlos – Agosto de 2008
- São Roque – Agosto de 2008

Atualmente, o IFSP constitui-se por 37 (trinta e sete) unidades, conforme figura abaixo:

Figura 01 – Mapa dos *campi* do Instituto Federal de São Paulo – 2016



Fonte: Disponível em <<http://www.ifsp.edu.br/index.php/mapa-dos-campi.html>>. Acesso em 10 abr. 2017.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por 4.352 servidores públicos do IFSP, distribuídos pelos 37 *campi* do estado de São Paulo, sendo 2.530 docentes e 1.822 técnicos administrativos em educação. A população do estudo é censitária.

Os critérios de inclusão foram: ser servidor efetivo e concordar em participar da pesquisa respondendo ao questionário proposto. Os critérios de exclusão foram: não ser servidor efetivo, não concordar na participação da pesquisa e a ausência de resposta ao questionário proposto.

Após a aplicação do instrumento de pesquisa para a população do estudo, obtivemos 944 participantes que responderam ao questionário proposto, sendo que 30 foram invalidados por não serem servidores efetivos, restando então 914 respondentes (21,00% da população), que constituiu nossa amostra. Não aderiram ao convite 3.438 servidores (78,99% da população).

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através do instrumento Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida e da Saúde (QVS-80), proposto por Leite *et al.* (2012), com o auxílio da ferramenta *GoogleForms*, do *Google*, aplicado a todos os participantes que preencheram os critérios de inclusão e não se enquadraram em nenhum critério de exclusão.

Com os dados coletados, pudemos conhecer aspectos sociodemográficos e dados relacionados aos 04 (quatro) domínios que permitem avaliar a saúde e a qualidade de vida dos respondentes. São eles: domínios da saúde (D1), da atividade física (D2), do ambiente ocupacional (D3) e da percepção da qualidade de vida (D4).

3.4.1 Instrumento de coleta de dados

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida e da Saúde - QVS-80 (ANEXO C) sofreu adaptações necessárias em função da especificidade da instituição onde a pesquisa foi realizada. As alterações correspondem: 1) Inserção da pergunta se o participante é servidor efetivo do IFSP; 2) Substituição da palavra empresa por IFSP; 3) Omissão da altura e peso do participante em numerais para a

autoclassificação do participante, pelas opções de respostas: abaixo ou dentro do peso, sobrepeso ou obeso; 4) Alteração da faixa de renda familiar e; 5) Alteração da classificação do grau de instrução e do cargo do participante no IFSP, do turno de trabalho e se o mesmo se dá durante o dia, noite ou parte durante o dia e parte, à noite. Todas as demais perguntas do questionário foram mantidas.

Optou-se pelo instrumento QVS-80 por duas razões: em primeiro lugar, por englobar os domínios da saúde, atividade física, ambiente ocupacional e percepção da qualidade de vida, domínios esses utilizados na maioria dos questionários que visam avaliar a qualidade de vida; em segundo lugar, porque o QVS-80 contém 80 questões curtas e de fácil e rápida aplicação, comparativamente a outros instrumentos, como, por exemplo, o questionário *The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100)* (THE WHOQOL GROUP, 1995 *apud* FLACK, M.P.A., 2000), que apesar de ser mais abrangente (100 perguntas mais extensas), possui tempo de aplicação mais longo, o que poderia prejudicar a adesão de respondentes voluntários.

O Questionário QVS-80 é um instrumento que possibilita o diagnóstico do estilo de vida, focalizando a presença de doenças crônicas não transmissíveis, bem como a avaliação dos hábitos de sono, prática de atividades físicas, atividades laborais e qualidade de vida dos trabalhadores.

O QVS-80 apresenta 80 questões, sendo 13 questões abertas e 67 estruturadas na Escala Likert, as quais são consideradas para contabilizar o escore do QVS-80 (pontuações: mínima = 67 e máxima = 335). Esse questionário é analisado pela divisão em quatro partes, chamadas “domínios”.

Os quatro domínios são:

- D1 – Domínio da Saúde

O Domínio da saúde (D1) é composto de 30 questões, sendo as 13 iniciais uma anamnese relativa à existência de doenças crônicas familiares e à história pessoal (hipertensão, diabetes, obesidade, dislipidemias, bronquite, rinite alérgica e câncer). São contabilizadas as 17 questões restantes deste domínio no escore do QVS-80 (pontuações: mínima = 17 e máxima = 85). As questões referem-se aos estilos e hábitos de vida, como qualidade do sono, tabagismo e consumo de álcool.

- D2 – Domínio da Atividade Física

O Domínio da atividade física (D2) é composto de 15 questões sobre a atividade física no tempo livre, ou seja, fora do ambiente ocupacional (pontuações: mínima = 15 e máxima = 75).

- D3 – Domínio do Ambiente Ocupacional

O Domínio do ambiente ocupacional (D3) é composto de 11 questões relativas ao local de trabalho (pontuações: mínima = 11 e máxima = 55).

- D4 – Domínio da Percepção da Qualidade de Vida

O Domínio da percepção da qualidade de vida (D4) é composto de 24 questões, adaptadas pelos autores do QVS-80 do instrumento WHOQOL-breve (pontuações: mínima 24 e máxima = 120).

Com a soma das pontuações propostas pelos autores, é feita a interpretação dos resultados e a classificação dos índices obtidos no questionário.

3.4.2 Procedimento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida e da Saúde - QVS-80 (ANEXO C), que sofreu as adaptações necessárias em virtude da especificidade da instituição onde a pesquisa foi realizada. No dia 23 de outubro de 2017, foi aplicado para três servidores do órgão em estudo um teste piloto com o questionário modificado (APÊNDICE 2), não tendo sido relatada nenhuma dificuldade em respondê-lo e o tempo de resposta foi de 10 minutos, em média.

O instrumento foi enviado, no período de 07 a 24 de agosto de 2018, em meio digital, para a totalidade da população em estudo, através do *email* institucional do servidor do Instituto Federal de São Paulo. O texto do *email* reforçou a importância na participação da pesquisa, pois os resultados apurados servirão para subsidiar a elaboração do Programa de Prevenção e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do servidor do Instituto Federal de São Paulo. Foi disponibilizado no *email* um *link* para acesso ao instrumento de pesquisa através da ferramenta gratuita de formulários do *Google (GoogleForms)*, um serviço de criação de formulários que viabiliza de forma simples e ágil o processo de coleta e disseminação de dados por meio da Internet.

O instrumento de pesquisa somente foi apresentado após o aceite dos termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1) e para aqueles que se declararam servidores efetivos.

Após a coleta, os dados obtidos foram distribuídos em uma tabela através do programa *Excel* e classificados conforme proposto pelos autores do QVS-80.

Após a análise das respostas, foram elaborados tabelas e gráficos que nos permitiram conhecer dados sociodemográficos, fatores de risco (sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia, diabetes, hipertensão arterial, consumo de tabaco e álcool), prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e indicadores de qualidade de vida como sono, estilo de vida, estado de humor, depressão, satisfação no trabalho, etc., além dos resultados nos quatro domínios – Saúde, Atividade Física, Ambiente Ocupacional e Percepção da Qualidade de Vida, além da avaliação global do QVS-80 na amostra em estudo.

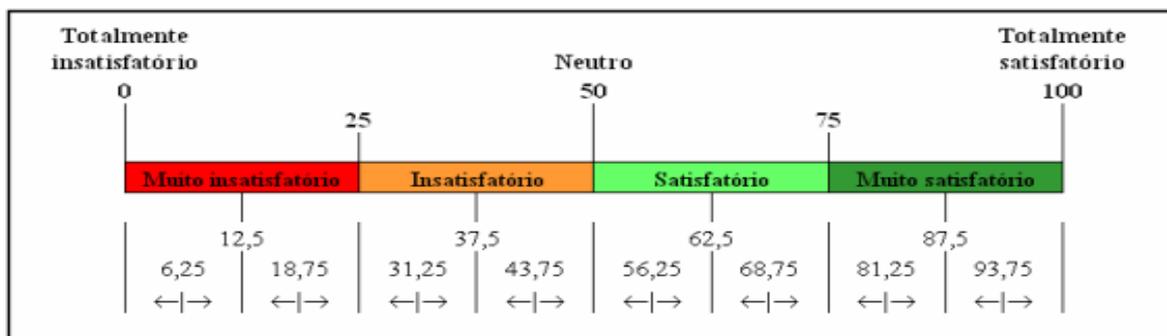
3.4.3 Análise dos dados

Os dados apurados pelo instrumento de pesquisa e captados pela ferramenta de pesquisa *GoogleForms* (*Gloogle, 2017*) geraram um banco de dados através do programa *Excel 2013* da *Microsoft*. Foi realizada então uma análise das variáveis categorizadas para os 04 níveis de domínios e então aplicada a *Sintaxe* do QVS-80, que demonstra percentualmente a contribuição dos diferentes domínios sobre a qualidade de vida da população estudada. O domínio da Saúde (D1) é apurado através da análise das questões de número 01 até a 30, sendo que da questão 01 até a 13 há uma anamnese. O domínio da Atividade Física (D2) se dá através das questões 31 até a 45. O domínio do Ambiente Ocupacional (D3) ocorre através da análise das questões de número 46 até a questão 56. O domínio da Percepção da Qualidade de Vida (D4) se dá através das questões de número 57 até a questão 80.

Os resultados dos domínios e o resultado geral do QVS-80 foram padronizados em uma mesma escala, que varia de 0 a 100 pontos, na qual o 0 corresponde a pior qualidade de vida e o 100 a melhor qualidade de vida (*LEITE et al., 2012*).

Para calcular o escore do QVS-80, tendo como pontuação mínima 54 e máxima 270, a pontuação é convertida em percentual e pode ser ilustrada da seguinte forma:

Figura 02: Pontos de corte da escala de resposta do QVS-80.



Fonte: QVS-80 – Leite *et al.* (2012).

Foram obtidos os escores brutos com as porcentagens do impacto de cada domínio e por fim o escore da avaliação global do questionário, sendo que quanto maior o percentual encontrado, maior é a contribuição do domínio de forma favorável sobre a qualidade de vida.

4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos, em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, foi preservada a confidencialidade no estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (ANEXO A) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de São Paulo (ANEXO B) e em ambos os comitês o projeto foi aceito.

Foi apresentado aos participantes que aceitaram participar do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, orientando sobre os objetivos da pesquisa. Não houve situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente responderam às questões propostas no instrumento de coleta de dados. Ao participante foi garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo na instituição onde trabalha, respaldando-se, inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, na qual está assegurada a privacidade dos sujeitos. O TCLE foi enviado junto com o instrumento de pesquisa por meio digital, e precedeu a apresentação do instrumento. Os convidados puderam escolher ACEITO ou NÃO ACEITO. O *click* substituiu a assinatura. Aos participantes que assinalaram ACEITO, apresentou-se o acesso ao instrumento de pesquisa.

Acreditamos que houve benefícios diretos desta pesquisa para o participante, uma vez que ele pode refletir sobre sua condição de saúde e qualidade de vida, além dos benefícios que obterá com os resultados da pesquisa, que influenciará a elaboração futura do Programa de Prevenção e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do Instituto Federal de São Paulo.

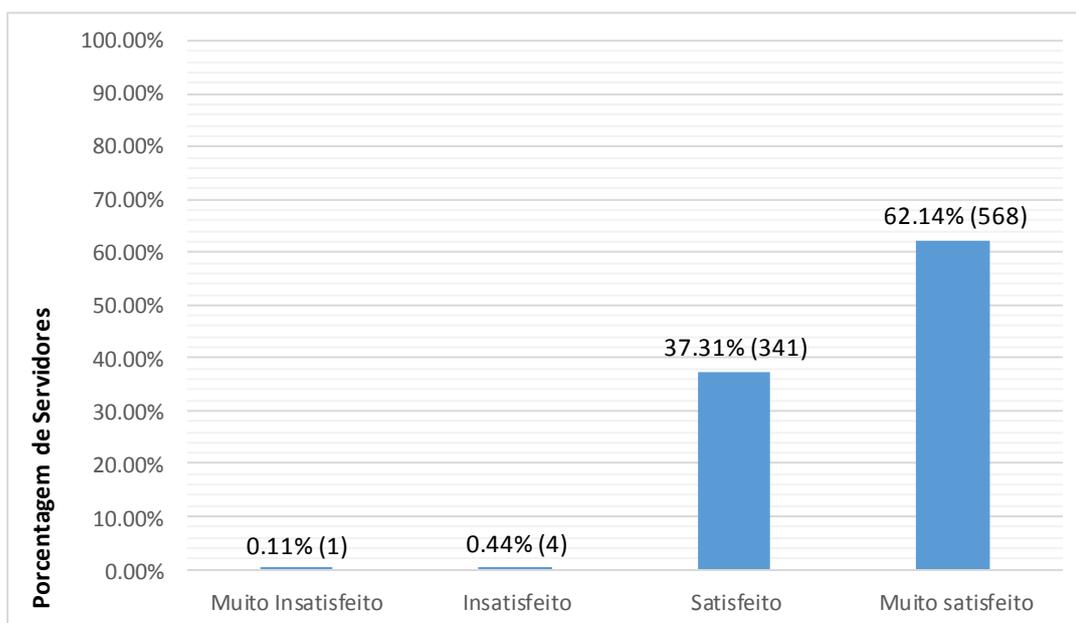
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apurados através da metodologia empregada (Questionário QVS-80) investigam, através de oitenta questões, quatro domínios da saúde e qualidade de vida, sendo eles: o Domínio da Saúde (D1), o Domínio da Atividade Física (D2), o Domínio do Ambiente Ocupacional (D3) e o Domínio da Percepção da Qualidade de Vida (D4), cujos resultados são os seguintes:

5.1 DOMÍNIO DA SAÚDE (D1)

- Nível de satisfação do Domínio da Saúde: muito satisfatório (62,14%).

Gráfico 2 – Porcentagem dos níveis de satisfação do Domínio da Saúde



Aqui estão demonstrados, detalhadamente, os resultados e as questões mais relevantes da pesquisa capazes de influenciar sobremaneira a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e, posteriormente, nas conclusões, estão apresentados os resultados da avaliação global da amostra nos quatro domínios pesquisados.

Os resultados apurados nas oitenta questões do questionário encontram-se apresentados através de gráficos no ANEXO D.

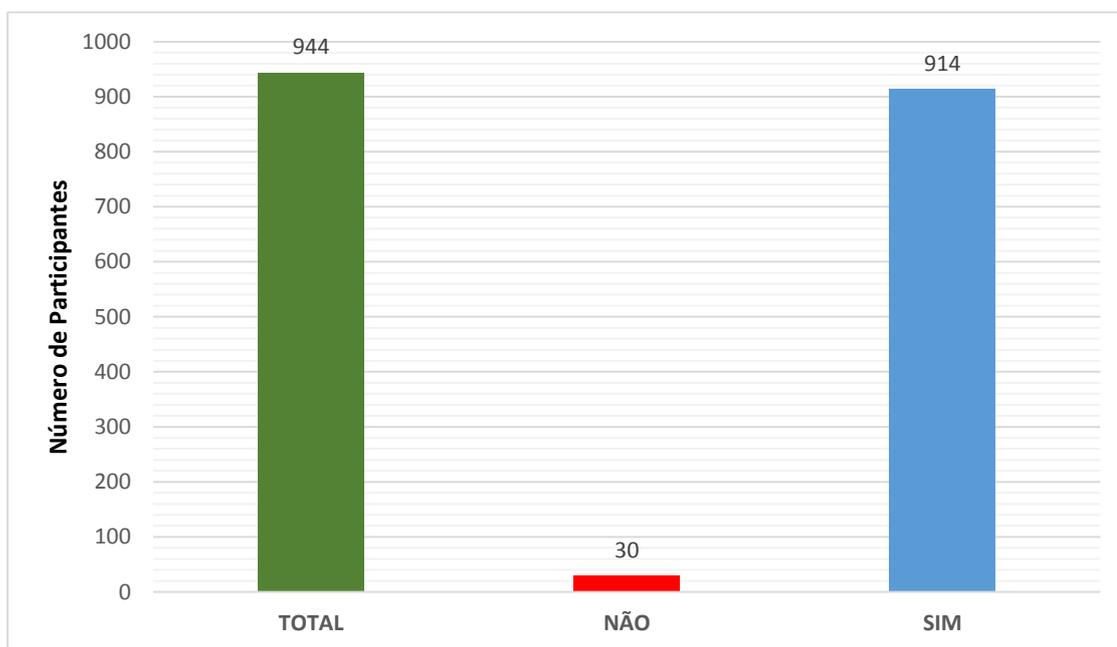
As trinta questões iniciais do QVS-80 correspondem ao domínio da Saúde, sendo que as primeiras questões são relacionadas à caracterização do participante como servidor efetivo do Instituto Federal de São Paulo, seu sexo, idade, peso,

estado civil, renda familiar, grau de instrução, tempo de trabalho na instituição, cargo, turno e horário de trabalho.

A população pesquisada constituiu-se de 4.352 servidores, com uma adesão de 944 participantes, sendo que 30 foram descartados por não serem servidores efetivos. Nossa amostra, portanto, é formada por 914 sujeitos (21,00% da população) que responderam às questões propostas, sendo 458 (50,11%) do sexo feminino e 456 (49,89%) do sexo masculino.

Gráfico 3 – Quantidade de participantes na pesquisa e amostra

- Você se declara servidor efetivo do Instituto Federal de São Paulo?



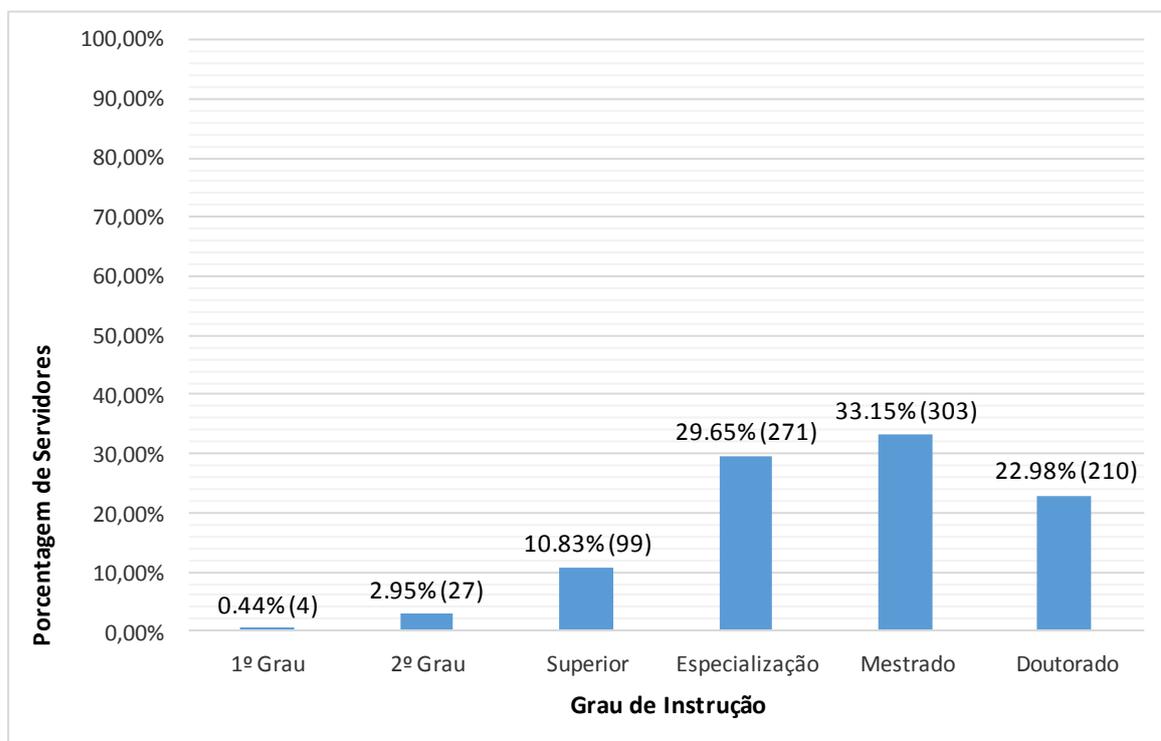
O cargo exercido no Instituto Federal de São Paulo pela amostra em estudo é de 720 (78,77%) técnicos administrativos em educação (TAE) e 194 (21,23%) docentes.

O grau de instrução apurado foi o seguinte: 99 (10,83%) possuem apenas nível superior; 271 (29,65%), especialização; 303 (33,15%), mestrado; e 210 (22,98%), doutorado. A renda familiar de 740 respondentes (80,96%) encontra-se acima de R\$ 4.648,00, portanto, segundo classificação do IBGE (BRASIL, 2017), tendo como base o salário-mínimo, esse grupo é classificado como classe C (04 a 10 salários mínimos).

Esses dados retratam que a amostra em estudo é formada por indivíduos bastante qualificados e com bom nível socioeconômico.

Gráfico 4 – Questão nº 03

- Qual o seu grau de instrução?



Segundo Alves, Soares e Xavier (2014), do Grupo de Avaliação e Medidas Educacionais, em parceria com o Instituto Unibanco, o nível socioeconômico sintetiza as características dos indivíduos em relação à sua renda, ocupação e escolaridade, permitindo fazer análises de classes de indivíduos semelhantes em relação à estas características.

A idade dos respondentes está entre 23 e 72 anos (média 39,55 anos, com desvio padrão de 9,92 anos e mediana 37 anos), portanto a amostra é formada, em sua maioria, por adultos jovens.

Tabela 03 – Distribuição de servidores por faixa etária.

Idade	Quant.	Idade	Quant.								
19 anos	01	29 anos	33	38 anos	37	47 anos	21	56 anos	11	65 anos	02
20 anos	01	30 anos	37	39 anos	34	48 anos	08	57 anos	07	66 anos	02
22 anos	01	31 anos	38	40 anos	32	49 anos	13	58 anos	07	67 anos	03
23 anos	07	32 anos	55	41 anos	39	50 anos	15	59 anos	11	68 anos	02
24 anos	05	33 anos	48	42 anos	17	51 anos	11	60 anos	09	69 anos	01
25 anos	11	34 anos	49	43 anos	24	52 anos	15	61 anos	05	72 anos	03
26 anos	11	35 anos	46	44 anos	21	53 anos	11	62 anos	06	TOTAL = 914	
27 anos	20	36 anos	39	45 anos	18	54 anos	20	63 anos	05	Média: 39,55 anos	
28 anos	24	37 anos	41	46 anos	17	55 anos	17	64 anos	03	Desvio Padrão	
										9,92 anos	
										Mediana: 37 anos	

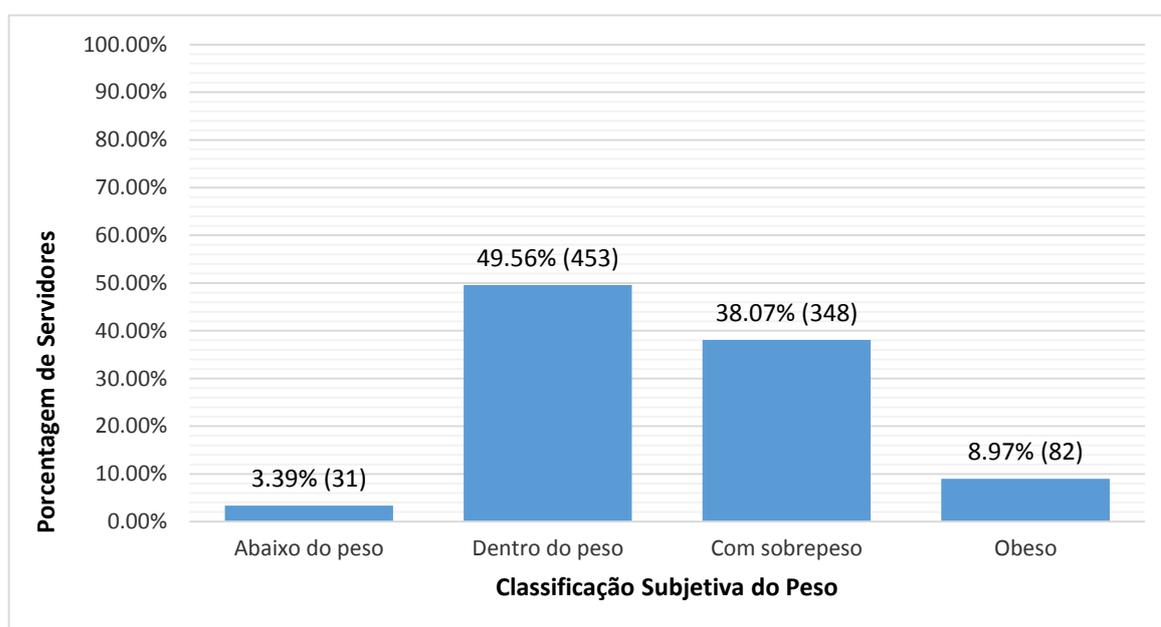
Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com respostas obtidas do QVS-80.

A grande maioria, ou seja, 681 sujeitos (74,51% da amostra), classificou sua saúde como excelente (15,10%) ou boa (59,41%). A classificaram como regular, 22,65%; como ruim, 2,52%; e como muito ruim , 0,33%.

Essa autoclassificação realizada pelos respondentes, subjetiva, será confrontada com os dados apurados nas outras questões do QVS-80.

Com relação à classificação subjetiva do peso informado, 453 sujeitos (49,56%) se consideram dentro do peso; 348 (38,07%), com sobrepeso; e 82 (8,97%), como portadores de obesidade. Somados os indivíduos com sobrepeso aos obesos, 430 (47,04%) estão acima do peso.

Gráfico 5 – Autoclassificação Subjetiva do Peso



A Organização Mundial de Saúde, já em 2002, apontava para a existência de mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, sendo 300 milhões considerados obesos.

A prevalência de sobrepeso e obesidade é considerada um importante problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.

Mais recentemente, divulgação da ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade), em 2017, reportou o estudo *Overfat Adults and Children in Developed Countries: The Public Health Importance of Identifying Excess Body Fat*, divulgado no Jornal *Frontiers in Public Health*, que evidencia que os riscos da obesidade também podem atingir indivíduos com peso normal.

A publicação trouxe, entre outros dados alarmantes, que adultos com peso normal, que apresentam gordura acumulada apenas em determinadas partes do corpo, também correm sérios riscos, semelhantes aos relacionados ao sobrepeso e à obesidade. O excesso de peso está diretamente relacionado a inflamações crônicas, hipertensão, dislipidemia, doenças coronárias, acidente vascular cerebral, câncer, diabetes tipo 2, doença da vesícula biliar, osteoartrite, doenças pulmonares, apneia do sono, entre outras condições clínicas.

A segunda parte do Domínio da Saúde envolve perguntas sobre doenças crônicas, qualidade do sono, atividades de lazer e hábitos relacionados ao uso de tabaco e bebida alcoólica.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, apesar de que os resultados apurados apontaram que 622 sujeitos (68,05%) informaram não apresentar nenhuma DCNT; 107 (11,71%) relataram hipertensão arterial; 165 (18,05%), colesterol alto; 139 (15,21%), triglicérides alto; 37 (4,05%), diabetes; 28 (3,06%), doenças cardíacas e circulatórias; 73 (7,99%), doenças da tireóide; 51 (5,58%), asma/bronquite; e 09 (0,98%), câncer.

Gráfico 6 – Questão 09

- Marque abaixo qual(is) a(s) doença(s) que você apresenta atualmente:

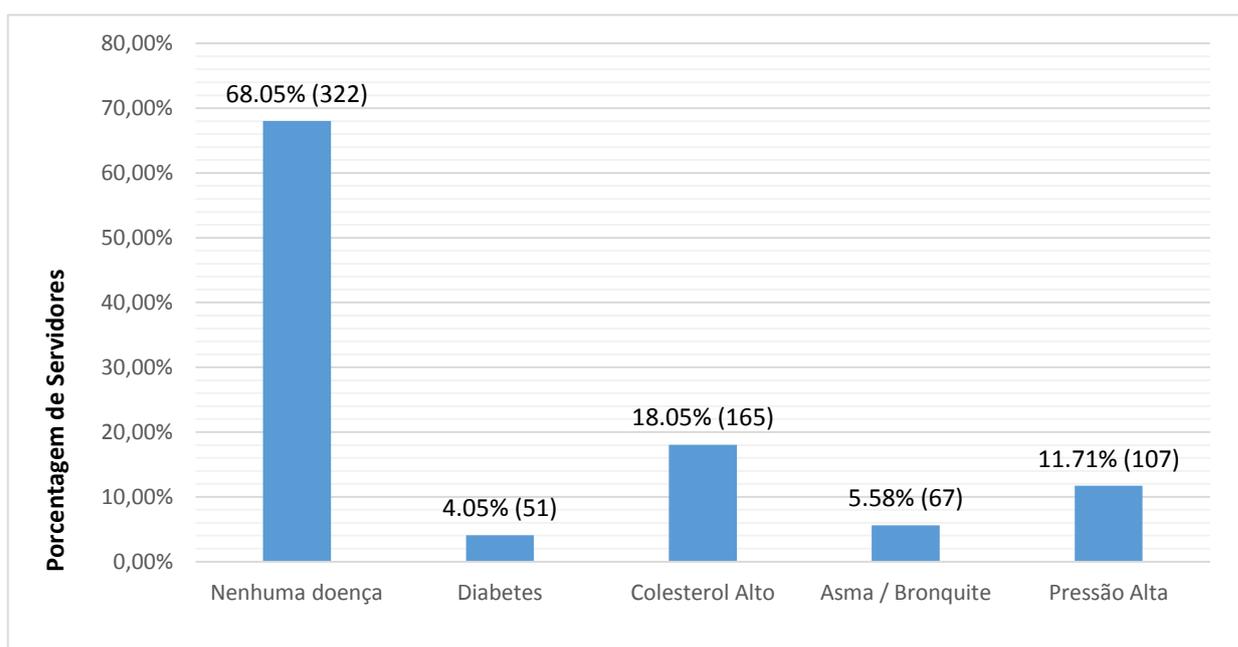
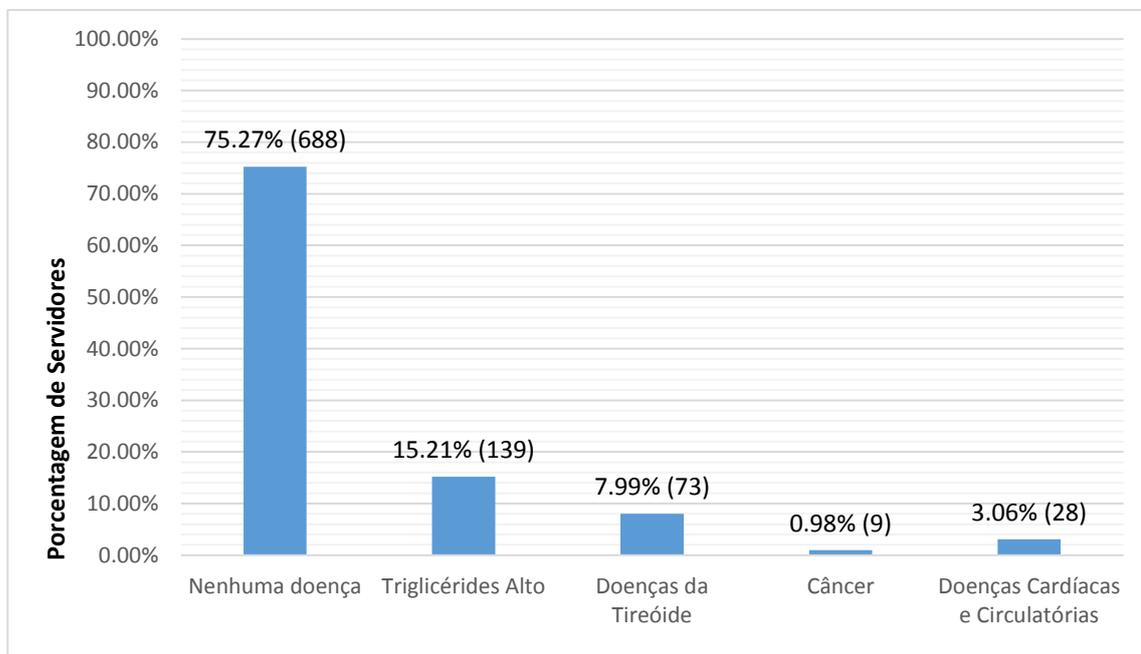


Gráfico 07 – Questão 10

- Além das doenças citadas acima, você apresenta alguma dessas outras doenças:



A presença de hipertensão, diabetes e dislipidemia preocupa-nos por serem considerados importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, principalmente quando associados a antecedentes familiares, como constatado na pesquisa, que apontou que familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram em virtude de: pressão alta, 426 respondentes (46,61%); doenças cardíacas e circulatórias, 382 (41,79%); diabetes, 311 (34,03%); colesterol alto, 197 (21,55%); triglicérides alto, 102 (11,16%); asma/bronquite, 55 (6,02%); e câncer, 350 (38,29%).

“O estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa/efeito entre eles e determinadas doenças” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, p. 30).

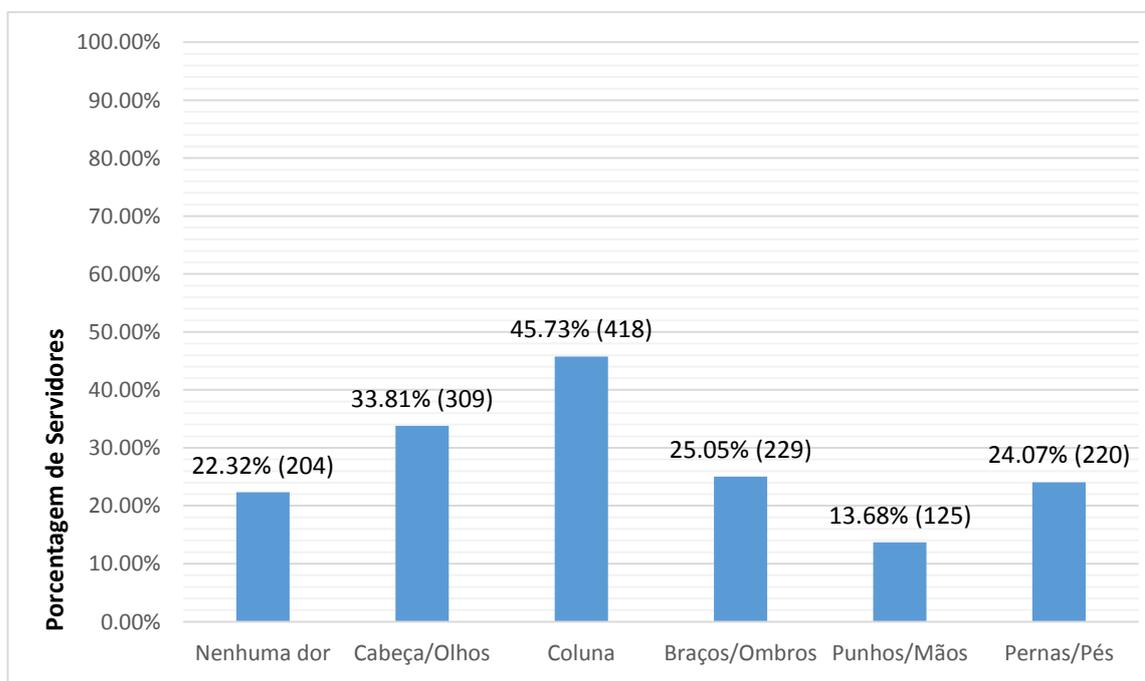
Estudo realizado na Universidade Federal do Pará conduzido de março de 2012 a novembro de 2013 (NASCIMENTO *et al.*, 2015) apontou que, dentre os servidores federais (técnicos administrativos e docentes) daquela instituição, foi observada alta incidência de fatores de risco, como excesso de peso, atividade física insuficiente, consumo de álcool e ingestão de comida inadequada, mostrando que os servidores do estudo seguem tendências nacionais achadas em pesquisa de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Como efeitos negativos da

globalização, rápida urbanização, estilo de vida sedentário e o consumo de alimentos altamente calóricos são apontados como fatores de risco para DCNT no Brasil. O estudo destaca ainda que a maioria dos servidores pesquisados tem grau de escolaridade mais alto, subgrupo da população que deveria, a princípio, ter um entendimento melhor dos riscos de uma nutrição inadequada, atividade física insuficiente e outros fatores de risco, e conseqüentemente estarem menos expostos, em relação a outros grupos populacionais, que possuem menos acesso a informação.

Questionados com relação a desconforto ou dor corporal, 418 (45,73%) sujeitos relataram dor ou desconforto na coluna; 309 (33,81%), na cabeça/olhos; 229 (25,05%), nos braços/ombros; 220 (24,07%), nas pernas/pés; e 125 (13,68%), nos punhos/mãos.

Gráfico 08 – Questão nº 13

- Marque abaixo qual(is) locais você apresenta frequentemente dor ou desconforto:



Esses dados apontam para a possibilidade dessas queixas serem causadas por problemas ergonômicos, *stress* e sedentarismo.

Segundo dados da Previdência Social do ano de 2017, a dorsalgia foi a 1ª causa de concessão de benefícios por auxílio-doença previdenciário (sem relação

com acidente ou doença do trabalho), totalizando 83.763 benefícios. Já a concessão por auxílio-doença acidentário (decorrente de acidente ou doença do trabalho) foi a 5ª causa, com 11.835 casos (BRASIL, 2018)

Assim, fica evidente a elevada incidência de doenças osteomusculares na população brasileira em geral e na amostra em estudo, devendo ser motivo de atenção, especialmente, o fato de que a grande maioria desses indivíduos permanece elevado tempo na posição sentada, que é o caso dos TAE e na posição em pé, que é o caso dos docentes.

As doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, segundo a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (OMS, 2009), recebem classificações que variam do CID M00 até o M99, e se referem a artropatias, doenças sistêmicas do tecido conjuntivo, dorsopatias e transtornos dos tecidos moles. Essas doenças, que se somam às de ordem psicossomáticas, como, por exemplo, a fibromialgia, muitas vezes são entendidas e diagnosticadas erroneamente como Lesões por Esforços Repetitivos (LER), ou conforme nomenclatura mais recente, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

Estudos de Renner (2005) apontam que a incidência de dores e distúrbios musculoesqueléticos, na maioria dos ambientes de trabalho, se deve a três fatores: o manuseio e o transporte de cargas realizadas de forma manual, posturas críticas, como rotação, flexão do tronco e movimentos de alto índice de repetitividade.

Diferentemente das doenças profissionais, as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho são enquadradas em afecções nas quais não se identifica apenas um agente causal, mas vários, entre os quais os laborais, que irão repercutir em danos para a saúde física e mental do trabalhador.

Dor de cabeça e nos olhos foi relatada por 229 sujeitos, correspondendo a 33,81% em relação à amostra, portanto, considerando que esses trabalhadores usam constantemente a visão em atividades administrativas e em atividades de docência, essas queixas podem estar relacionadas com distúrbios visuais, com a qualidade do sono ou com o *stress*.

O QVS-80 possui muitas perguntas relacionadas com o sono, isso porque quantidade insuficiente de sono ou sono com baixa qualidade podem acarretar queda na qualidade de vida do indivíduo, com redução da atenção e concentração, queda da energia e alterações do humor.

A pesquisa apontou que 112 sujeitos (12,25%) relataram que a qualidade de seu sono é excelente; 403 (44,09%) relataram boa qualidade do sono; 278 (30,42%), regular; e 121(13,24%), ruim/muito ruim.

Com relação à duração média do sono, obtivemos os seguintes resultados: 57 (6,24%) sujeitos informaram que a duração média de seu sono é de mais de 8 horas; 335 sujeitos (36,65%), que é de 7 a 8 horas; 326 (35,67%), de 6 a 7 horas; 171 (18,71%), de 5 a 6 horas; e 25 (2,74%), menos de 5 horas.

Gráfico 09 – Questão 15

- Como você considera a qualidade do seu sono?

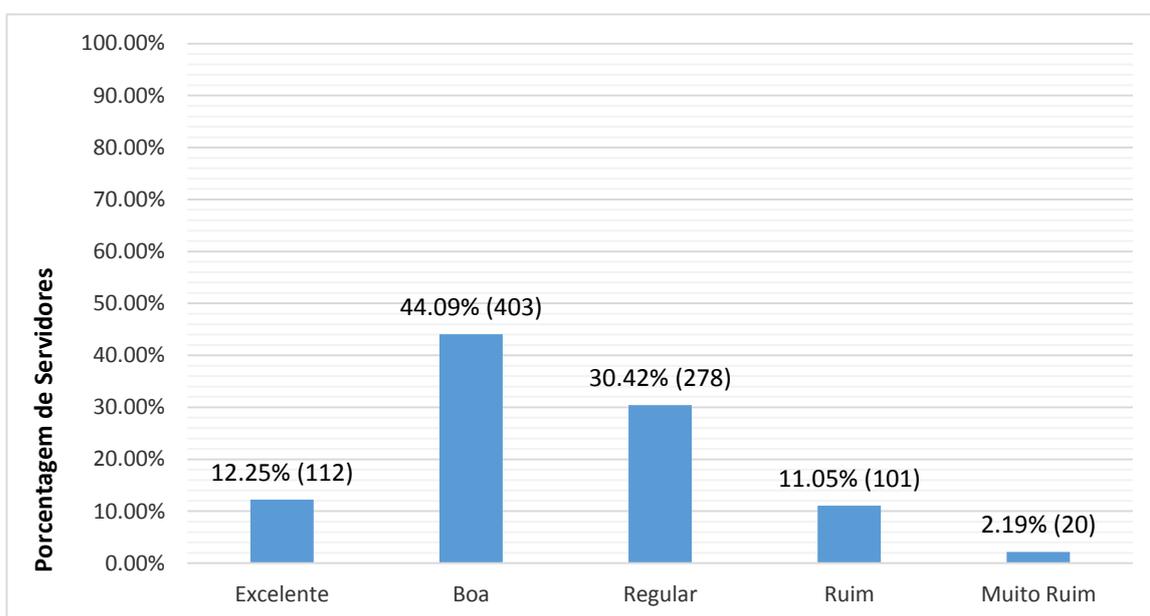
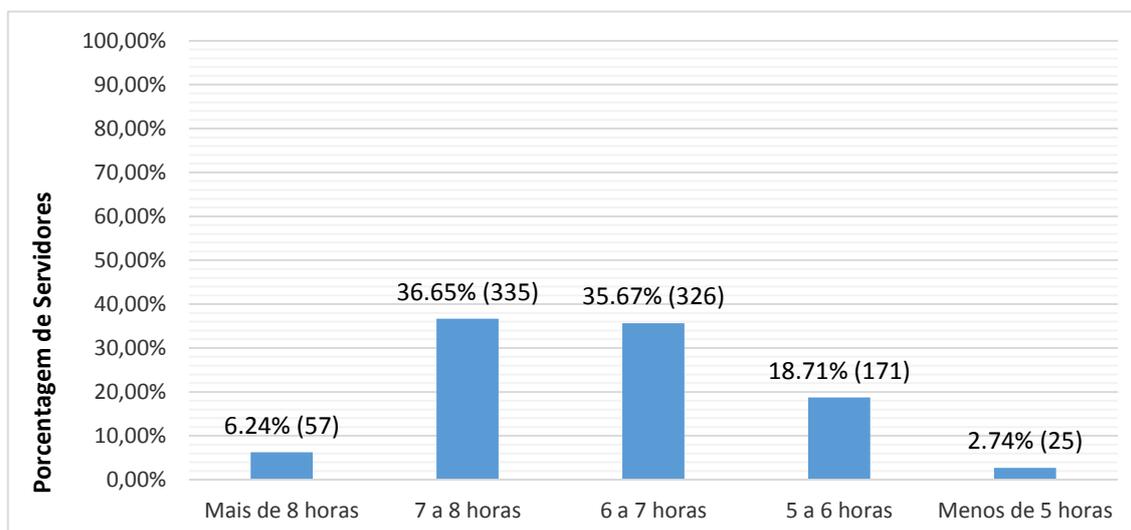


Gráfico 10 – Questão 16

- Qual a duração média de seu sono?



Baixa qualidade do sono, com redução da atenção e concentração, queda da energia e alterações do humor podem ser sinais da Síndrome de *burnout*.

A Síndrome de *burnout*, também chamada de Síndrome do Esgotamento Profissional, é um distúrbio psíquico descrito pela primeira vez em 1974, pelo médico alemão Herbert Freudenberger. *Burnout*, na expressão popular inglesa, se refere ao que deixou de funcionar por absoluta falta de energia (LUCIANO, 2013).

A Síndrome de *burnout* é caracterizada pela exaustão física e mental do trabalhador, devido à grande e constante exposição ao stress. Essa condição resulta na perda do sentido da relação do trabalhador com o trabalho, de forma que as coisas já não importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil. A pessoa torna-se desanimada e extremamente irritadiça. Tarefas simples começam a aparentar extrema dificuldade. Ocorre transtorno do sono, dentre outros problemas. Existem casos de *burnout* diagnosticado nos quais a pessoa comete tentativa de suicídio, pois acredita realmente que não existe uma forma de sair da situação em que se encontra, enxergando-se sempre como um ser inútil e descartável (PEREIRA, 2002).

A Síndrome de *burnout* é também caracterizada por exaustão emocional, manifestada por fadiga intensa, sensação de impotência diante das exigências diárias. O distanciamento emocional e a indiferença em relação ao trabalho e às pessoas com quem interage constituem a Despersonalização. A diminuição da realização pessoal e profissional se apresenta como falta de visão de futuro, frustração e sentimento de incapacidade e fracasso associados à insônia, ansiedade generalizada, déficit de concentração e atenção, irritabilidade e transtornos de apetite (LUCIANO, 2013, p.30).

A pesquisa também mostrou que, apesar de 438 sujeitos (47,92% da amostra) terem afirmado não consumir bebidas alcoólicas, 476 (52,08%) afirmaram consumir na seguinte proporção: 40,70% (1-4 doses); 7,66% (5-9 doses); 2,41% (10-13 doses); e 1,31% (acima de 14 doses), sendo que 01 dose equivale a 1/2 garrafa de cerveja, 01 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça. Considerando que acima de 10 doses na semana pode ser considerado consumo abusivo, a pesquisa mostra que 3,72% faz uso abusivo do álcool. Esse dado é preocupante, pois o comportamento abusivo pode progredir para a Síndrome da Dependência do Álcool. De acordo com o CID 10 (OMS, 2009), a Síndrome de Dependência se caracteriza como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo, havendo uma

maior prioridade dada ao consumo da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, e a um aumento da tolerância à droga causando necessidade de ingerir doses maiores para obter o mesmo efeito.

Nos últimos anos, o uso abusivo de álcool tem sido uma grande preocupação de saúde pública, responsável por elevados índices de acidentes automobilísticos e violência interpessoal, como também pelo desenvolvimento de doenças como câncer da boca, laringe, esôfago, além de doenças hepáticas como, por exemplo, a cirrose. Entre janeiro de 2008 e junho de 2013, mais de 100 mil pessoas receberam benefícios da Previdência Social cuja origem está relacionada ao consumo de álcool. A maioria (81,9%) é auxílio-doença, ou seja, refere-se a pessoas que foram afastadas do trabalho em decorrência de doenças relacionadas ao consumo.

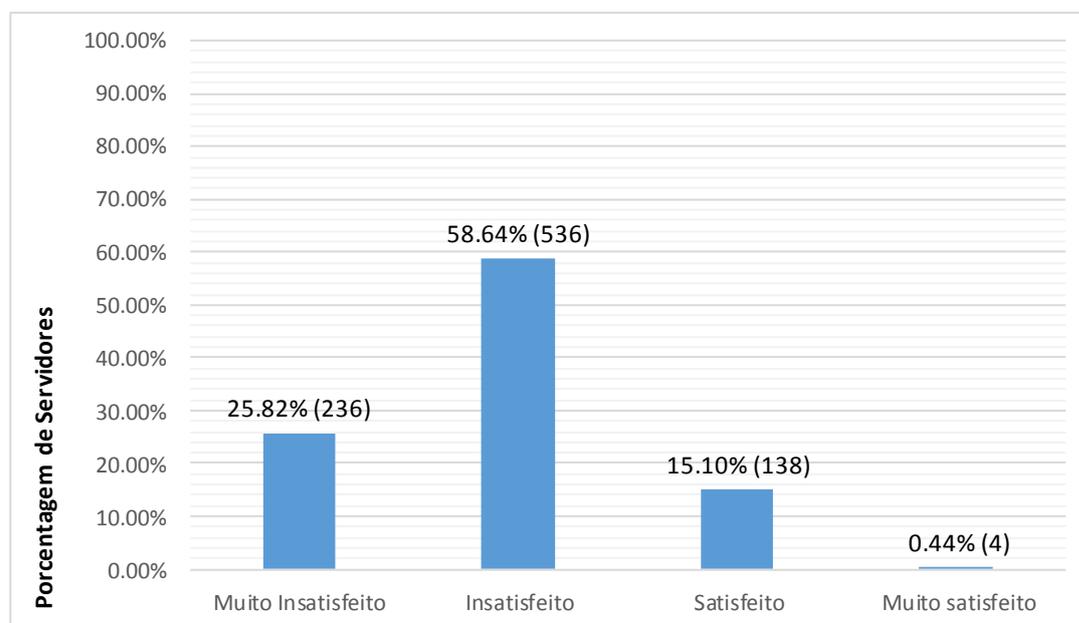
Em relação ao consumo do tabaco, a pesquisa apontou que 94,9% da amostra estudada não são fumantes, entretanto, não obstante toda informação propagada sobre os males do tabagismo, 5,92% da amostra afirmaram ser fumantes: 2,41% consomem menos de 5 cigarros; 2,19%, de 5 a 14 cigarros; 0,88%, de 15 a 20 cigarros; e 0,44%, mais de 20 cigarros por dia.

O tabaco é considerado uma das maiores causas evitáveis de câncer de pulmão e de outros órgãos, além da nicotina estar fortemente associada com as doenças cardiovasculares, especialmente o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Segundo relatório recente da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011b), o consumo de tabaco diminuiu significativamente desde 2000, no entanto, essa redução ainda é insuficiente para proteger as pessoas da morte e do sofrimento causado pelas doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas não transmissíveis. O tabaco mata mais de sete milhões de pessoas a cada ano, apesar da redução de seu consumo.

5.2 DOMÍNIO DA ATIVIDADE FÍSICA (D2)

- Nível de satisfação do Domínio da Atividade Física: insatisfatório (58,64%).

Gráfico 11 – Porcentagem dos níveis de satisfação do Domínio da Atividade Física

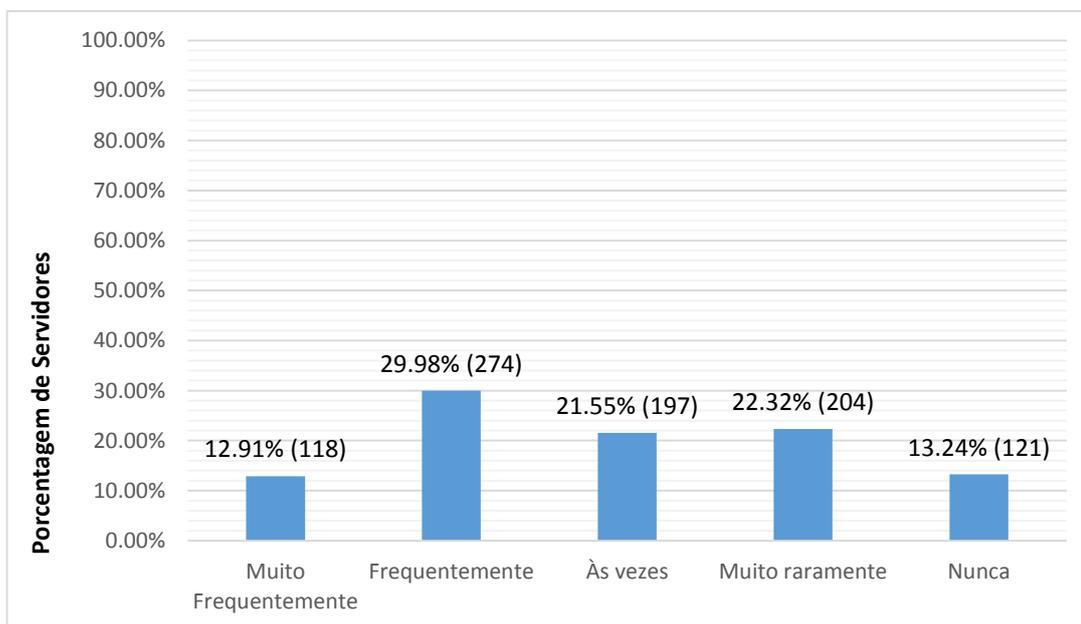


O Domínio da Atividade Física investiga, através de 15 questões, informações sobre a prática regular de atividade física, número de horas na semana destinada à caminhada, corrida, musculação, natação, hidroginástica, dança ou ginástica.

Questiona sobre os motivos que determinam a realização da atividade física (por prazer, por motivos estéticos, para melhorar a condição física, por indicação médica, ou pelas relações sociais); o tempo que o sujeito fica sentado durante a jornada de trabalho e a frequência com que se desloca (caminha, sobe escadas) nesse período também é investigado.

Gráfico 12 – Questão nº 31

- Você pratica exercícios físicos regularmente?



Os resultados apontaram que, com relação à prática de atividades físicas, 13,24% nunca praticaram atividade física; 22,32% praticam muito raramente; 21,55%, às vezes; em contrapartida, 29,98% praticam frequentemente e 12,91%, muito frequentemente. A atividade física preferida praticada semanalmente foi a caminhada (56,44%), musculação/artes marciais (30,74%), corrida (19,48%), dança/ginástica (16,85%) e atividades esportivas como futebol, vôlei, basquete ou futsal (10,6%). A principal motivação para a prática de atividade física foi para melhorar a condição física (85,12%), seguida de motivado por prazer (84,79%), motivos estéticos (67,29%), motivos médicos (65,1%) e pelas relações sociais (60,83%).

Um estilo de vida ativo, incluindo uma atividade física regular propicia uma melhor qualidade de vida, prevenindo e auxiliando no controle de inúmeras doenças, como, por exemplo, as doenças cardiovasculares, a obesidade, o diabetes, a dislipidemia, os transtornos musculoesqueléticos e outras, além dos benefícios psicológicos associados à prática de exercícios físicos, como controle da ansiedade e do stress, propiciando sensação de bem-estar.

A prática regular de atividade física atua na redução de fatores de risco, apresenta efeitos positivos na qualidade de vida e previne o aparecimento de doenças crônico-degenerativas (FERREIRA FILHO *et al.*, 2007).

Com relação à ginástica laboral, os resultados apontaram que, segundo 900 respondentes (98,47% da amostra), não é oferecida essa atividade em seu local de trabalho, não obstante 1,53% terem afirmado praticá-la com instrutores próprios e/ou terceirizados. Questionados se gostariam de participar dessa atividade, 80,31% assinalaram que gostariam; 85,34% acreditam que essas atividades lhes trariam benefícios e 92,56% da amostra acreditam nas influências positivas da ginástica laboral em seu trabalho.

A ginástica laboral é uma atividade que surgiu em 1925 – como uma ginástica de pausa para operários – inicialmente na Polônia, depois na Holanda, Rússia, Bulgária, Alemanha Oriental e em outros países, na mesma época. No Japão a ginástica laboral foi adotada como prática diária por empresas, serviços e escolas, visando à descontração e ao cultivo da saúde. Atualmente, o programa de ginástica laboral é considerado ferramenta de potencial forte com o objetivo de humanizar o meio empresarial (indústria, comércio, prestação de serviços e escolas em geral) e prevenir doenças ocupacionais. As melhorias dos condicionamentos aeróbio e muscular repercutem de maneira favorável na autoestima e na autoimagem do trabalhador e, conseqüentemente, nas tarefas desempenhadas no trabalho (MENDES e LEITE, 2012, p.21-24).

A pesquisa mostrou um dado preocupante: a maioria dos pesquisados, 898 sujeitos (98,25%) afirmaram permanecer boa parte de seu dia sentados, sendo que 110 (12,04%) permanecem mais de 7 horas, 445 (48,69%) entre 4 e 7 horas e 231 (25,27%) entre 2 e 4h do dia sentados.

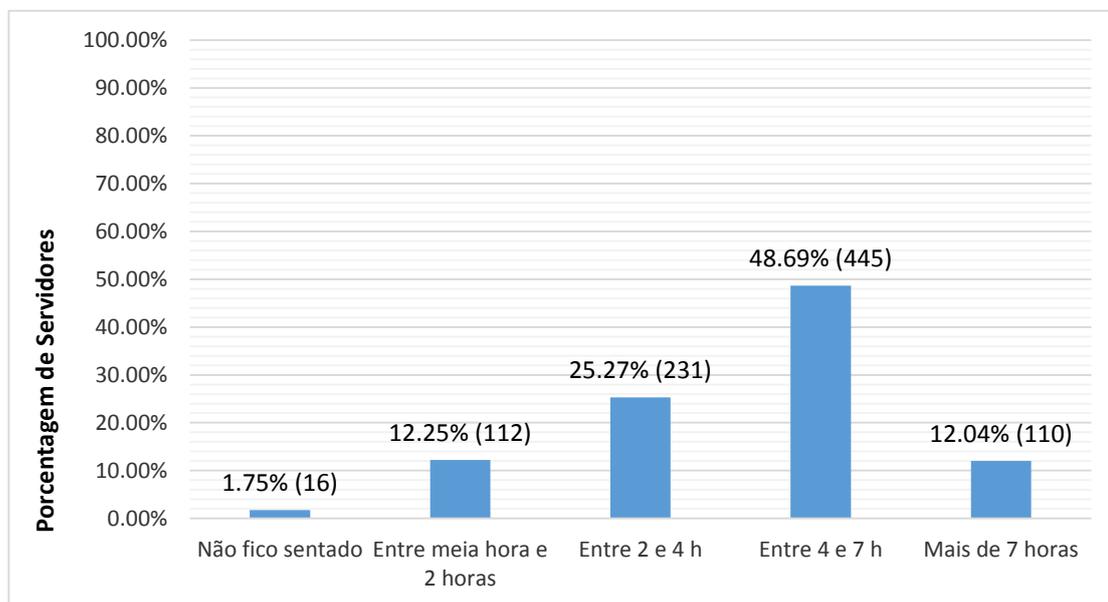
Segundo a Organização Mundial de Saúde, o sedentarismo é um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2013).

Os resultados apurados evidenciam o trabalho sedentário a que estão expostos esses indivíduos, apontando para o risco de sobrepeso, obesidade, doenças osteomusculares e desenvolvimento de doenças crônicas, em especial as doenças cardiovasculares e diabetes.

O sedentarismo ou inatividade física tem uma forte correlação com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a doença cardiovascular, o câncer; diabetes *mellitus* tipo 2 e doenças musculoesqueléticas (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003).

Gráfico 13 – Questão nº 44

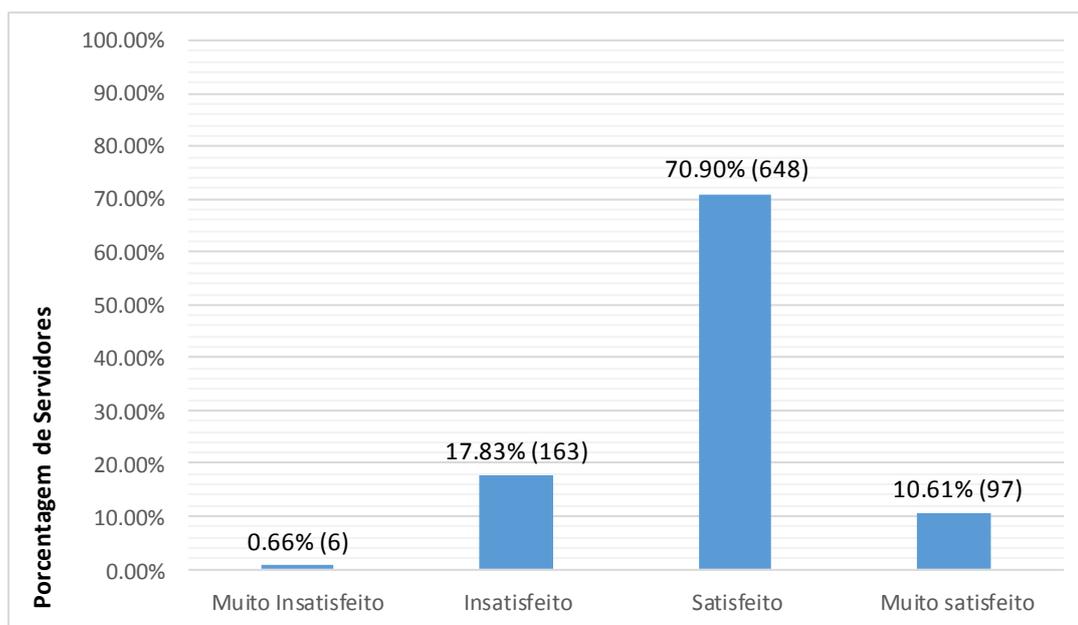
- Quanto tempo você fica sentado durante um dia de seu trabalho?



5.3 DOMÍNIO DO AMBIENTE OCUPACIONAL (D3)

- Nível de satisfação do Ambiente Ocupacional: satisfatório (70,90%).

Gráfico 14 – Porcentagem dos níveis de satisfação do Domínio do Ambiente Ocupacional

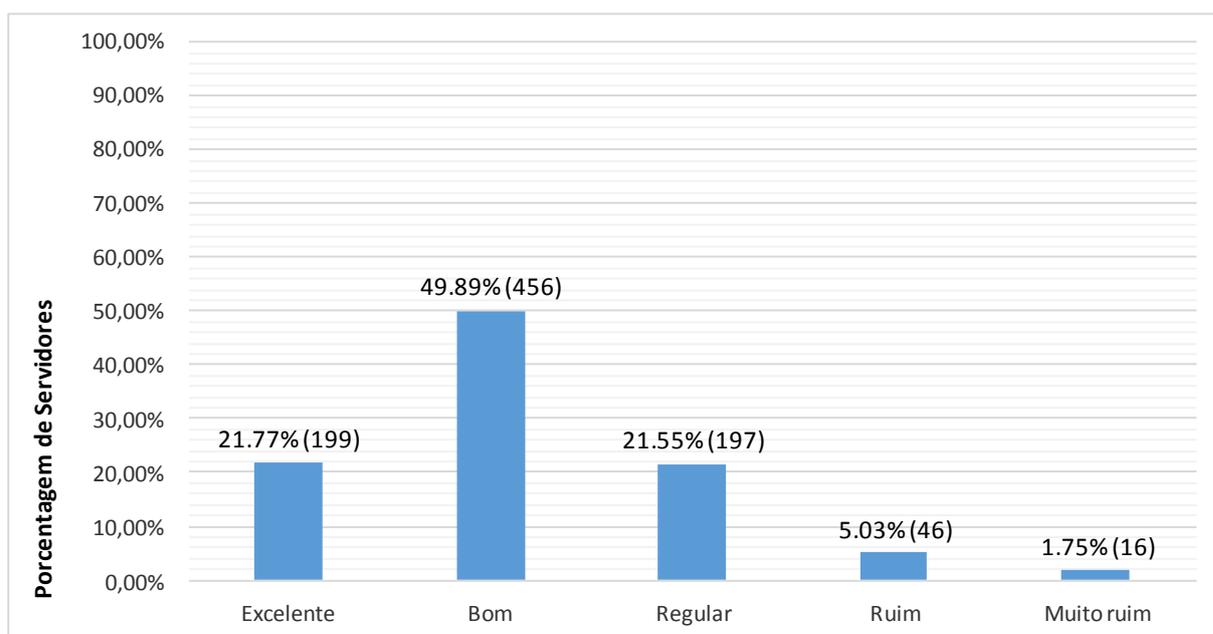


O questionário QVS-80 faz uso de 11 perguntas para investigar o domínio da Atividade Ocupacional. Entre as questões, pergunta-se sobre a satisfação de realizar atividades laborais, clima de trabalho, volume de serviço e as condições do posto de trabalho.

Com relação à satisfação de trabalhar no Instituto Federal de São Paulo, a grande maioria da amostra (71,66%) assinalou estar satisfeita no ambiente de trabalho, diferente de 6,78% que responderam estarem insatisfeitos em suas atividades.

Gráfico 15 – Questão nº 50

- Como você se sente quanto à satisfação de realizar sua atividade no seu local de trabalho?



A grande maioria da amostra (65,43%) considerou o clima de trabalho na instituição excelente ou bom; 22,43%, regular; e 12,14%, ruim/muito ruim. O posto de trabalho foi considerado excelente/bom por 70,68% dos sujeitos pesquisados, sendo que 7,55% o consideraram ruim/muito ruim.

Desses resultados, pode-se afirmar que a grande maioria dos servidores do Instituto Federal de São Paulo da amostra avaliada, em torno de 70%, está satisfeita com seu local de trabalho, com o clima organizacional e com seu posto de trabalho.

Gráfico 16 – Questão nº 51

- Como você considera o clima de trabalho no seu local de trabalho?

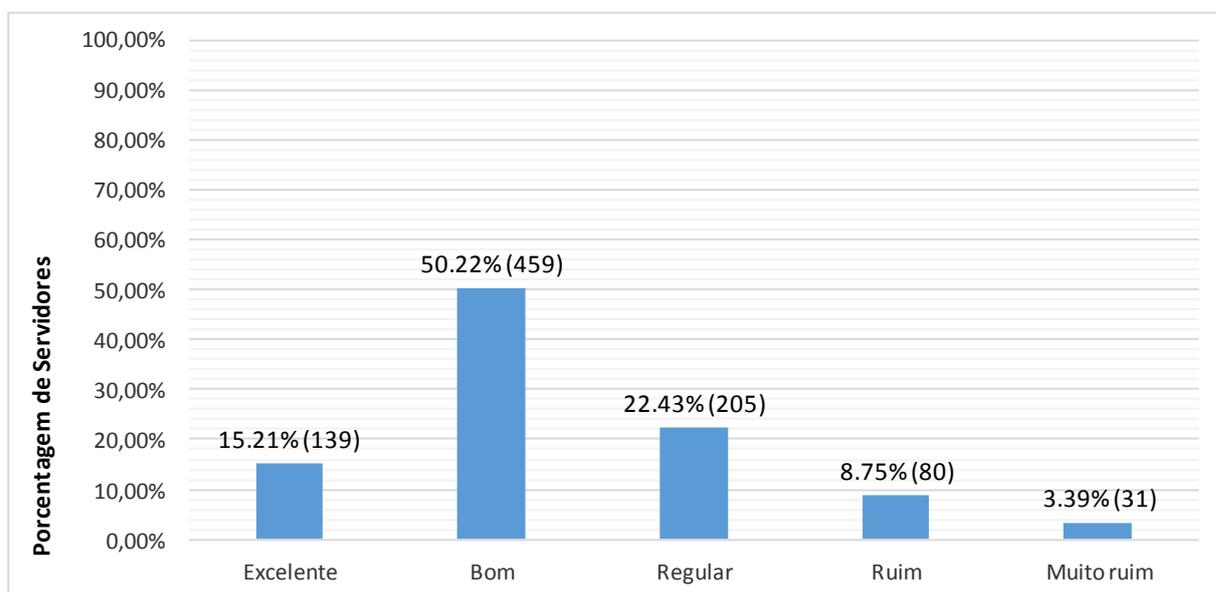
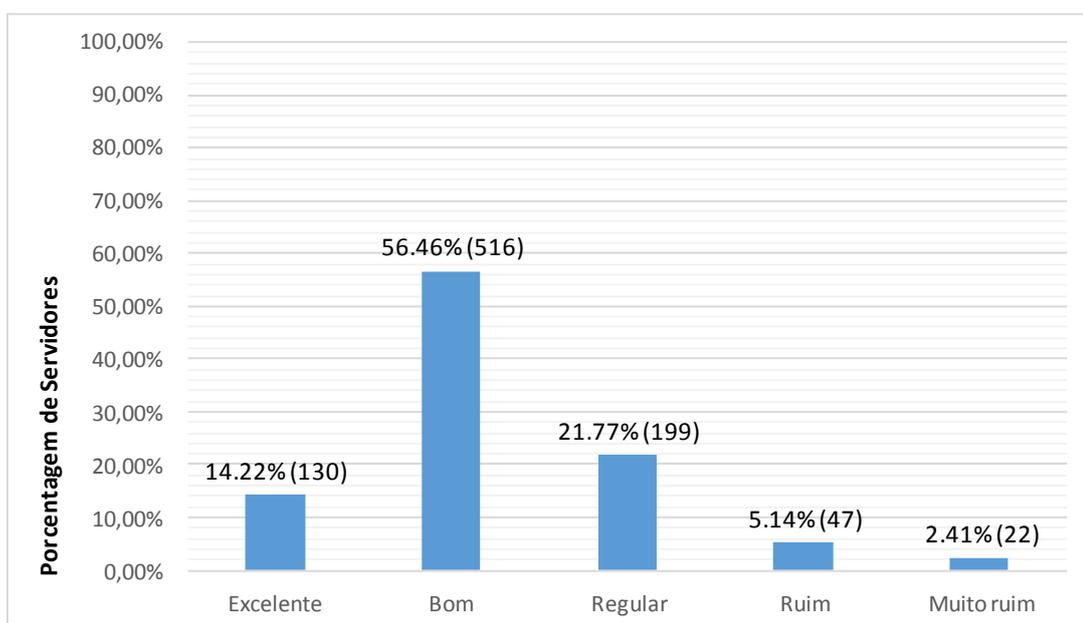


Gráfico 17 – Questão nº 54

- Como você avalia o seu posto de trabalho?



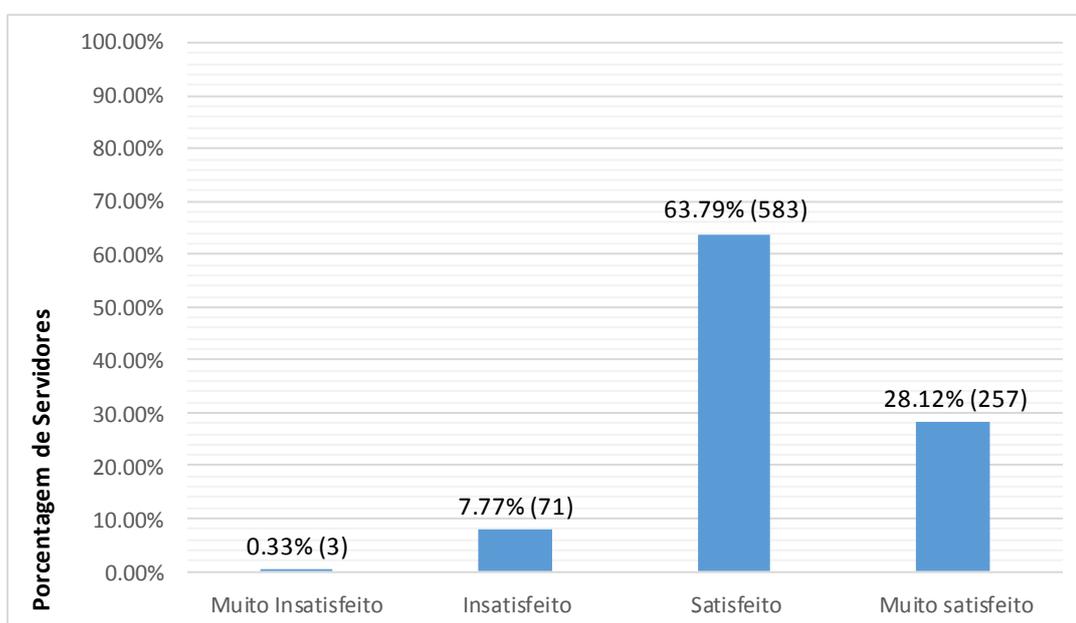
Segundo Maximiano (2004), os componentes da organização (como, por exemplo, as condições de trabalho, os incentivos e a relação com as pessoas) influencia a percepção que o colaborador tem sobre a organização. O produto dos sentimentos gerados em relação a essa percepção é chamado de clima

organizacional (MAXIMIANO, 2004). O mesmo autor já havia definido que “O clima é representado pelos sentimentos que as pessoas partilham a respeito da organização e que afetam de maneira positiva ou negativa sua satisfação e motivação pelo trabalho” (MAXIMIANO, 1997).

5.4 DOMÍNIO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

- Nível de satisfação da Percepção da Qualidade de Vida: satisfatório (63,79%).

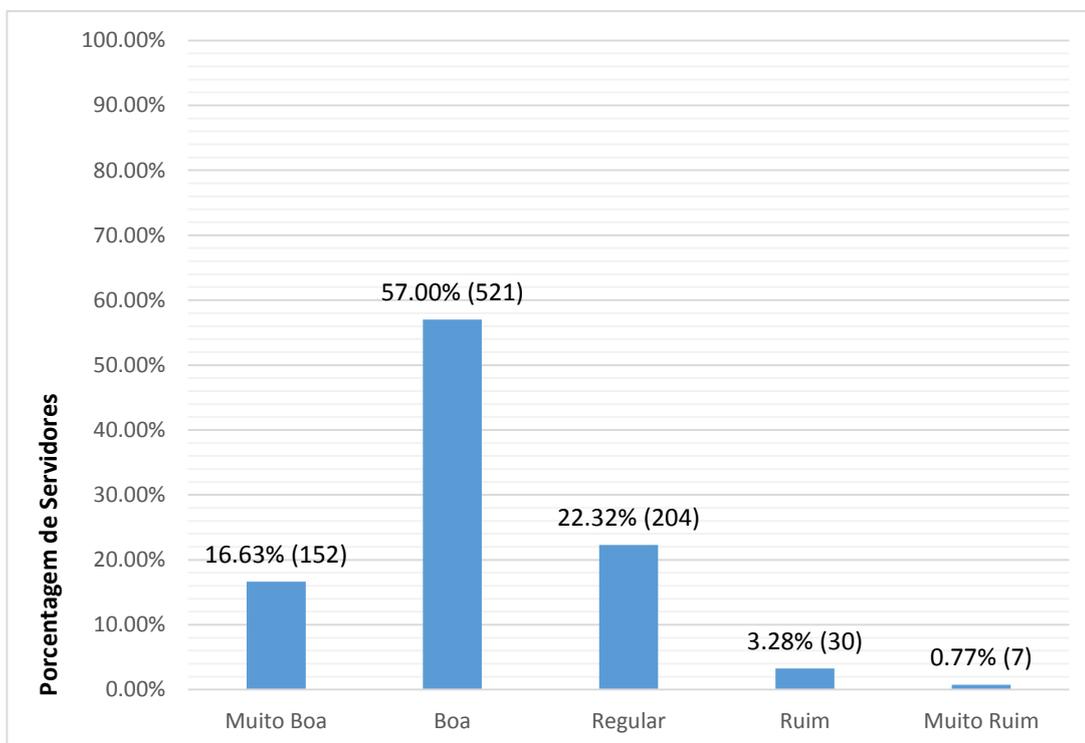
Gráfico 18 – Porcentagem dos Níveis de satisfação do Domínio Qualidade de Vida



O último domínio do QVS-80 consta de 24 questões e avalia, ainda que de forma subjetiva, como o pesquisado se sente em relação à sua qualidade de vida, de quanto ela é aproveitada, aceitação da aparência física, satisfação consigo mesmo, vida sexual, condição financeira e presença ou ausência de sentimentos negativos relacionados ao humor.

Gráfico 19 – Questão nº 57

- Como você avalia a sua qualidade de vida?



Com relação à percepção sobre sua qualidade de vida, 673 sujeitos (73,63% da amostra) a consideraram muito boa (16,63%) ou boa (57,00%) e apenas 4,00% a avaliaram como ruim ou muito ruim. Afirmaram aproveitar extremamente a vida 51 (5,58%) dos respondentes; bastante, 440 (48,14%); mais ou menos, 344 (37,64%); muito pouco, 71 (7,77%); e nada, 8 respondentes (0,88%). Questionados quanto em que medida a vida deles tem sentido, 283 servidores (30,96%) responderam extremamente; 415 (45,40%), bastante; 164 (17,94%), mais ou menos; no entanto, 52 servidores (5,69%) responderam que acham que a vida deles tem muito pouco sentido (4,16%), ou nenhum sentido (1,53%). Mais da metade dos servidores avaliados (63,57%) afirmou que se sente seguro em sua vida diária, diferentemente de 6,34% que se sentem muito pouco ou nada seguros.

Gráfico 20 – Questão nº 60

- O quanto você aproveita a vida?

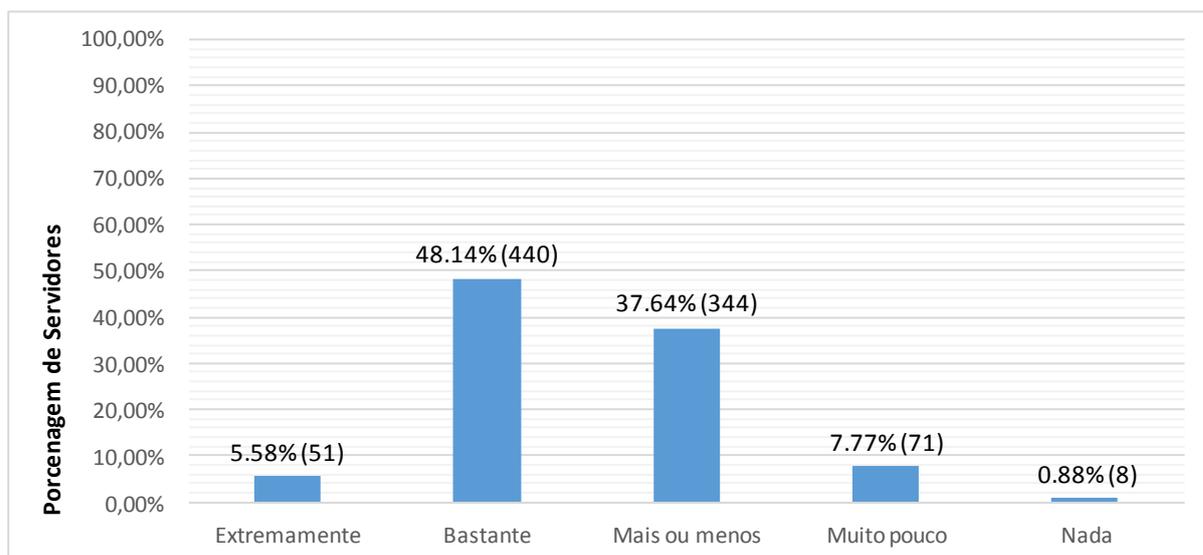
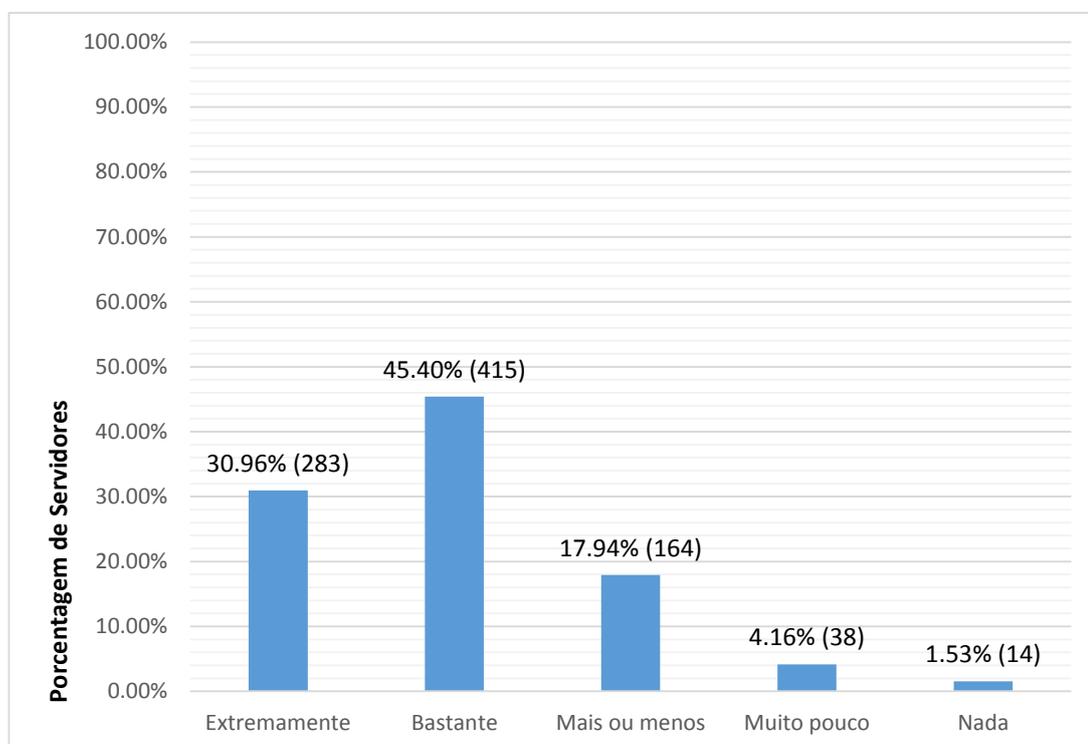


Gráfico 21 – Questão nº 61

- Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

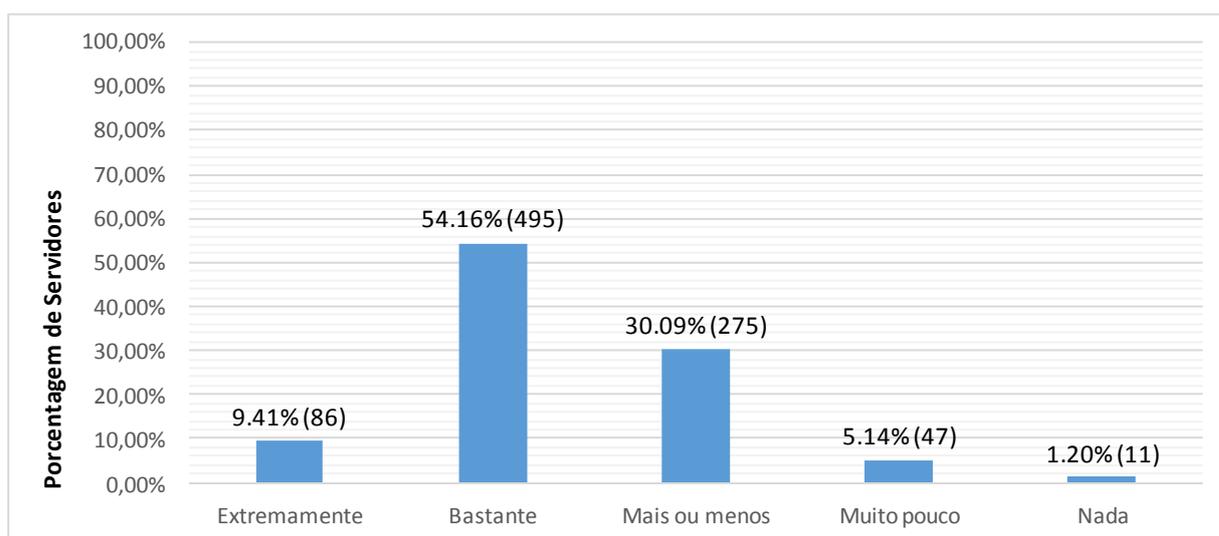


Importante na avaliação da percepção da qualidade de vida há de se considerar a avaliação do sentido da vida para o indivíduo, aspectos inseridos nas perguntas das questões nº 57, 60 e 61.

No que se refere aos estudos de sentido de vida com professores, Damasio, Melo e Silva (2013), avaliaram os índices de sentido da vida (SV), de bem-estar psicológico e de qualidade de vida em docentes de escolas públicas e privadas, com vistas a compreender se o SV modera a relação entre os outros dois construtos. Os resultados revelaram que o SV é variável preditora de bem-estar psicológico e de qualidade de vida.

Gráfico 22 – Questão 63

- Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?



67,72% dos pesquisados responderam que aceitam completamente ou muito sua aparência física. A grande maioria (82,06%) dos indivíduos respondeu de forma positiva que possuem oportunidade de atividade de lazer.

Gráfico 23 – Questão nº 66

- Você é capaz de aceitar sua aparência física?

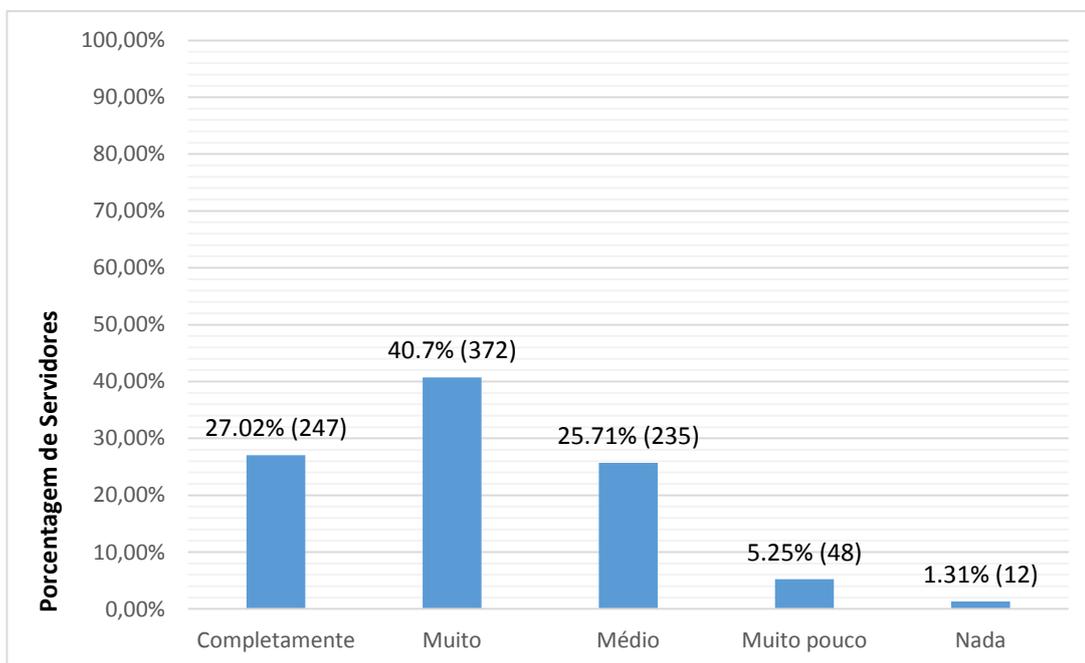
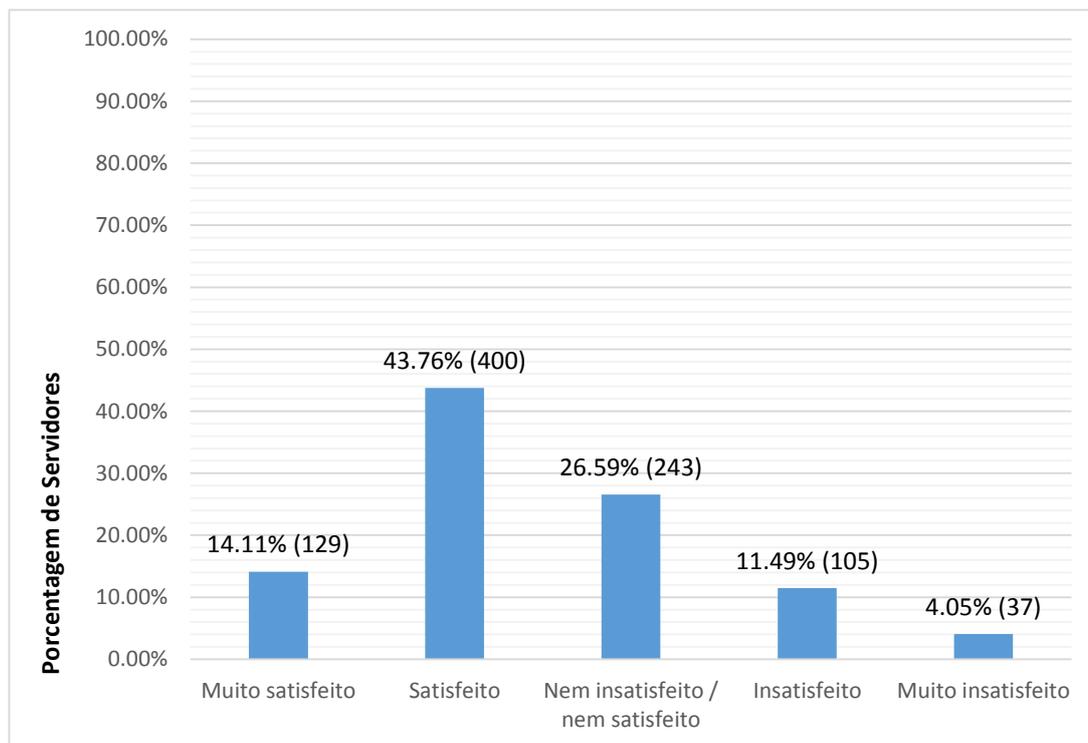


Gráfico 24 – Questão nº 75

- Você está com sua vida sexual?



Segundo Moreira *et al.* (2017), a beleza do corpo representa um padrão social.

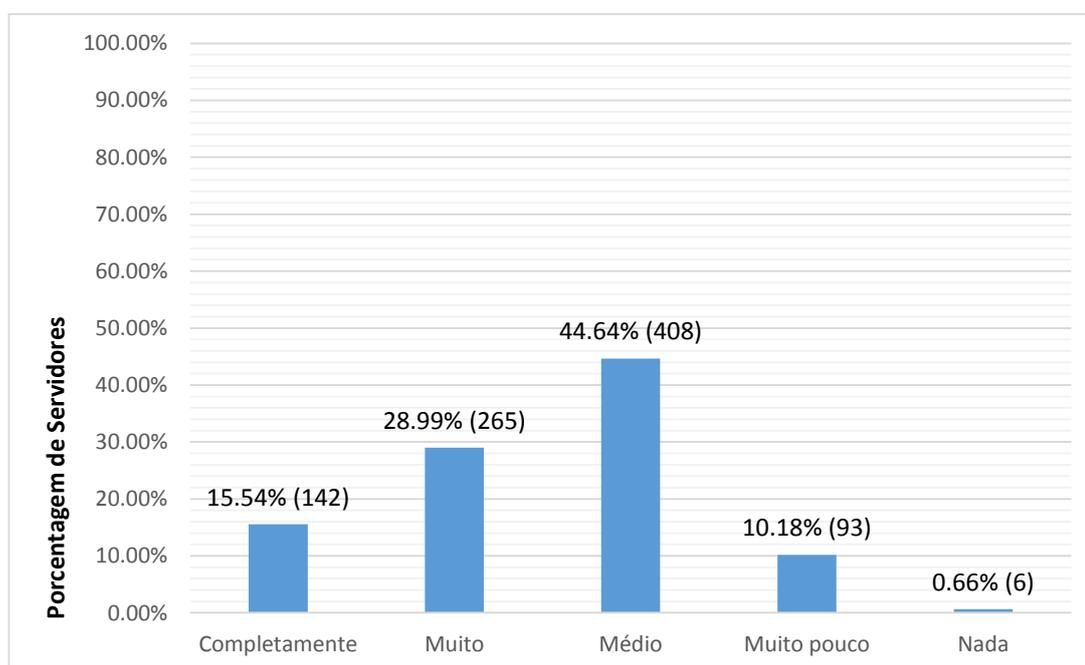
Dessa forma, muitos indivíduos se sentem desconfortáveis com determinadas características físicas, que podem estar relacionadas aos padrões de beleza impostos pela sociedade. A aceitação da aparência física pode refletir a autoestima e a autoconfiança, importantes para a saúde mental e qualidade de vida.

A questão nº 75 investigou a satisfação sexual, uma vez que a vida sexual das pessoas tem importantes consequências nas suas vidas em geral e a satisfação sexual está diretamente ligada à qualidade de vida.

Os resultados dessa questão apontam que mais da metade dos indivíduos pesquisados (57,87%) afirmou estar muito satisfeito ou satisfeito com sua vida sexual, em contrapartida, 15,54% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Para 26,59% é indiferente.

Gráfico 25 – Questão nº 67

- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?



Em relação à renda, a pesquisa mostrou que a renda familiar informada por 740 respondentes (80,96%) se encontra acima de R\$ 4.648,00, sendo que o gráfico nº 24 mostra que 44,53% dos indivíduos pesquisados estão completamente ou muito satisfeitos com a quantidade de dinheiro que possuem para satisfazer suas necessidades. Já 44,64% estão satisfeitos de forma mediana, portanto, um pequeno

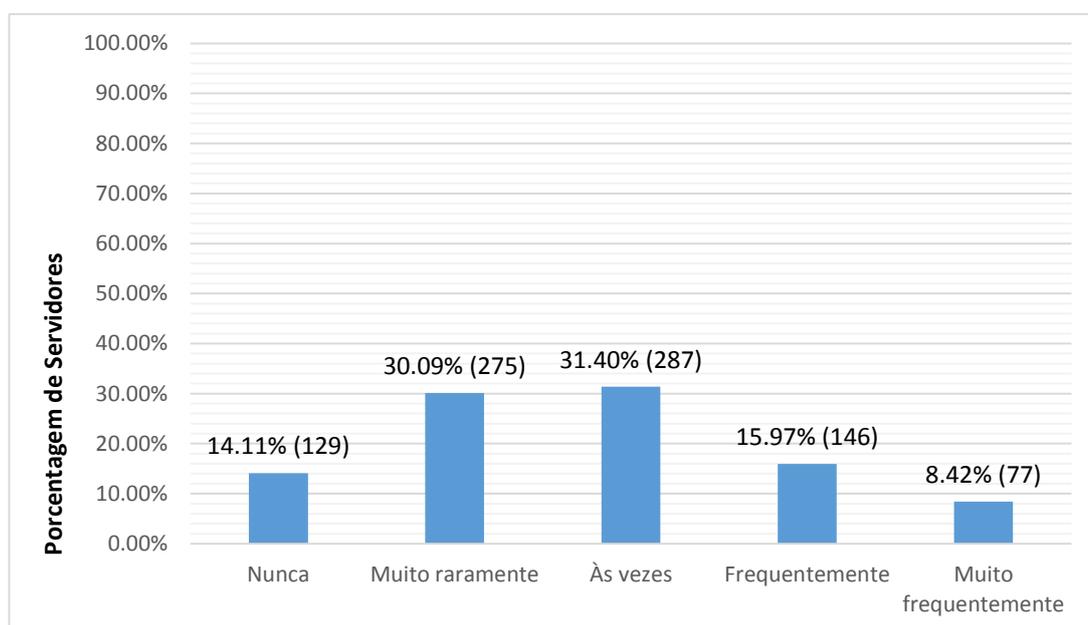
número de servidores (10,83%) poderia apresentar uma pior qualidade de vida por questões financeiras.

De grande importância na investigação da saúde mental dos indivíduos e, conseqüentemente na qualidade de vida, é a investigação dos sentimentos negativos apresentados pelos indivíduos.

Em relação a sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão sentidos nas duas últimas semanas que antecederam a participação na pesquisa, 287 participantes (31,40%) afirmaram ter sentido às vezes, 146 (15,97%) afirmaram tê-los sentido frequentemente e 77 (8,42%) afirmaram sentir muito frequentemente. 275 (30,09%) relataram tê-los sentido muito raramente e apenas 129 (14,11%) nunca sentiram, considerando as 02 últimas semanas da data da participação na pesquisa.

Gráfico 26 – Questão nº 80

- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão nas 2 ÚLTIMAS SEMANAS?



Essa última questão do questionário é de suma importância, uma vez que ela investiga sintomas que não apenas podem prejudicar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, mas também permite alertar quanto à presença de sintomas que podem cursar com transtornos ansiosos e depressivos. Reforçam as suspeitas

dessas doenças psiquiátricas, as respostas obtidas da pergunta nº 14, 15, 16, 25, 60 e principalmente a de nº 61 (Em que medida você acha que sua vida tem sentido?).

Da conceituação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), que nos traz a afirmação de que saúde não é simplesmente “ausência de doença”, mas “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, entendemos que saúde mental é parte integrante da saúde e nenhuma delas pode existir sem a outra.

Os transtornos ansiosos e em especial a depressão, são condições patológicas de grande importância, não apenas por sua prevalência, mas principalmente pela gravidade da depressão, que em alguns casos pode culminar com o suicídio.

Segundo Osvaldo Lopes do Amaral (2007), “os transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral”.

Dejours (1987) descreve o papel da organização do trabalho em relação aos efeitos positivos e negativos que este pode exercer sobre o funcionamento psíquico de uma pessoa. Os transtornos mentais geram quadros frequentes e comumente incapacitantes, evoluindo ao absenteísmo pela doença e ao presenteísmo, com redução de produtividade. Os diagnósticos depressivos, ansiosos e relacionados ao estresse representam a grande maioria dos transtornos mentais associados ao absenteísmo-doença ao redor do mundo. No Brasil, segundo dados da Previdência Social do ano de 2017, houve 43,3 mil auxílios-doença devidos a episódios depressivos (10ª doença com mais afastamentos). Outros transtornos ansiosos também apareceram entre os que mais afastaram em 2017, ficando com a 15ª posição (BRASIL, 2018).

Assim, causa-nos preocupação os dados obtidos da análise das respostas relacionadas ao estado do humor dos indivíduos pesquisados, nos chamando a atenção para a necessidade de intervenções urgentes, uma vez que os resultados das questões 60, 61 e especialmente a questão 80 do QVS-80 (ANEXO D) nos alertam para a possibilidade de sofrimento psíquico, depressão e risco de suicídio, como nos demonstra a literatura pesquisada.

O termo “depressão” tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s).

a tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo..(...) Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. (PORTO, 1999, p. 1).

A depressão pode se manifestar de várias formas, sendo que os episódios depressivos são classificados pelo CID 10 (OMS, 2009, p. 327) de acordo com a gravidade do quadro clínico apresentado:

F32 - Episódios Depressivos: Nos episódios depressivos típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar. Agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

No episódio depressivo grave existe o risco de suicídio, podendo o quadro não apresentar, ou apresentar, sintomas psicóticos (F32.2 p. 328 e F32.3 p. 328).

F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos: Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

F32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos: Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

A depressão e o suicídio são fenômenos complexos que trazem intenso sofrimento na vida das pessoas acometidas, de seus familiares, amigos e comunidades. Estes dois fenômenos coexistem e se influenciam mutuamente (BARBOSA *et al.*, 2012 *apud* SILVA *et al.*, 2015), e ambos são considerados significativos problemas de saúde pública (WHO, 2014 *apud* SILVA *et al.*, 2015).

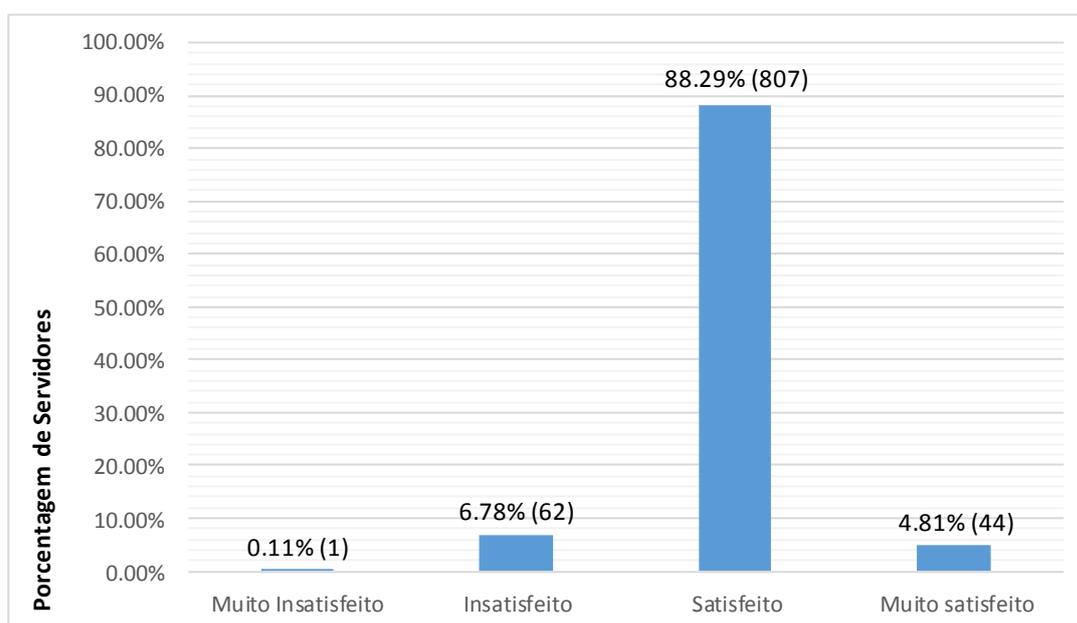
O quadro emocional que pode culminar com o suicídio é bem apresentado por Porto (1999, p. 2), que afirma

São frequentes e temíveis as ideias de suicídio. As motivações para o suicídio incluem distorções cognitivas (perceber quaisquer dificuldades como obstáculos definitivos e intransponíveis, tendência a superestimar as perdas sofridas) e ainda o intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável. Outros ainda buscam a morte como forma de expiar suas supostas culpas. (...) Os pensamentos relativos à morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas, dando ensejo ao doente de se expressar a respeito.

Na avaliação global do questionário QVS-80 aplicado, em sua totalidade, ou seja, considerando os quatro domínios – Saúde, Atividade Física, Ambiente Ocupacional e Percepção da Qualidade de Vida – o resultado apurado foi de 88,29%, portanto, a percepção de Saúde de Qualidade de Vida dos servidores efetivos do Instituto Federal de São Paulo, para a amostra avaliada, é considerada *satisfatória*.

Score do QVS-80: satisfatório (88,29%).

Gráfico 27 – Porcentagem dos níveis de satisfação do QVS-80



6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados apurados, da análise realizada e de acordo com a metodologia utilizada, na avaliação global, ou seja, na totalidade do questionário QVS-80 com seus quatro domínios, o resultado encontrado foi de 88,29% de satisfação, portanto, com esse escore concluímos que a amostra avaliada de servidores públicos efetivos do Instituto Federal de São Paulo – IFSP apresenta uma satisfatória qualidade de vida. No Domínio da Saúde (62,14%), a avaliação é muito satisfatória; no Domínio da Atividade Física (58,64%), é insatisfatória; no Domínio do Ambiente Ocupacional (70,90%), é satisfatória; e no Domínio da Percepção da Qualidade de vida (63,79%), é satisfatória.

O objetivo geral da pesquisa foi alcançado, pois pudemos conhecer e analisar o perfil de saúde e qualidade de vida de uma amostra dessa população, assim como foram atingidos os objetivos específicos, ao conhecermos a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco dessa população. As análises dos resultados identificaram que a amostra é composta, em sua maioria, por adultos jovens (média de idade 39,55 anos), bastante qualificados (22,98% com doutorado; 33,15% com mestrado e 33,15% somente com especialização) e com renda familiar acima de R\$ 4.648,00 (80,96% da amostra), portanto, trata-se de população com bom nível socioeconômico.

Não obstante 138 dos respondentes (15,10% da amostra) terem avaliado sua saúde atual como excelente; 543 (59,41%), como boa; e 207 (22,65%), como regular, a pesquisa revelou alguns dados que afetam a qualidade de vida do indivíduo. O sobrepeso e a obesidade estão presentes em 47,67% dos indivíduos da amostra, contra 49,56% que se consideram dentro do peso (Gráfico 4). Associadas ao sobrepeso, encontramos também a presença de dislipidemia em 22,75% dos sujeitos, diabetes em 4,05%, hipertensão arterial em 11,71%, doenças cardiocirculatórias em 3,06%, asma/bronquite em 5,58% e câncer em 0,98%. Esses dados nos trazem preocupação, principalmente, ao associarmos com os antecedentes familiares (pai, mãe, irmãos e avós). Apresentam ou faleceram em virtude de pressão alta 46,61% dos familiares; doenças cardíacas e circulatórias, 41,79%; diabetes, 34,03%; dislipidemia, 32,71%; asma/bronquite, 6,02%; e câncer, 38,29%, conforme gráfico da questão 11 e 12 (ANEXO D).

Dado positivo apontado pela pesquisa foi que 90,9% da amostra estudada não são tabagistas. Entretanto, apesar de toda informação que é propagada pelos meios de comunicação e pelos profissionais da área da saúde, 5,92% da amostra afirmaram ser fumantes (2,41% consomem menos de 5 cigarros/dia; 2,19%, de 5 a 14 cigarros/dia; e 0,44%, mais de 20 cigarros/dia - Questão 29 do QVS-80), dados que podem repercutir futuramente na saúde e na qualidade de vida desses indivíduos, podendo desencadear algumas das principais doenças crônicas não transmissíveis: doenças pulmonares crônicas, principalmente bronquite crônica e enfisema pulmonar, doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral) e câncer (orofaringe, pulmão, bexiga, etc.).

Em relação ao consumo de álcool, os resultados demonstram índices preocupantes. Apesar de 47,92% dos indivíduos da amostra afirmarem que não consomem bebidas alcoólicas, 52,08% (476 indivíduos) afirmaram que a consomem, mas até 9 doses/semana, e 3,72% dos indivíduos, que a consomem acima de 10 doses/semana, quantidade considerada abusiva, com risco de desenvolvimento da Síndrome da Dependência do Álcool.

A análise das questões 31 a 45 do QVS-80 justificam o resultado insatisfatório apresentado pelo Domínio da Atividade Física, uma vez que 47,04% dos indivíduos estão com excesso de peso/obesidade, que pode ser reflexo da inatividade física (pelo menos 35,56% da amostra não praticam ou praticam muito raramente atividade física). Contribui para a composição do peso e para as queixas de dores osteomusculares (dor na coluna, 45,73%; dor nos olhos/cabeça, 33,81%; dor nos braços e ombros, 25,05%; dor nas pernas e pés, 24,07%; e dor nas mãos e punhos, 13,68%) e, conseqüentemente, para o aumento do risco de DCNT, o trabalho sedentário realizado por esses servidores, uma vez que as respostas à questão 44 do QVS-80 apontou que 98,25% dessa população permanecem boa parte do dia sentados (caso dos TAE) ou em pé (caso dos docentes). Afirmaram permanecer mais de 7h sentados 12,04% dos respondentes; entre 4 e 7 h, 69%; e entre 2 e 4h, 25,27%. O local de trabalho foi avaliado positivamente pelos respondentes (70% estão satisfeitos com seu local de trabalho, com o clima organizacional e com seu posto de trabalho), entretanto, pesou negativamente o fato de inexistir a oferta de ginástica laboral na instituição. A prática de ginástica laboral pode contribuir significativamente para a redução de sintomas osteomusculares, principalmente os relacionados com a postura, repetitividade de movimentos e estresse, contribuindo,

assim, para a melhoria da qualidade de vida e trazendo benefícios para a instituição através da melhora da produtividade e da redução do absenteísmo. A esse respeito, 80% dos servidores da amostra pesquisada, se posicionaram a favor dessa atividade, conforme comprovam os resultados através das questões 47 e 48 (ANEXO D).

O QVS-80 possui muitas perguntas relacionadas com o sono, isso porque uma quantidade insuficiente de sono ou sono com baixa qualidade pode acarretar queda na qualidade de vida do indivíduo, com redução da atenção e concentração, queda de energia e alterações do humor. Para 12,25% dos indivíduos da amostra, a qualidade de seu sono é excelente; para 44,09% seu sono é de boa qualidade; para 30,42%, é regular; e para 13,24%, é ruim/muito ruim.

Causam preocupação os dados obtidos da análise das respostas relacionadas ao estado do humor dos indivíduos pesquisados, nos chamando a atenção para a necessidade de intervenções urgentes, uma vez que os resultados das questões 60, 61 e especialmente a questão 80 do QVS-80 (ANEXO D) nos alertam para a possibilidade de sofrimento psíquico, depressão e risco de suicídio, como nos demonstra a literatura pesquisada. As respostas à questão 60 apontou que 344 respondentes (37,64%) afirmaram que aproveitam mais ou menos a vida; 71 (7,77%), muito pouco; e 8 sujeitos que não aproveitam nada da vida. Questionados quanto ao sentido da vida, não obstante 30,96% terem respondido que a vida tem extremamente sentido e 45,40% respondido que a vida tem bastante sentido, para 164 sujeitos (17,94%) a vida tem mais ou menos sentido, e para 52 servidores (5,69%) a resposta foi que a vida tem muito pouco sentido/nenhum sentido. A questão 80 do QVS-80 é crucial ao constatar que 287 respondentes (31,40% da amostra) assinalaram terem sentido sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão nas 2 últimas semanas, 146 (15,97%) afirmaram sentirem tais sintomas frequentemente e 77 respondentes (8,42%) assinalaram terem esses sentimentos negativos muito frequentemente.

Baixa qualidade do sono, redução da atenção e concentração, queda de energia e alterações do humor exigem atenção para avaliação de sintomas que podem ser compatíveis com a Síndrome de burnout, também conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional, que pode acometer qualquer profissão, em especial os professores.

Apesar da representatividade da amostra estudada ser menos do que o esperado, diante do número total de servidores do Instituto Federal de São Paulo, uma maior participação, certamente, traria resultados mais expressivos, permitindo uma melhor avaliação da saúde e qualidade de vida dessa população. No entanto, a pesquisa é compatível com a hipótese levantada no projeto para o estudo.

O resultado satisfatório na avaliação global do instrumento QVS-80 nos proporciona um diagnóstico do perfil desses servidores, que pode representar a população em estudo. A aplicação deste instrumento em outras oportunidades e a comparação com os resultados desta pesquisa podem indicar, não apenas como se encontra a percepção de saúde e qualidade de vida dos servidores, mas também a efetividade e o impacto de programas de prevenção e promoção da saúde nessa população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise das respostas obtidas através deste estudo, pudemos conhecer a amostra e obter dados sociodemográficos, fatores de risco (sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia, diabetes, hipertensão arterial, consumo de tabaco e álcool) e prevalência das principais doenças crônicas não transmissíveis, além de indicadores de qualidade de vida como sono, estilo de vida, estado de humor, depressão, satisfação no trabalho, etc.

Sabemos que as doenças crônicas não transmissíveis têm origem multifatorial, entretanto, o estilo de vida e os antecedentes genéticos dos indivíduos seguramente podem determinar o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças respiratórias crônicas, as doenças cardiovasculares, o diabetes e o câncer.

A prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis e dos diversos fatores de riscos para o seu desenvolvimento dependem, na sua maioria, da mudança de hábitos e estilo de vida saudável. Praticar atividade física regularmente, não fumar, ter moderação no consumo de bebidas alcólicas e adotar uma alimentação saudável evitando alimentos gordurosos, excesso de sal e açúcar, aumentando o consumo de frutas, verduras e legumes são medidas de grande impacto para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis.

O QVS-80 é um instrumento de fácil assimilação e aplicação e nos permitiu conhecer a saúde e a qualidade de vida dos servidores públicos do Instituto Federal de São Paulo, através dos resultados dos domínios da Saúde, Atividade Física, Ambiente Ocupacional e Percepção da Qualidade de Vida, bem como obter uma avaliação global da amostra, traçando assim o Perfil de Saúde e Qualidade de Vida dessa população.

A pesquisa realizada e os resultados obtidos devem ser utilizados para direcionar esforços no sentido de conscientizar os servidores e a instituição, não apenas como estratégia de redução de doenças crônicas não transmissíveis, mas também como meio para melhoria de sua qualidade de vida.

No âmbito da administração pública federal, as dificuldades para a elaboração, implantação e implementação de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, nos moldes da Norma Regulamentadora nº 7 - NR 7

(MORAES, 2011), do Ministério do Trabalho e Emprego, tornam ainda mais premente a utilização dos resultados obtidos através desta pesquisa para embasar a elaboração de um Programa de Prevenção e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida para os servidores do Instituto Federal de São Paulo, sendo um caminho a ser seguido para promover ações em busca da preservação e melhoria da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores da instituição. A formação de uma equipe multidisciplinar envolvendo médico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico e, também, pessoal da área de gestão em recursos humanos, pode contribuir para melhores intervenções específicas. Deve ser incentivada a participação dos servidores na realização dos exames médicos periódicos, disponibilizados anualmente para os servidores públicos federais pela União e, os seus resultados, devem ser somados a dados objetivos de aferição de peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial, uma vez que poderão gerar dados estatísticos mais confiáveis do que os obtidos apenas por respostas subjetivas de questionário.

REFERÊNCIAS

ABESO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Disponível em:

<<http://www.abeso.org.br/revista/revista13/index.htm>>. Acesso em: 13 ago 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANSS, 2011.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ALVES, M. T. G.; SOARES, J. F.; XAVIER, F. P. Índice Socioeconômico das Escolas de Educação Básica Brasileiras. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 84, p. 671-704, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v22n84/a05v22n84.pdf>>. Acesso em: 14 jul 2017.

AMARAL, O. L. Transtornos Mentais. Instituto de estudos e orientação da família do portador de transtorno mental. **Revista Nacional de Reabilitação**, São Paulo. [S.l.] n. 40, mar. 2003.

BAUMAN, A.; FINEGOOD, D. T.; MATSUDO, V. International perspectives on the physical inactivity crisis: structural solutions over evidence generation?. **Preventive Medicine Journal**, Amsterdã, Países Baixos, v. 49, n. 4, p. 309-312, 30 jul 2009.

BONOW, R. O. et al. **Braunwald**: Tratado de Doenças Cardiovasculares. 10. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 2200 p.

BOURDON, R. **Os métodos em sociologia**. São Paulo: Ática, 1989.

BRASIL. Cidadania e Justiça. Expectativa de vida no Brasil sobe para 75,5 anos em 2015. **Portal Oficial do Governo do Brasil**. Brasília, dez. 2016a. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015>>. Acesso em: 04 jul 2017.

_____. Constituição (1988). Título VIII, Capítulo II, Seção II. In: **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. Ed. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Decreto nº 7.602**, de 7 de novembro de 2011. Estabelece a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Brasília, 2011a.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 22 jul 2017.

_____. Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm>. Acesso em: 06 abr 2017.

_____. Ministério da Educação. Expansão da Rede Federal. **Portal da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica**. Brasília, mar. 2016. Disponível em: <<http://redefederal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal>>. Acesso em: 09 jun 2017.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10 - Janeiro a Dezembro de 2017**. Brasília: Coordenação-Geral de Monitoramento dos Benefícios por Incapacidade, mar 2018. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/03/Auxilio-Doen%C3%A7a-Previdenciario_2017_completo_CID.pdf>. Acesso em: 16 mai 2018.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor. Portaria Normativa n. 3, de 25 de março de 2013: Regulamenta a implementação das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 mar 2013. Seção 1, p. 77. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/progep/files/2013/03/Portaria-Normativa-SEGEP-MPOG-No-3-2013.pdf>>. Acesso em: 04 jul 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. 1. Ed. Brasília: MS/OPAS, 2004. 64 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>>. Acesso em: 07 jul 2017.

_____. Ministério da Saúde. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. In: **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. 2. ed. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-pulmonar-obs-cronica-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 23 nov 2018.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: INCA/MS, 2015. [S.l.]. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 06 mai 2018.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: INCA/MS, 2017a. 128 p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de**

Saúde brasileiro. 1. Ed. Brasília: MS/OPAS/OMS, 2005. 80 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 04 jul 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. **SIM 2013**. Brasília: MS, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. **SIM 2016**. Brasília: MS, 2017c.

BUM, P. C. Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 18 [S.l.], p. 21-31, 2004.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, CM. (Org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

CARDOSO, C. B. M. A. et al. Obesidade na adolescência: reflexões e abordagem. **Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde Adolescentes**, v. 7, n. 1, p. 12-18, 2010.

CARNEIRO, J. R. I. et al. Obesidade na Adolescência: fator de risco e complicações clínico-metabólicas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 390-396, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 05 jan 2014.

CARTA DE OTTAWA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 24 ago 2017.

CASADO et al. Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55 n. 4, p. 379-388, 2009.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**: Edição Compacta. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 632 p.

COUTO, H. A. **Ergonomia Aplicada ao Trabalho**: o manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte, M.G. Ergo Editora, 1995. Volume 1.

CUNNINGHAM, S. The epidemiologic basis of coronary disease prevention, [S.I.], v. 27, n. 1, p. 153-165, 1992.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

DAMASIO, B. F.; MELO, R. L. P.; SILVA, J. P. Sentido de Vida, Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida em Professores Escolares. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 54, p. 73-82, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v23n54/0103-863X-paideia-23-54-00073.pdf>>. Acesso em: 14 nov 2018.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. [S.I.] São Paulo: Cortez, 1987.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa**. Campinas: Papyrus, 2001.

DUNCAN, B.B. *et al.* Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, v. 46 [S.I.], p. 126-134, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017>. Acesso em: 14 jul 2018.

FERNANDES, C. A; CORONADO, A. B. **Qualidade de vida no trabalho**: fator decisivo no desempenho organizacional. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/qualidade-de-vida-no-trabalho-fator-decisivo-no-desempenho-organizacional/26723/>>. Acesso em: 04 set 2017.

FERNANDES, E. C.; GUTIERREZ, L. H. Qualidade de vida no trabalho (QVT) uma experiência brasileira. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 29-37, 1988.

FERREIRA FILHO, C. et al. Benefícios do exercício físico na hipertensão arterial sistêmica. **Arquivos Médicos do ABC**. [S.l.], n. 32, p. 82-87, 2007.

FERREIRA, M. E. Síndrome Metabólica e Doenças Cardiovasculares: Do Conceito ao Tratamento, **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 45, n. 4, p. 95-109, 2016. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/142/119>>. Acesso em: 25 out 2018.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL 100): Características e perspectivas. **Ciência Coletiva**, v.5, n. 1, Rio de Janeiro, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOOGLE APPS SCRIPT. **Overview of Google Apps Script**. 2017. Disponível em: <<https://developers.google.com/apps-script/overview>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS, 2011.

INFORMES Técnicos Institucionais. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

KATZMARZYK, P.T.; JANSSEN, I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. **Canadian Journal of Applied Physiology**, Champaign, Canada, v. 29, n. 1, p. 90-115, 2004.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa, Canada: Minister of Supply and Services, 1974.

LANAS, F. et al. Risk factors for Acute Myocardial Infarction in Latin America. **The INTERHEART Latin American Study**, v. 115, n. 9, p. 1067–1074, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. Organização de serviço para alcoolismo: uma proposta ambulatorial. **J. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, 2001; 50 (5-6): 169-179.

LEITE, N. et al. Questionário de Avaliação da qualidade de vida e da saúde – QVS-80. In: MENDES, R. A.; LEITE, N. (Ed.). **Ginástica laboral: Princípios e Aplicações Práticas**. Barueri: Manole, 2012.

LOTUFO, P. A. et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 129-141, mai 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00129.pdf>>. Acesso em: 23 ago 2018.

LUCIANO, V. M. **Estudo sobre a prevalência da síndrome de Burnout: geradora de incapacidade para o trabalho e suas consequências**. 1. Ed. São Paulo: Baraúna, 2013. 167 p.

MAFFETONE, P. B.; RIVERA-DOMINGUEZ, I.; LAURSEN, P. B. Overfat Adults and children in Developed Countries: The Public Health Importance of Identifying Excess Body Fat. **Frontiers in Public Health**, [S.l.], v. 5, Jul. 2017. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00190/full>>. Acesso em: 14 out 2018>.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração**: da escola científica à competitividade em economia globalizada. 1. Ed. São Paulo: Atlas, 1997.

_____. **Teoria Geral da Administração**: da revolução urbana à revolução digital. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MENDES, A. M.; GHIZONI, L. D.; ARAÚJO, L. K. R. **Transtornos Psicossociais no Trabalho**: A situação das indústrias brasileiras. Brasília: SESI, 2011.

MENDES, R. A.; LEITE, N. **Ginástica Laboral**: Princípios e Aplicações Práticas. 3. Ed. Barueri: Manole, 2012.

METER, G. **Qualidade de vida no trabalho e gestão estratégica de pessoas**. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/carreira/qualidade-de-vida-no-trabalho-e-gestao-estrategica-de-pessoas/75626/>>. Acesso em: 04 set 2017.

MITCHELL, J. C. A questão da quantificação na antropologia social. In: FELDMAMBIANCO, B. (Org.). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, p. 77-126, 1987.

MONTE, O.; LERVOLINO, L.; ABRAHÃO, G. C. P. Fatores de risco, aspectos práticos: Síndrome Metabólica e Diabetes. P. 129-136 In: TIMMERMAN, A.; BERTOLAMI, M.; FERREIRA, J. F. M. **Manual de Cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2012.

MORAES, G.A. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. In: **Legislação de Segurança e Saúde Ocupacional**. 2.ed. Rio de Janeiro: Gerenciamento Verde Editora e Livraria Virtual, p. 253, 2011.

MOREIRA, G. S. X. et al. Alimentação e imagem corporal. In: Neufeld, C. B., **Terapia cognitivo comportamental para adolescentes: Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. [S.l.] Porto Alegre: Artmed, p. 150-187, 2017.

NASCIMENTO, L.S. *et al.*, Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis e variáveis sociodemográficas de servidores públicos. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 230-239, abr/jun., 2015.

ÖBERG, M. et al. **Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke**. 1. Ed. Genebra, Suíça: World Health Organization, 2010. 71 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44426/9789241564076_eng.pdf;jsessionid=C607B0C99598F7F624DEF8739AE57C26?sequence=1>. Acesso em: 03 out 2018.

OLIVEIRA, A. L.; RODRIGUES, M. C. **Manual para apresentação do trabalho científico**. Ribeirão Preto: UNAERP, 2014.

_____. **Manual de citação para trabalho científico**. Ribeirão Preto: UNAERP, 2008.

OLIVEIRA, C. S. **Metodologia científica, planejamento e técnicas de pesquisa: uma visão holística do conhecimento humano**. São Paulo: LTR, 2000.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. (Org.) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. 1. Ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes/AC Farmacêutica, 2016. 337 p. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 04 out 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos. **OPAS Brasil**, Genebra, Suíça, Jan. 2015. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839>. Acesso em: 06 nov 2017.

_____. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas:** considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória - Documento de Referência Técnica REGULA. 1. Ed. Washington, Estados Unidos: OPAS/OMS, 2016.

_____. Folha informativa: Câncer. **OPAS Brasil**, Genebra, Suíça, Set 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839>. Acesso em: 30 set 2018.

_____. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:** estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS/OMS, 2003. 60 p. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/d_cronic.pdf>. Acesso em: 09 mai 2017.

_____. Nove em cada dez pessoas em todo o mundo respiram ar poluído. **OPAS Brasil**, Genebra, Suíça, Mai 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5654:nao-ve-em-cada-dez-pessoas-em-todo-o-mundo-respiram-ar-poluido&Itemid=839>. Acesso em: 10 out 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ambientes de trabalho saudáveis:** um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: SESI/DN, 2010.

_____. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. Ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS->

Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso em: 12 mai 2017.

PEREIRA, A. N. T. B. **Burnout**: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4. Ed. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 2002. 282 p.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2000.

PITANGA, F.J.; LESSA, I. Prevalence and Variables Associated with Leisure-time Sedentary Lifestyle in Adults. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 870-877, 2005.

PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, São Paulo, mai 1999.

QUEIROZ, L. R. S. Pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa: perspectivas para o campo da etnomusicologia. **Claves**, João Pessoa, n. 2, p. 87-98, 2006.

RENNER, J.S. Prevenção de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 73-80, jan. 2005.

ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. (Ed). **Manual de prevenção cardiovascular**. 1. Ed. São Paulo: Planmark, 2017.

SAMPAIO, A. A.; OLIVEIRA, J. R.G. A Ginástica Laboral na Promoção da Saúde e Melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho. **Caderno de Educação Física Marechal Cândido Rondon**, Cascavel, Paraná, v. 7, n. 13, p. 71-79, 2008.

SANTOS FILHO, J. C. Pesquisa quantitativa *versus* pesquisa qualitativa: o desafio paradigmático. In: _____.; GAMBOA, S. S. **Pesquisa educacional**: quantidade-qualidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, p.13-59, 2001.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SENGER, J. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 600 2006.

SILVA, D. S. D. et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Cardiômetro da Sociedade Brasileira de Cardiologia já registra mais de 10 mil mortes por doenças cardíacas nos primeiros dias do ano. **Associados SBC**. Disponível em: <<http://socios.cardiol.br/2014/20160119-cardiometro.asp>>. Acesso em: 04 abr 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. O que é diabetes?. **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>>. Acesso em: 05 out 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Cap. I. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n.1, p. 7-10, 2010.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud**: una antología. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 37-44.

THEME FILHA, M. M.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 83-96, dez 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00083.pdf>>. Acesso em: 22 nov 2017.

THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization Quality of Life assessment** (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 1995.

VILELA JUNIOR, G. B.; LEITE, N. **Qualidade de Vida e Saúde: Avaliação pelo QVS-80**. Disponível em:
<http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/ambiente/ambiente_cap8.pdf>. Acesso em: 22 jun 2017.

WALTON, R. E. Quality of Work Life: What is it?. **MIT Sloan Management Review**, Cambridge, Estados Unidos, v. 15, p. 11-21, 1973.

WILKINSON, R; MARMOT, M (Ed.). **Determinantes sociais da saúde: os fatos sólidos**. 2. ed. Copenhague: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em:
<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf>. Acesso em: 13 mai 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. 1. Ed. Genebra, Suíça: 2013. 103 p. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=72604C964F3B967C628DCB0A0CC5ABAF?sequence=1>. Acesso em: 18 out 2017.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Genebra, Suíça: WHO, 2009. 62 p. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 ago 2017.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Genebra, Suíça: WHO, 2011. 176 p. Disponível em:
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 11 ago 2017.

_____. **Global Status Report on noncommunicable diseases 2014.** Genebra, Suíça: WHO, 2014. 298 p. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 set 2017.

_____. **Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025.** 2. Ed. Genebra, Suíça: 2018. 120 p. Disponível em:
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 08 set 2018.

_____. **History of WHO.** [S.I.] Disponível em:
<<http://www.who.int/about/history/en/index.html>>. Acesso em: 17 abr 2017.

_____. **Report on the global tobacco epidemic.** Genebra, Suíça: WHO, 2011. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44616/9789240687813_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 ago 2017.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa PERFIL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES PÚBLICOS DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO.

O objetivo deste estudo é procurar conhecer as condições de saúde e qualidade de vida dos pesquisados, determinando o percentual de servidores que apresentam obesidade, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, depressão, sedentarismo, consumo de tabaco e álcool, insatisfação no trabalho e outros indicadores determinantes da saúde e qualidade de vida, que servirá de base para a elaboração do Programa de Prevenção e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do Instituto Federal de São Paulo – IFSP.

Você foi escolhido de forma aleatória e sua participação não é obrigatória, nem remunerada, e totalmente sem ônus. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá unicamente no preenchimento do questionário QVS-80, por nós modificado, de forma a atender particularidades da instituição onde está sendo aplicado a pesquisa. Não há risco algum com sua participação. Os benefícios relacionados com a sua participação será propiciar subsídios para a elaboração do Programa de Prevenção e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do IFSP. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo e privacidade sobre sua participação. Ao concordar com sua participação, tendo entendido os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, assinalar ACEITO. Se não concorda em participar da pesquisa, assinalar NÃO ACEITO. Você poderá imprimir este termo clicando em IMPRIMIR TCLE. Dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação poderá ser tirada a qualquer momento, por email, telefone ou correspondência ou ainda junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão preto, através do telefone (16)36036915.

Ribeirão Preto, ____/____/____

PROFA. DRA. ELIZABETH REGINA NEGRI BARBOSA

Orientadora

RG. 5.698.962.3 CPF. 833.909.288-04

Email: ernegri53@gmail.com

Rua José Urbano, 415

Ribeirão Preto – SP

Tel. (16)3603-6774

MARCO ANTONIO POLIZIO

Pesquisador

RG. 15.987.436 CPF. 042.259.818-60

Email: dr.mpolizio@gmail.com

Rua João Artem, 32

São João da Boa Vista – SP

Tel. (19)3633-7466

Programa de Mestrado *Stricto sensu* Saúde e Educação

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Fone: (16) 3603-6774 e 36037010.

APÊNDICE 2

Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida e da Saúde (QVS-80) MODIFICADO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE (QVS-80) - M O D I F I C A D O -

Este é um questionário sobre sua QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE.
As suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo. Por favor, responda todas as questões.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

- Você se declara servidor efetivo do Instituto Federal de São Paulo?
 - sim (passe para questões seguintes)
 - não (não continue, esta pesquisa é exclusiva para servidores efetivos)
- Qual sua idade (anos): _____
- Você considera-se: abaixo do peso dentro do peso com sobrepeso obeso
- Qual sua renda **familiar** mensal: até R\$ 1.669,00
 - De R\$ 1.669,00 a R\$ 2.804,00
 - De R\$ 2.804,00 a R\$ 4.648,00
 - Acima de R\$ 4.648,00

1-Sexo: masculino feminino

2-Qual o seu estado civil: solteiro casado(a)/vivendo com parceiro(a) Divorciado(a)/Separado Viúvo(a)

3-Qual o seu grau de instrução? 1º Grau 2º Grau Superior Especialização Mestrado Doutorado

4-Há quanto tempo você trabalha no IFSP? 0 a 5 anos 5 a 10 anos 10 a 20 anos Mais de 20 anos

5-Qual o seu cargo no IFSP: Docente Técnico Administrativo

6-Como é o seu turno de trabalho? fixo rodízio/alternado

7-Há quanto tempo você trabalha neste horário?
 até 6 meses 6 a 11 meses 1 ano a 1 ano e 11 meses 2 anos a 2 anos e 11 meses 3 anos ou mais

8- Seu trabalho ocorre? durante o dia à noite parte durante o dia e parte à noite

9-Marque abaixo qual(is) a(s) doença(s) que você apresenta atualmente:
 Nenhuma doença Diabetes Colesterol Alto Asma/bronquite Pressão Alta

10-Além das doenças citadas acima, você apresenta alguma dessas outras doenças:

Nenhuma doença Triglicérides Altos Doenças da Tireóide Câncer Doenças cardíacas e circulatórias

11-Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma das doenças abaixo:

Nenhuma doença Diabetes Colesterol Alto Asma/Bronquite Pressão Alta

12-Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma dessas outras doenças abaixo:

Nenhuma doença Triglicérides Altos Doenças da Tireóide Câncer Doenças cardíacas e circulatórias

13-Marque abaixo qual(is) locais você apresenta frequentemente dor ou desconforto:

Nenhuma dor Cabeça/olhos Coluna Braços/Ombros Punhos/Mãos Pernas/Pés

ESTILO DE VIDA E SAÚDE

14-Como está sua saúde atualmente?

Excelente Boa Regular Ruim Muito ruim

15-Como você considera a qualidade do seu sono?

Excelente Boa Regular Ruim Muito ruim

16-Qual a duração média de seu sono?

Mais de 8 horas 7 a 8 horas 6 a 7 horas 5 a 6 horas Menos de 5 horas

17-Você dorme lendo sentado?

Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

18-Você dorme assistindo televisão?

Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

19-Você costuma dormir sentado em local público, por exemplo, na sala de espera de um consultório médico?

Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

20-Você dorme como passageiro de um automóvel, durante uma hora de viagem sem parada do carro:

Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

21-Você dorme quando está deitado descansando durante à tarde:

Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

22-Você dorme quando está sentado conversando com alguém:

Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

23-Você dorme quando está sentado tranquilamente após o almoço (sem ter consumido álcool):

Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

24-Você dorme ao volante se o seu carro ficar parado no trânsito por alguns minutos:

Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

25-Você considera sua vida em família:

- Excelente Boa Regular Ruim Muito ruim

26-Como você se sente quando está no trabalho?

- Excelente Bem Regular Ruim Muito ruim

27-Como você se sente em seu horário de lazer:

- Excelente Bem Regular Ruim Muito ruim

28-Em relação ao cigarro:

- Nunca fumei Parei há mais de 2 anos Parei de 1 a menos de 2 anos Parei há menos de 1 ano fumante

29-Se você é fumante, quantos cigarros você fuma por dia?

- Não sou fumante Menos de 5 cigarros 5 a 14 cigarros 15 a 20 cigarros Mais de 20 cigarros

30-Em uma semana normal, quantas “doses” de bebidas alcóolicas você bebe?

(1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque/conhaque/cachaça):

- Não bebo 1 a 4 doses 5 a 09 doses 10 a 13 doses 14 doses ou mais

31-Você pratica exercícios físicos regularmente?

- Muito frequentemente Frequentemente às vezes Muito raramente Nunca

32-Quantas horas por semana você pratica caminhada?

- Mais de 4 h entre 2 e 4 h entre 1 e 2 h entre meia e 1 hora Não pratico

33-Quantas horas por semana você pratica corrida?

- Mais de 4 h entre 2 e 4 h entre 1 e 2 h entre meia e 1 hora Não pratico

34-Quantas horas por semana você pratica musculação ou artes marciais?

- Mais de 4 h entre 2 e 4 h entre 1 e 2 h entre meia e 1 hora Não pratico

35-Quantas horas por semana você pratica atividades aquáticas (natação/hidroginástica)?

- Mais de 4 h entre 2 e 4 h entre 1 e 2 h entre meia e 1 hora Não pratico

36-Quantas horas por semana você pratica atividades esportivas (futebol, vôlei, basquete, futsal)?

- Mais de 4 h entre 2 e 4 h entre 1 e 2 h entre meia e 1 hora Não pratico

37- Quantas horas por semana você pratica dança ou ginástica?

- Mais de 4 h entre 2 e 4 h entre 1 e 2 h entre meia e 1 hora Não pratico

38-Há quanto tempo você pratica atividades físicas regulares?

- Mais de 2 anos de 1 a 2 anos de 3 a 12 meses Menos de 3 meses Não pratico

39-Quando você faz atividades físicas, em que medida você as realiza pelo prazer da atividade?

- Muito frequentemente Frequentemente às vezes Muito raramente Nunca

40-Em que medida você realiza as atividades físicas regulares pelas relações sociais que a atividade proporciona?

- Muito frequentemente Frequentemente às vezes Muito raramente Nunca

41-Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos médicos?

- Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

42-Em que medida você realiza as atividades físicas regulares para melhorar a condição física?

- Muito frequentemente Frequentemente às vezes Muito raramente Nunca

43-Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos estéticos?

- Nunca Muito raramente às vezes Frequentemente Muito frequentemente

44-Quanto tempo você fica sentado durante um dia de seu trabalho?

- Não fico sentado entre meia hora e 2 horas entre 2 e 4 h entre 4 e 7 h Mais de 7 horas

45-No trabalho você se desloca (caminha, sobe escadas):

- Muito frequentemente Frequentemente às vezes Muito raramente Nunca

ATIVIDADE FÍSICA NO INSTITUTO FEDERAL DE SÃO PAULO

46-O câmpus em que você trabalha oferece Ginástica Laboral?

- Sim, com instrutores próprios Sim, com instrutores terceirizados Não

47-Você participa ou gostaria de participar da Ginástica Laboral?

- Muito frequentemente Frequentemente às vezes Muito raramente Nunca

48-Em que medida a Ginástica Laboral trouxe ou você acredita que traria benefícios para você?

- Muito frequentemente Frequentemente às vezes Muito raramente Nunca

49-Em sua opinião você acredita que a Ginástica Laboral teria uma influência positiva em seu trabalho?

- Muito frequentemente Frequentemente às vezes Muito raramente Nunca

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE OCUPACIONAL

50-Como você se sente quanto à satisfação de realizar sua atividade no seu local de trabalho?

- Excelente Bom Regular Ruim Muito ruim

51-Como você considera o clima de trabalho no seu local de trabalho?

- Excelente Bom Regular Ruim Muito ruim

52-Como você avalia o seu volume de serviço?

- Excelente Bom Regular Ruim Muito ruim

53-Durante sua jornada de trabalho você classifica sua concentração como?

- Muito boa Boa Regular Ruim Muito ruim

54-Como você avalia o seu posto de trabalho?

- Excelente Bom Regular Ruim Muito ruim

55-Como você avalia seu conhecimento sobre as adaptações necessárias para uma pessoa com deficiência trabalhar no IFSP?

- Excelente Bom Regular Ruim Muito ruim

56-Como você avalia os acessos e as adaptações no ambiente do IFSP para as pessoas com deficiência?

- Excelente Bom Regular Ruim Muito ruim

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

57-Como você avalia a sua qualidade de vida?

- Muito boa Boa Regular Ruim Muito ruim

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nas últimas **2 semanas:**

58-Em que medida você acha que uma eventual ou persistente dor física impede você de fazer o que você precisa?

- Nada Muito pouco Mais ou menos Bastante Extremamente

59-O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- Nada Muito pouco Mais ou menos Bastante Extremamente

60-O quanto você aproveita a vida?

- Extremamente Bastante Mais ou menos Muito pouco Nada

61-Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

- Extremamente Bastante Mais ou menos Muito pouco Nada

62-O quanto você consegue se concentrar?

- Extremamente Bastante Mais ou menos Muito pouco Nada

63-Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- Extremamente Bastante Mais ou menos Muito pouco Nada

64-Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- Extremamente Bastante Mais ou menos Muito pouco Nada

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer coisas nestas últimas **2 semanas:**

65-Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

- Completamente Muito Médio Muito pouco Nada

66-Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- Completamente Muito Médio Muito pouco Nada

67-Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

- Completamente Muito Médio Muito pouco Nada

68-Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

- Completamente Muito Médio Muito pouco Nada

69-Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

- Completamente Muito Médio Muito pouco Nada

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas 2 semanas:

70-Você é capaz de se locomover?

- Muito bem Bem às vezes Nem mal/nem bem Mal Muito mal

71-Você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

72-Você está com sua capacidade para o trabalho?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

73-Você está consigo mesmo?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

74-Você está em suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

75-Você está com sua vida sexual?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

76-Você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

77-Você está com as condições do local onde mora?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

78-Você está com o acesso aos serviços de saúde?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

79-Você está com o seu meio de transporte?

- Muito satisfeito Satisfeito Nem insatisfeito/nem satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito

80-Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão **nas 2 últimas semanas**?

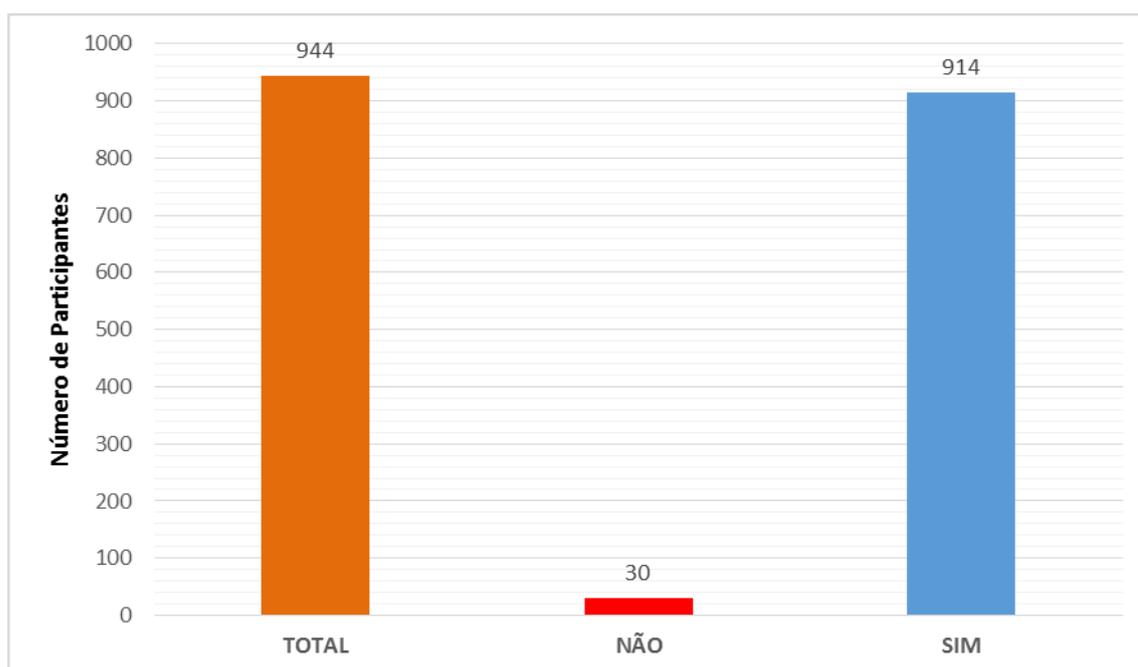
- Nunca Muito raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente

APÊNDICE 3

RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE (QVS-80)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

- Você se declara servidor efetivo do Instituto Federal de São Paulo?

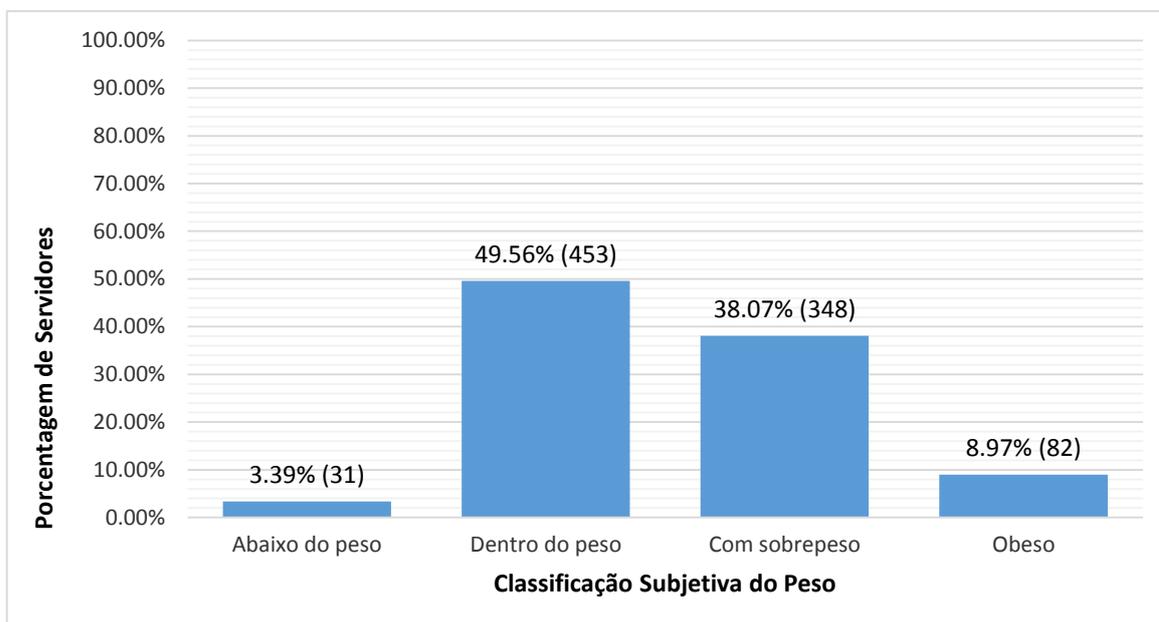


- Qual a sua idade (anos)?

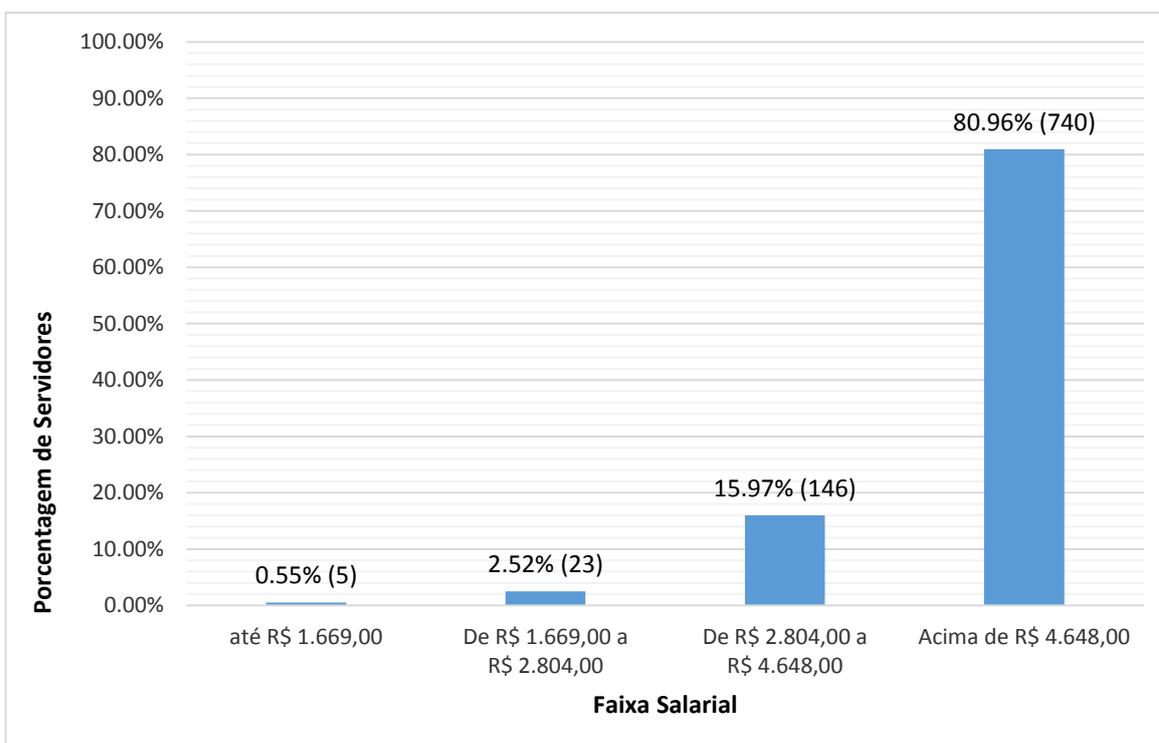
Idade	Quant.	Idade	Quant.								
19 anos	01	29 anos	33	38 anos	37	47 anos	21	56 anos	11	65 anos	02
20 anos	01	30 anos	37	39 anos	34	48 anos	08	57 anos	07	66 anos	02
22 anos	01	31 anos	38	40 anos	32	49 anos	13	58 anos	07	67 anos	03
23 anos	07	32 anos	55	41 anos	39	50 anos	15	59 anos	11	68 anos	02
24 anos	05	33 anos	48	42 anos	17	51 anos	11	60 anos	09	69 anos	01
25 anos	11	34 anos	49	43 anos	24	52 anos	15	61 anos	05	72 anos	03
26 anos	11	35 anos	46	44 anos	21	53 anos	11	62 anos	06	TOTAL = 914	
27 anos	20	36 anos	39	45 anos	18	54 anos	20	63 anos	05	Média: 39,55 anos	
28 anos	24	37 anos	41	46 anos	17	55 anos	17	64 anos	03	Desvio Padrão	
										9,92 anos	
										Mediana: 37 anos	

Fonte: Elaborado pelo autor, de acordo com respostas obtidas do QVS-80.

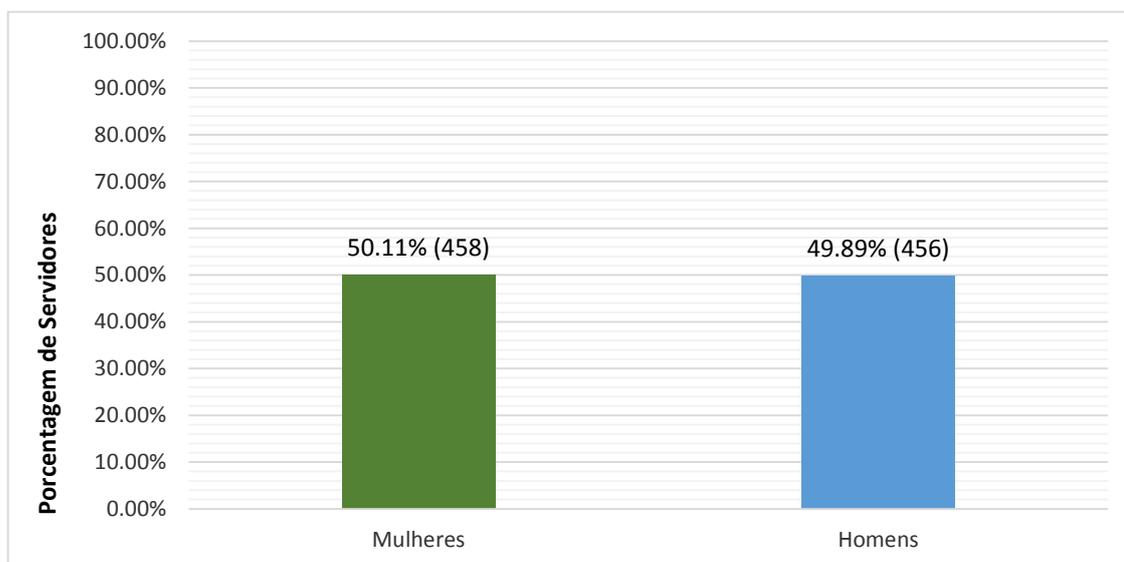
- Você considera-se: abaixo do peso, dentro do peso, com sobrepeso ou obeso?



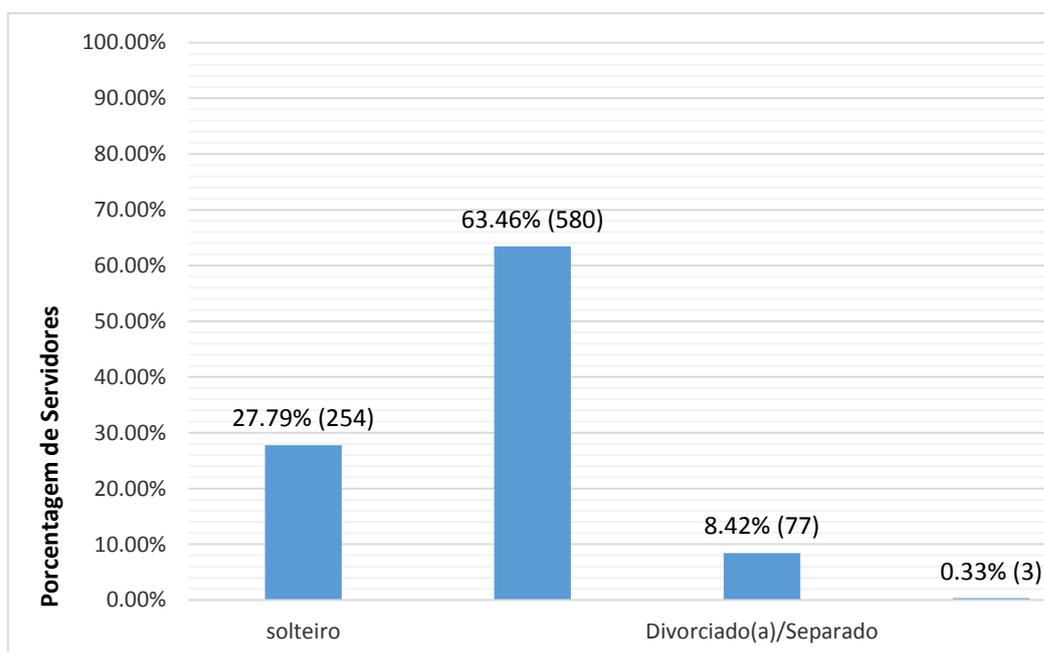
- Qual a sua renda familiar mensal?



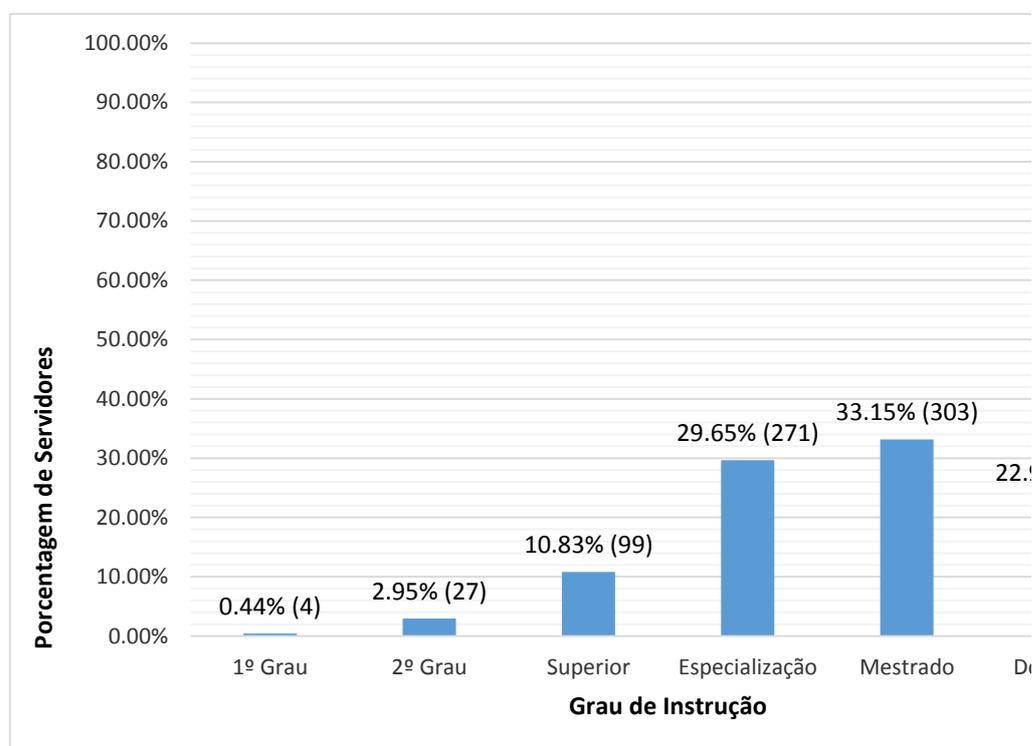
Questão 01-Sexo:



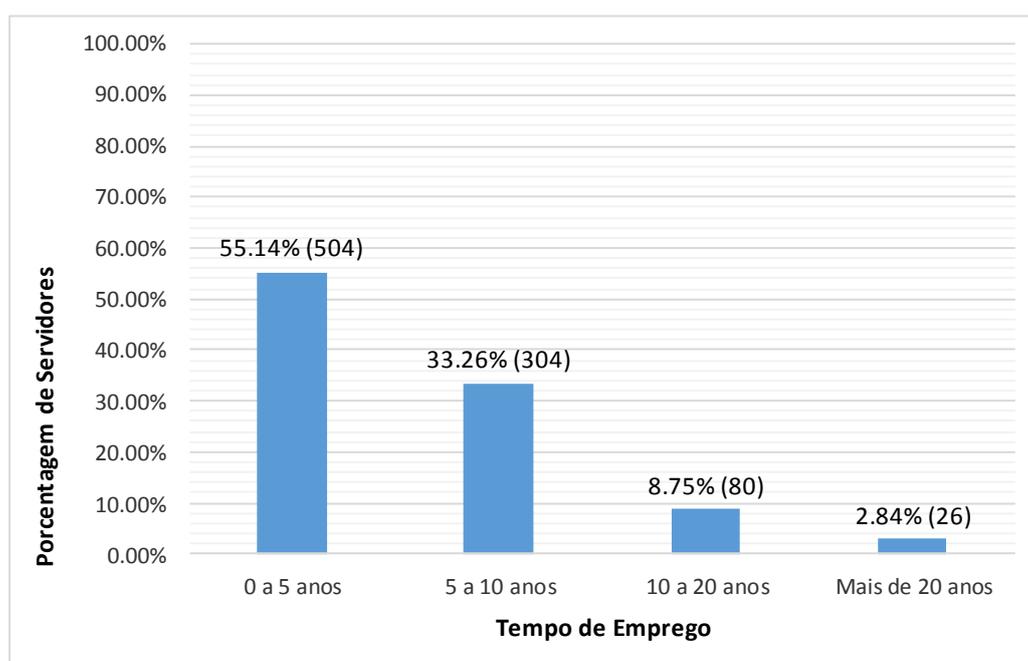
02-Qual o seu estado civil:



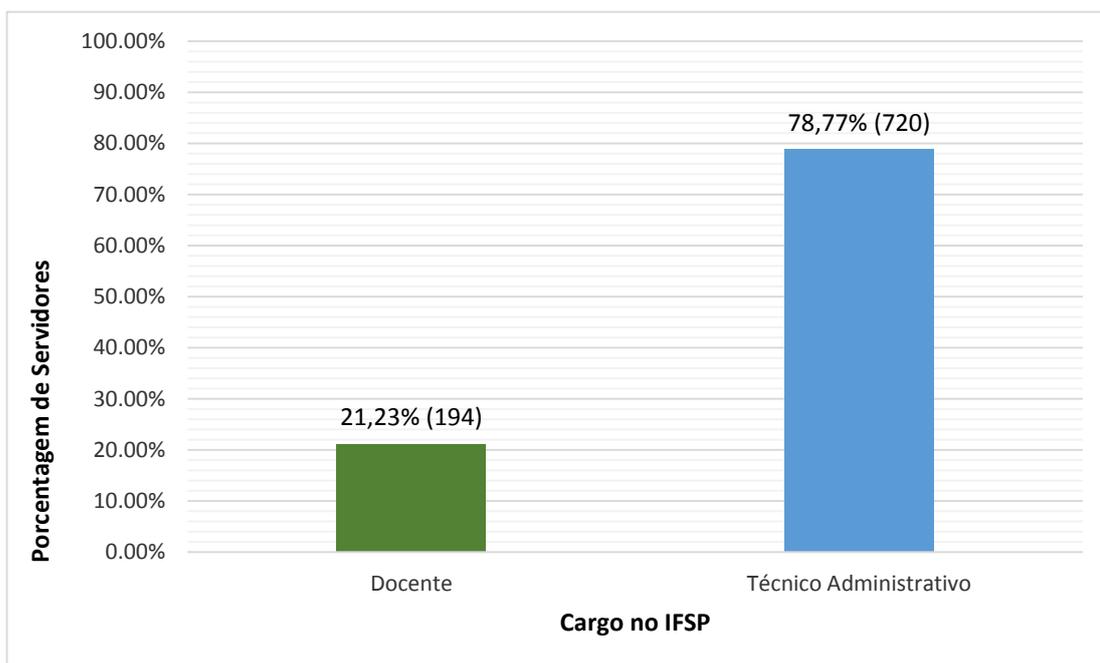
03-Qual o seu grau de instrução?



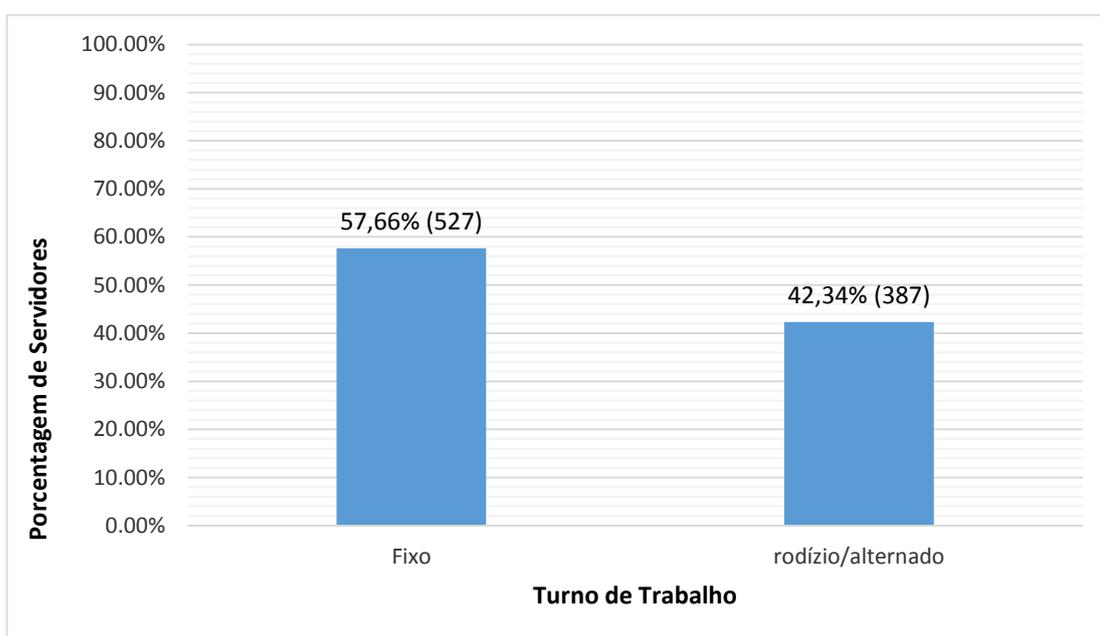
04-Há quanto tempo você trabalha no IFSP:



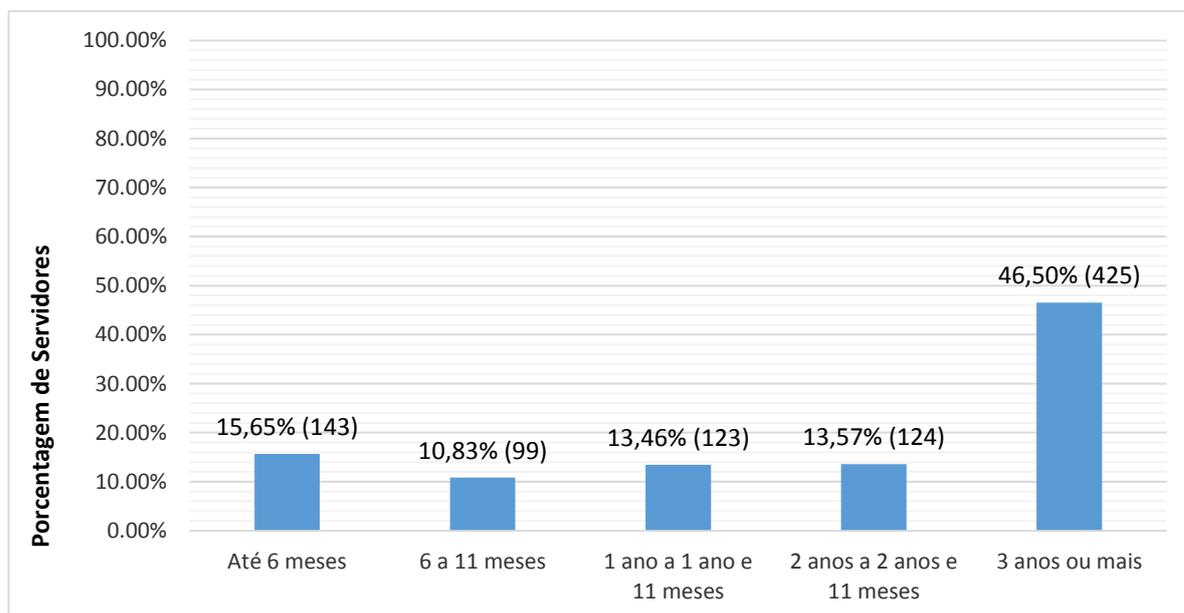
05-Qual o seu cargo no IFSP?



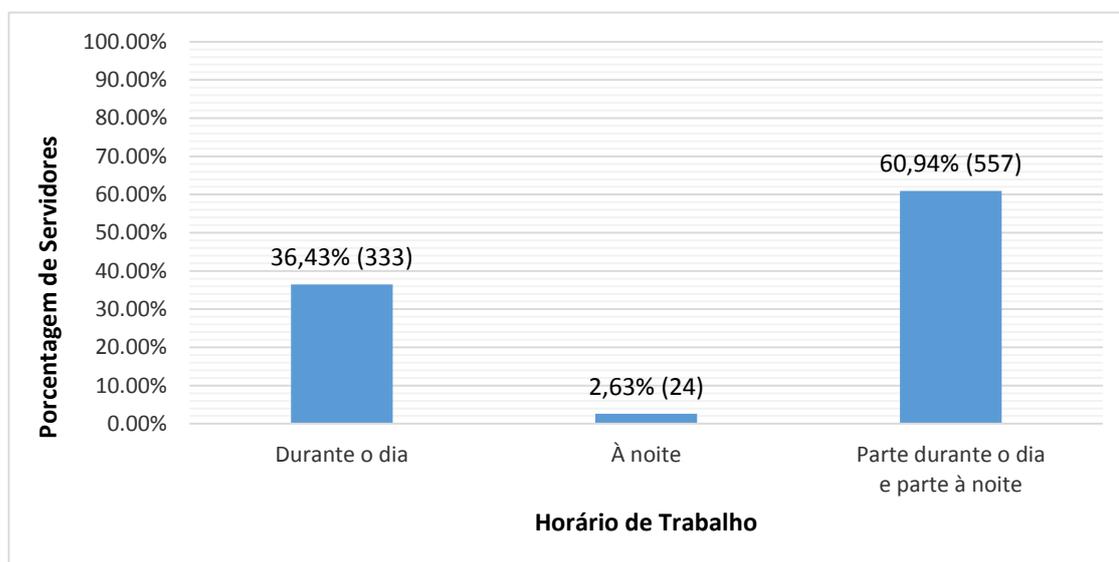
06-Como é o seu turno de trabalho?



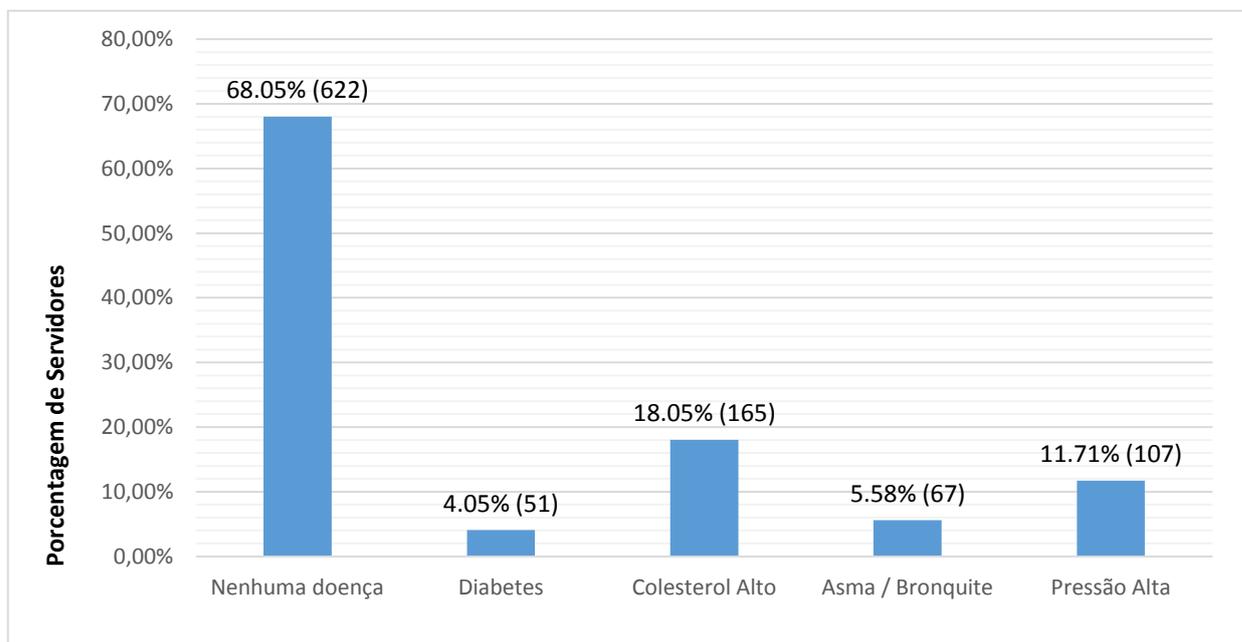
07-Há quanto tempo você trabalha neste horário?



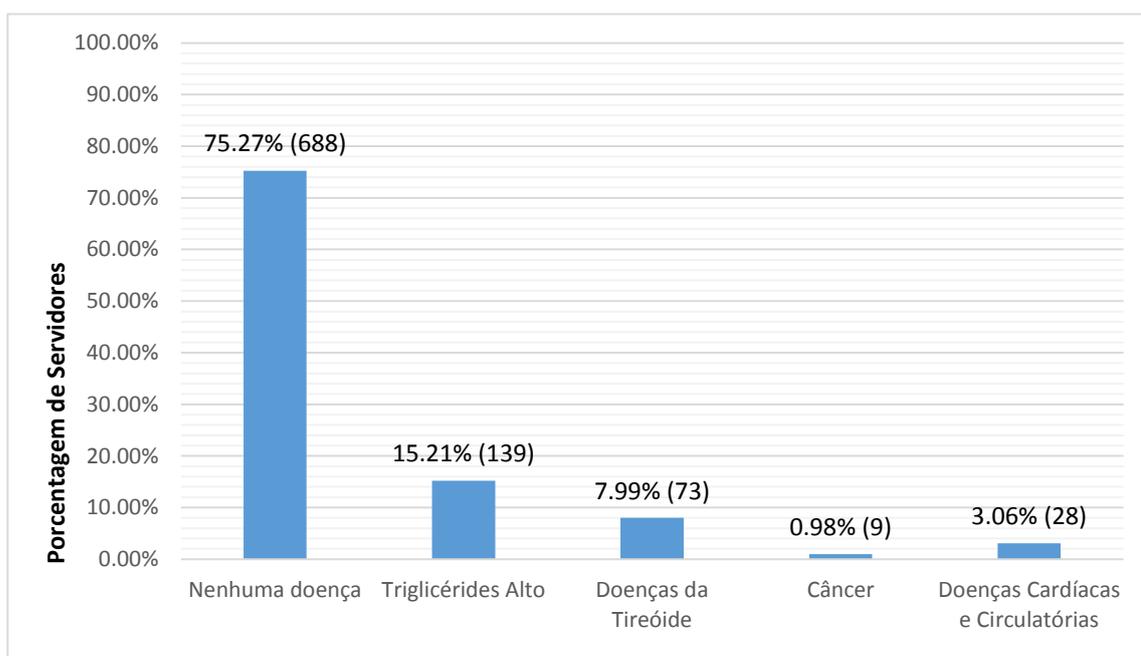
08-Seu trabalho ocorre?



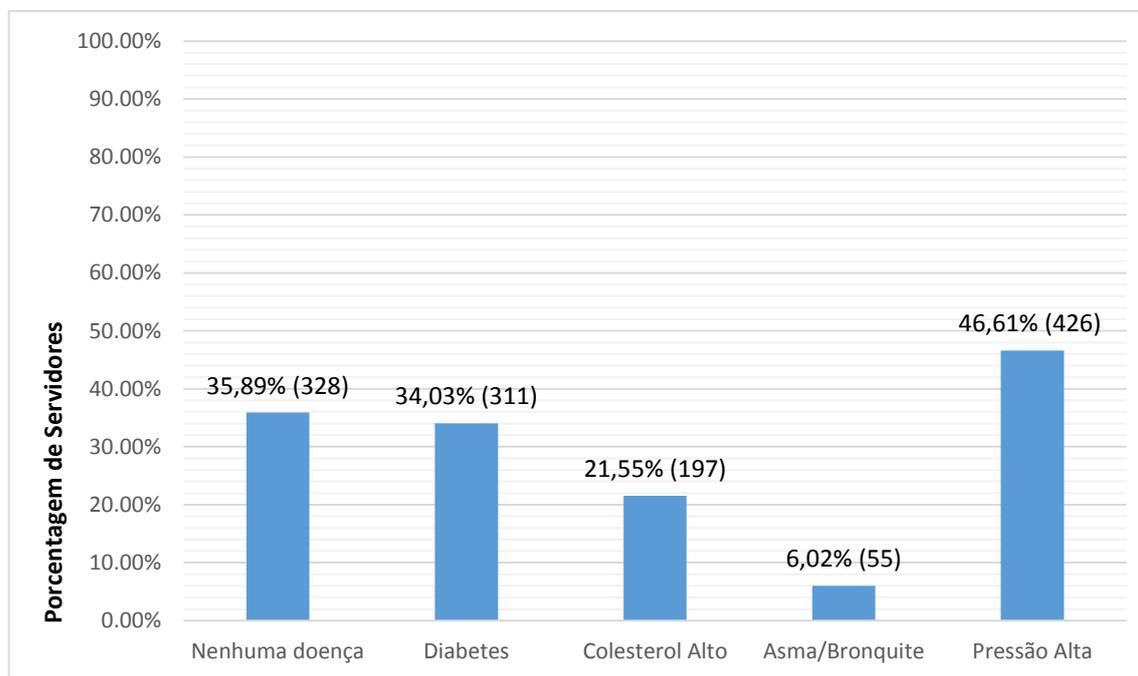
09-Marque abaixo qual(is) a(s) doença(s) que você apresenta atualmente:



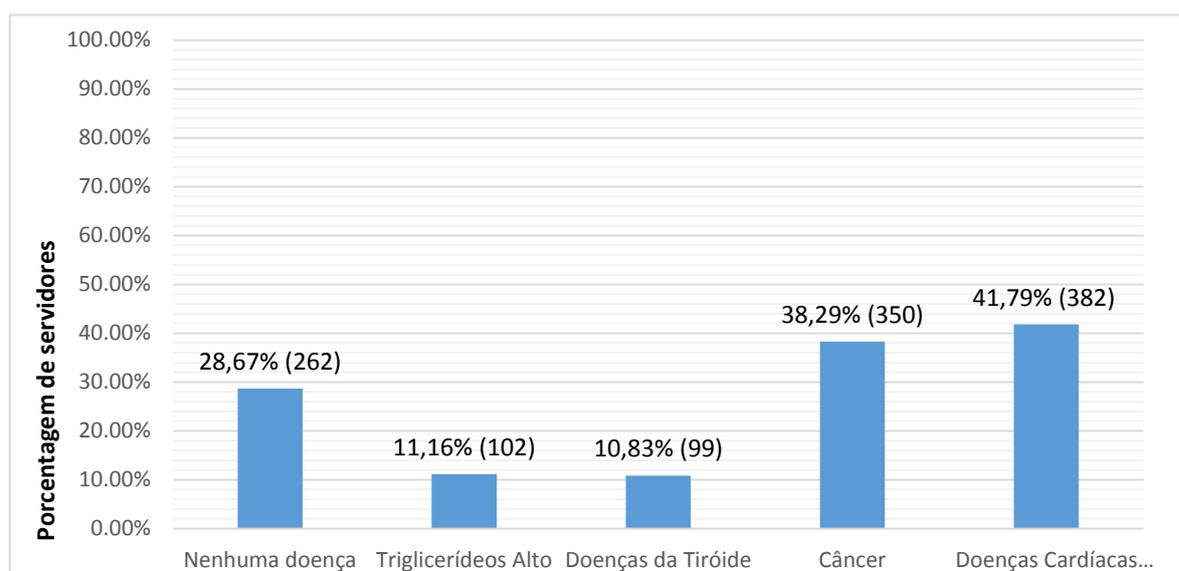
10-Além das doenças citadas acima, você apresenta alguma dessas outras doenças:



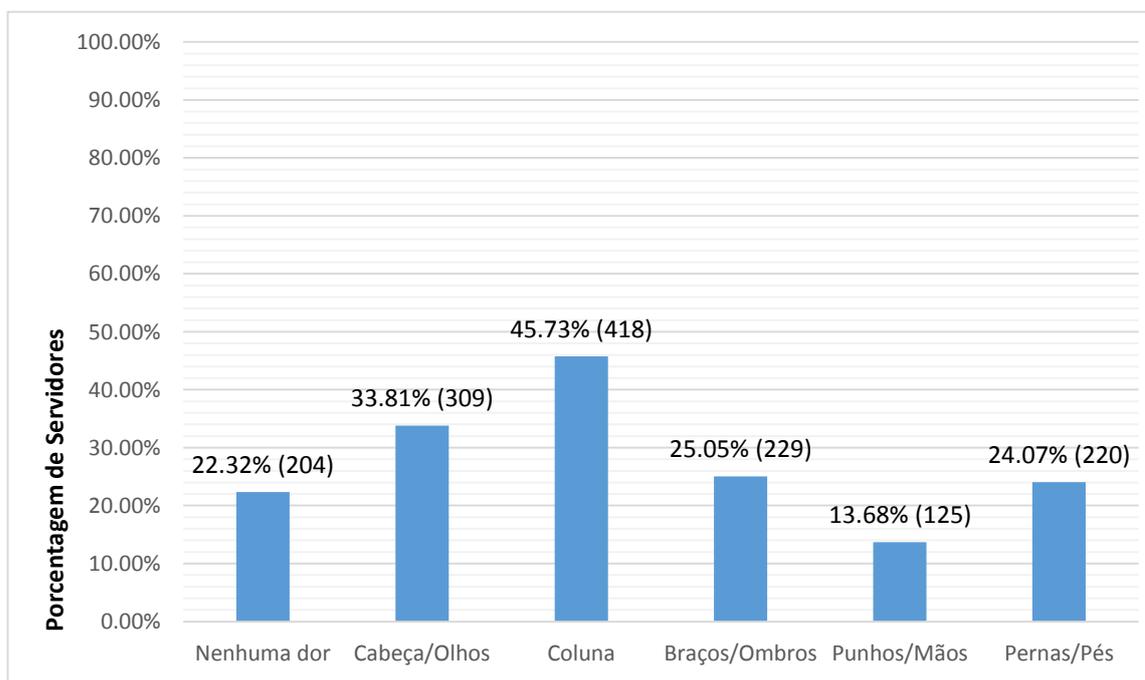
11-Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma das doenças abaixo:



12-Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma dessas outras doenças abaixo:

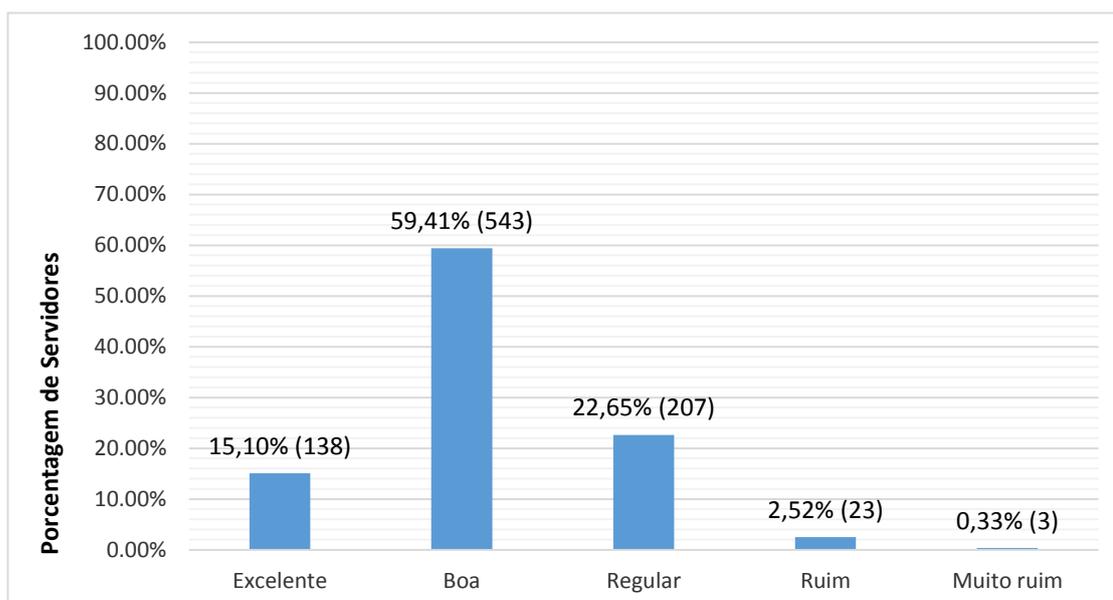


13-Marque abaixo qual(is) locais você apresenta frequentemente dor ou desconforto:

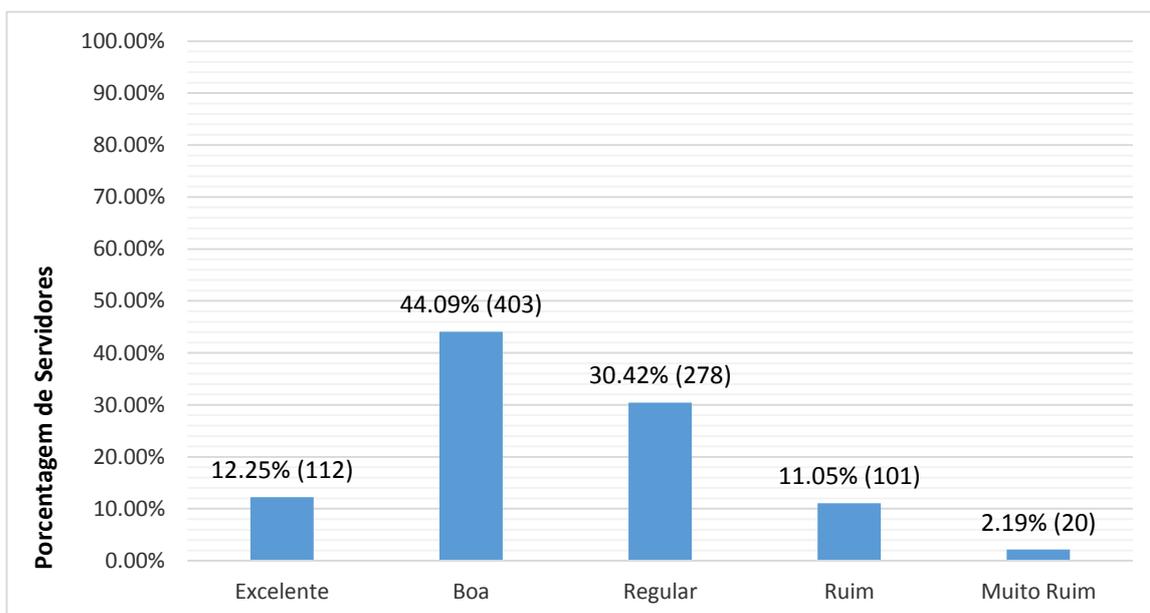


ESTILO DE VIDA E SAÚDE

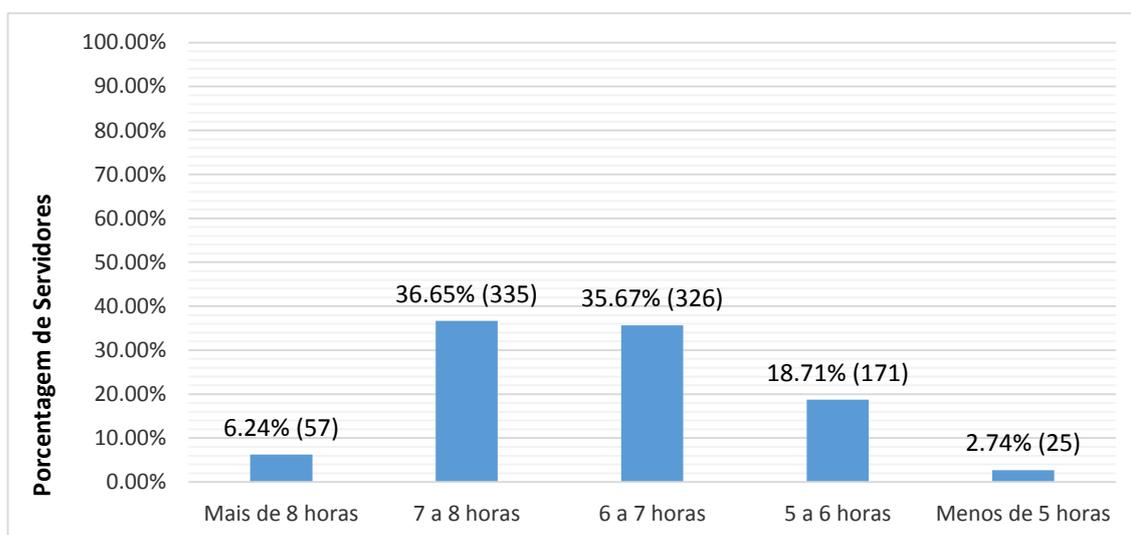
14-Como está sua saúde atualmente?



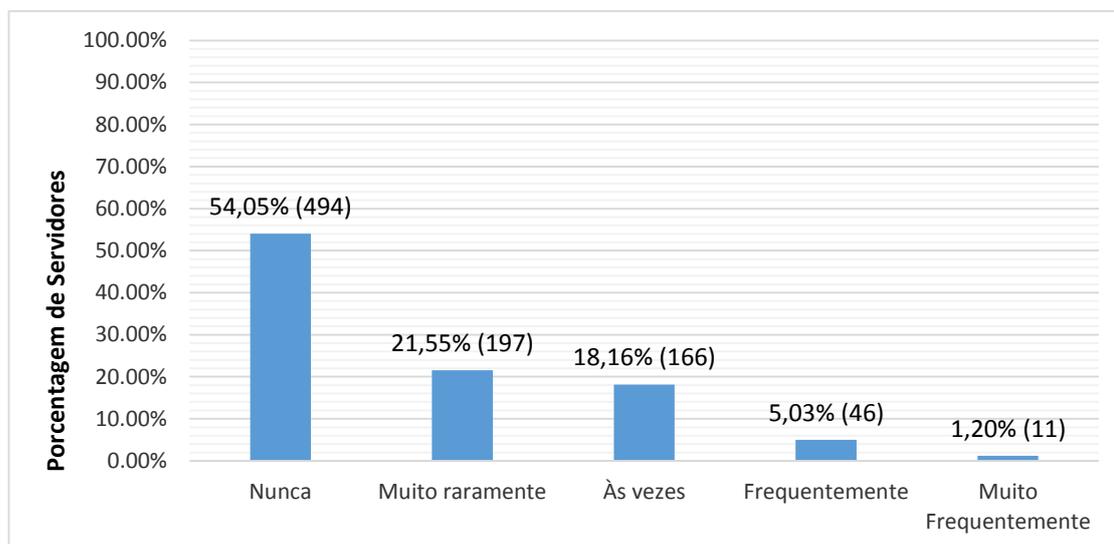
15-Como você considera a qualidade do seu sono?



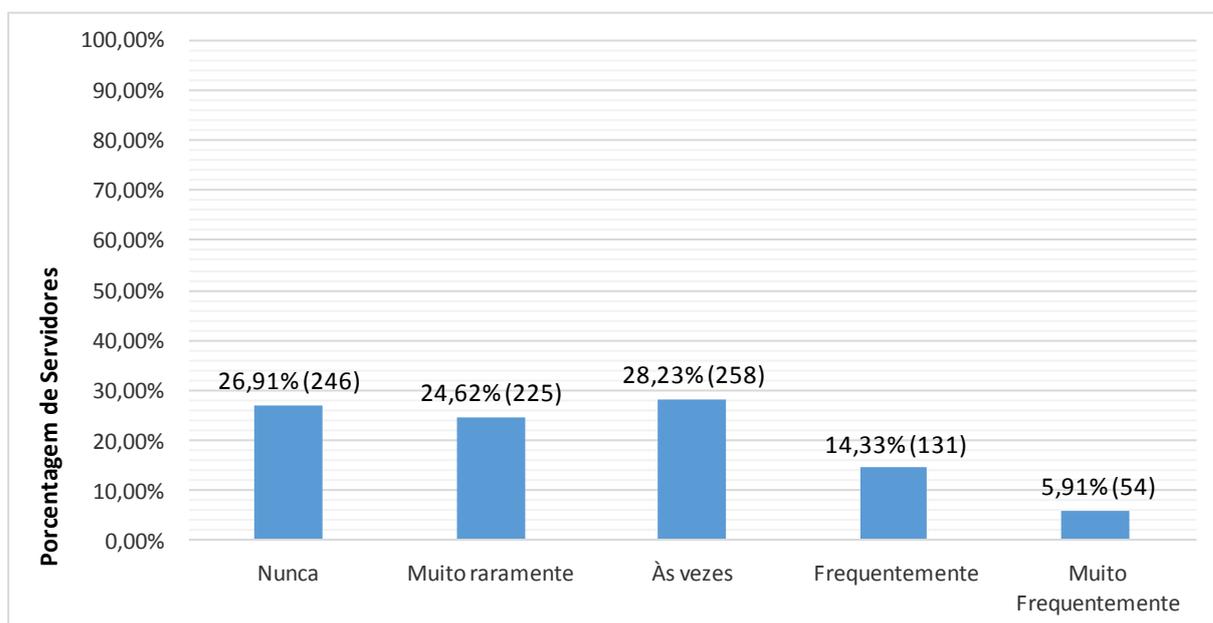
16-Qual a duração média de seu sono?



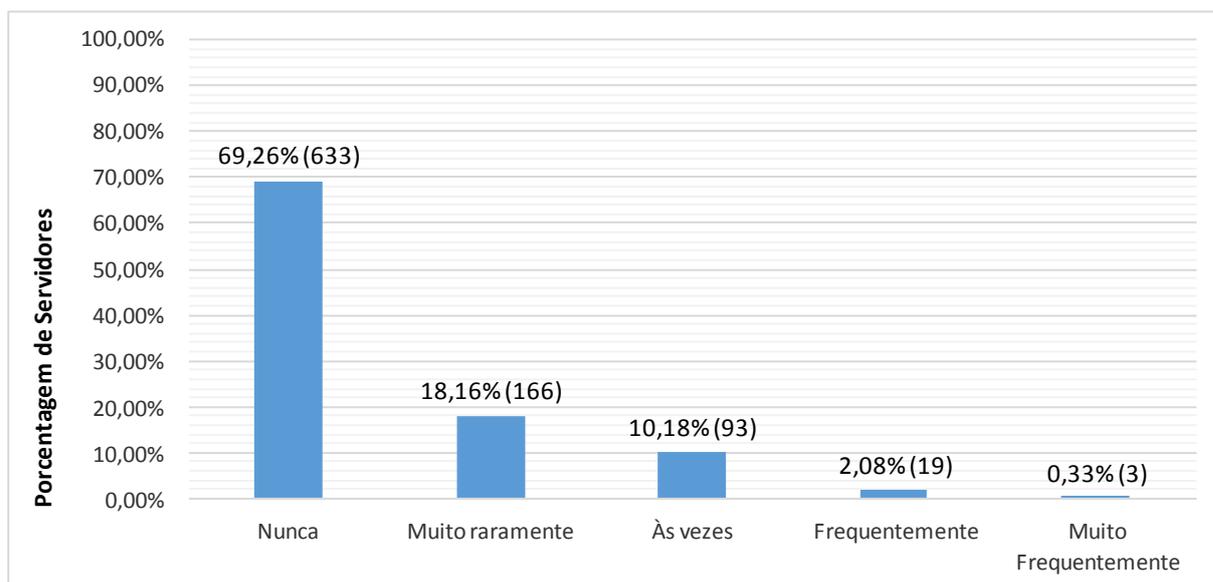
17-Você dorme lendo sentado?



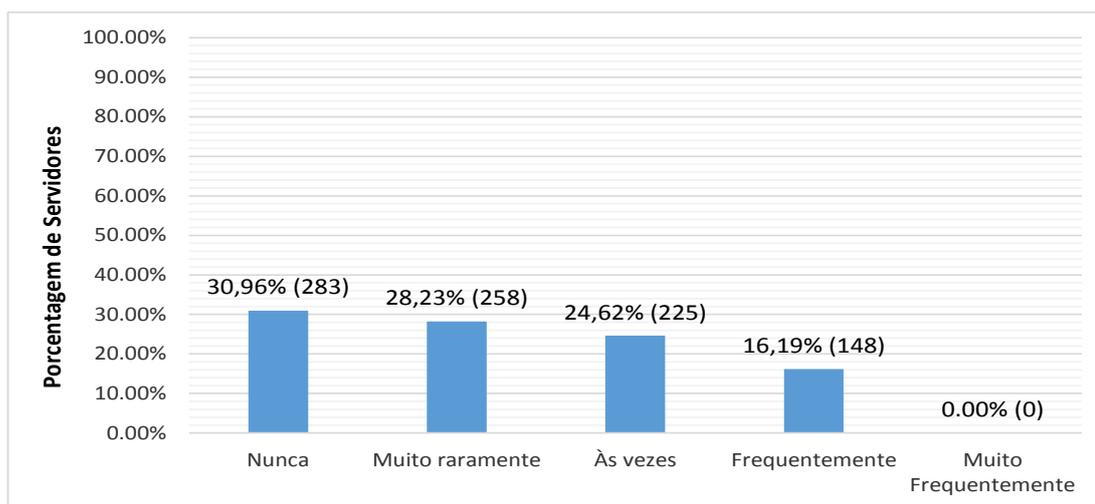
18-Você dorme assistindo televisão?



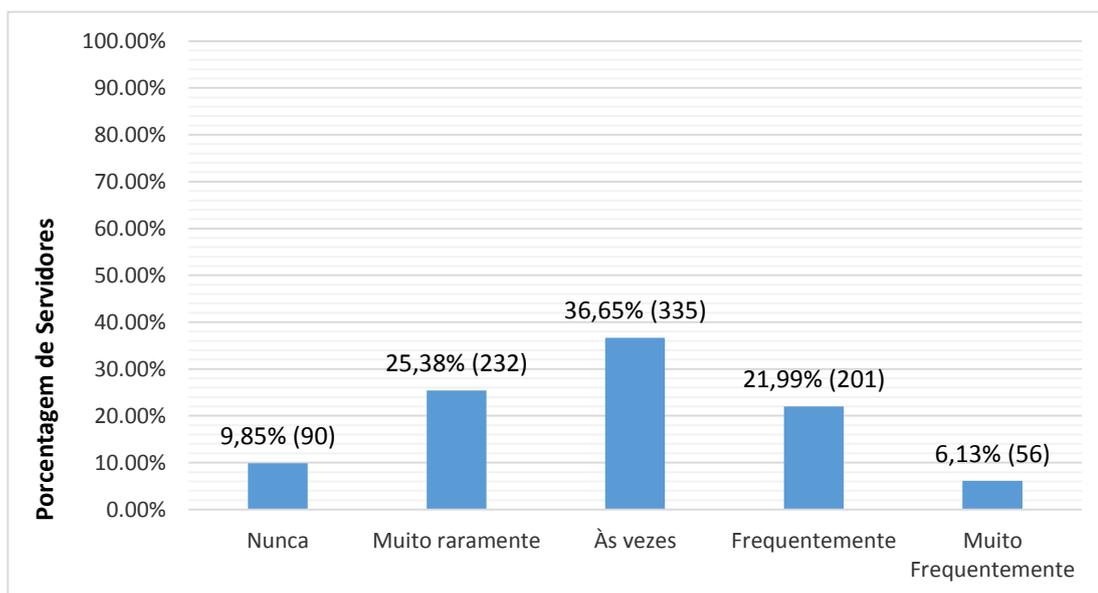
19-Você costuma dormir sentado em local público, por exemplo, na sala de espera de um consultório médico?



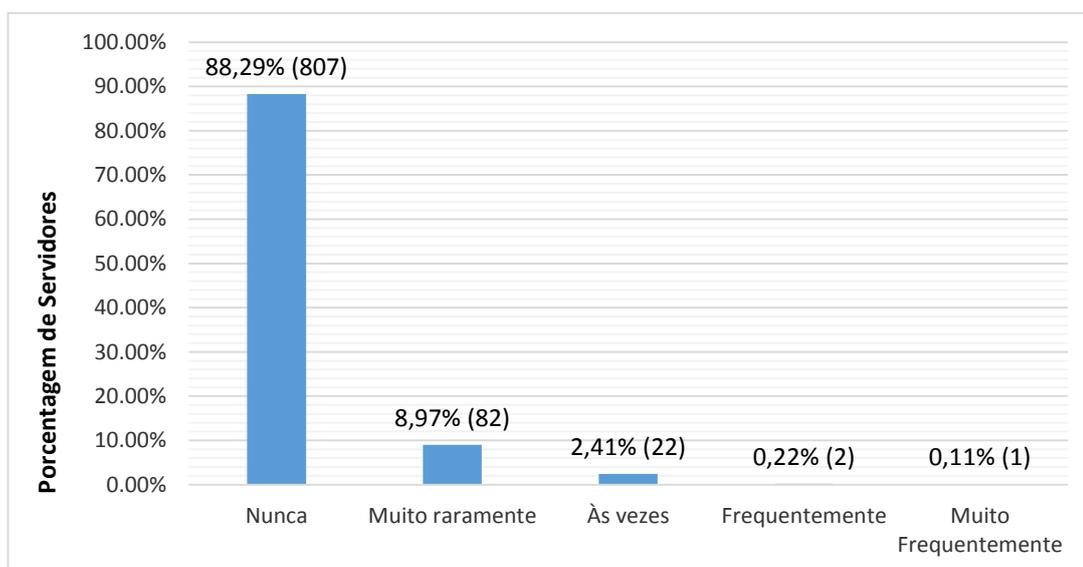
20-Você dorme como passageiro de um automóvel, durante uma hora de viagem sem parada do carro:



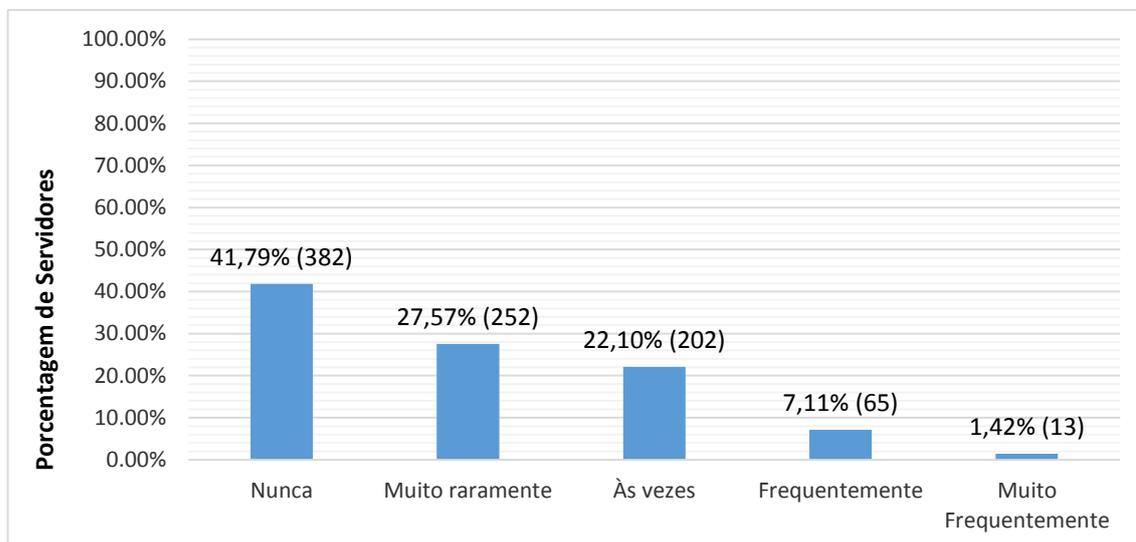
21-Você dorme quando está deitado descansando durante à tarde:



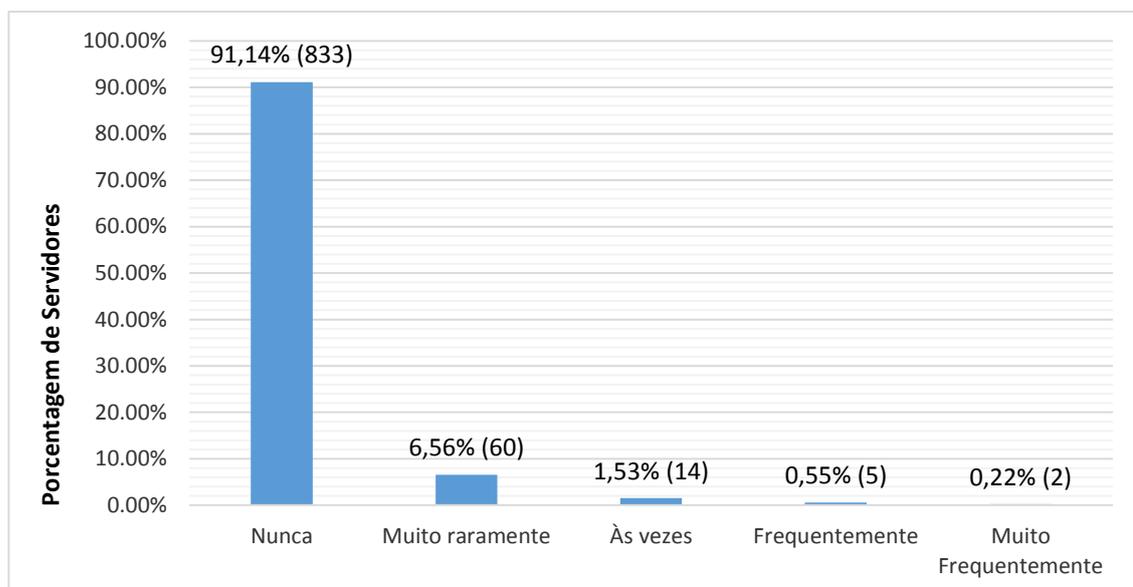
22-Você dorme quando está sentado conversando com alguém?



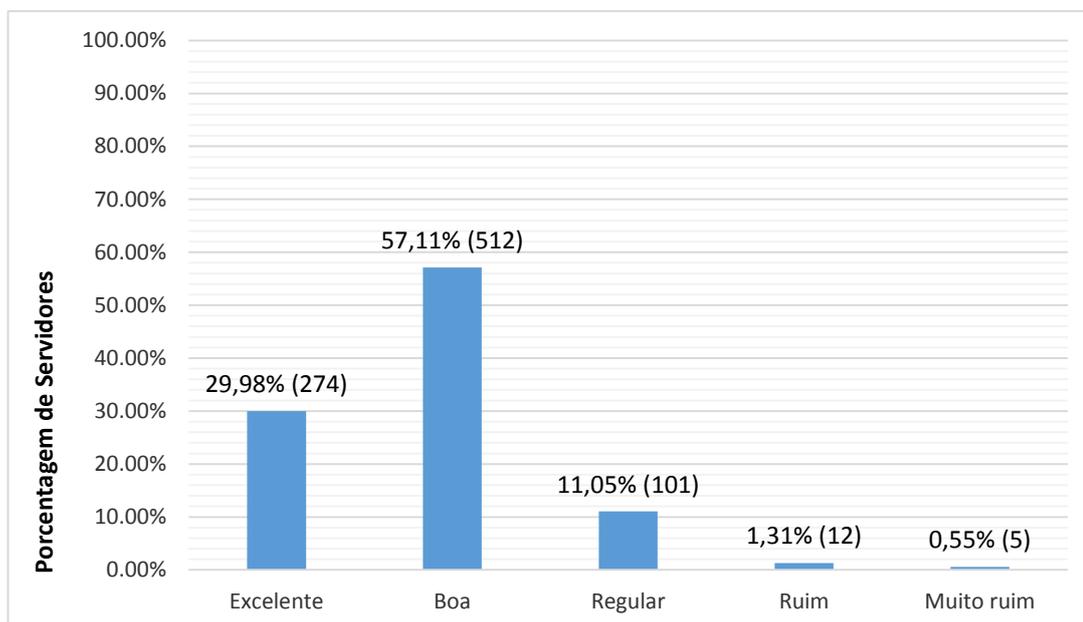
23-Você dorme quando está sentado tranquilamente após o almoço (sem ter consumido álcool)?



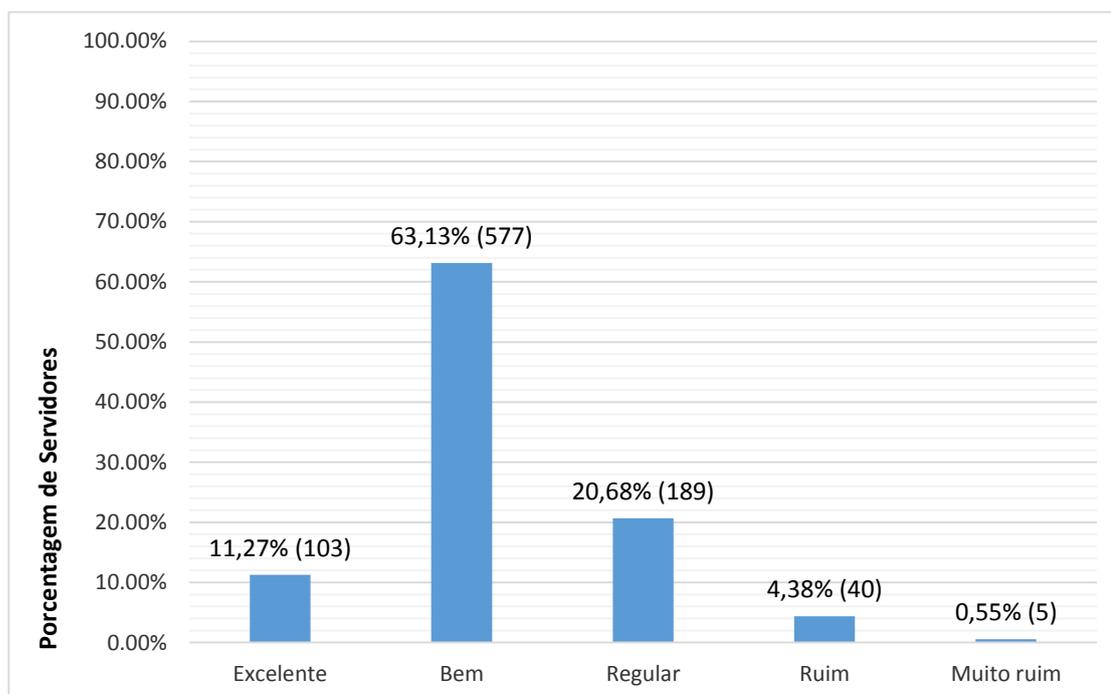
24-Você dorme ao volante se o seu carro ficar parado no trânsito por alguns minutos?



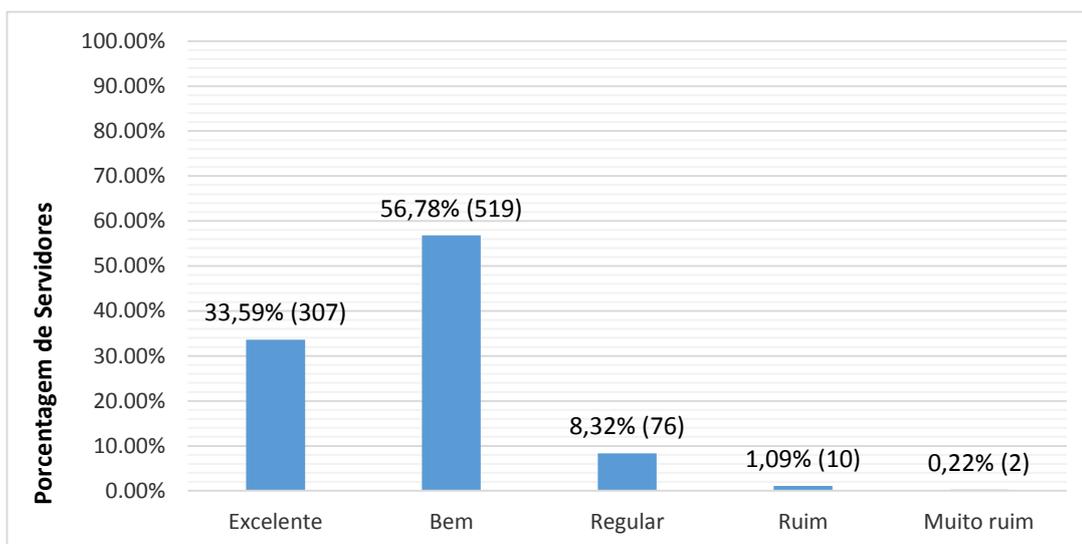
25-Você considera sua vida em família?



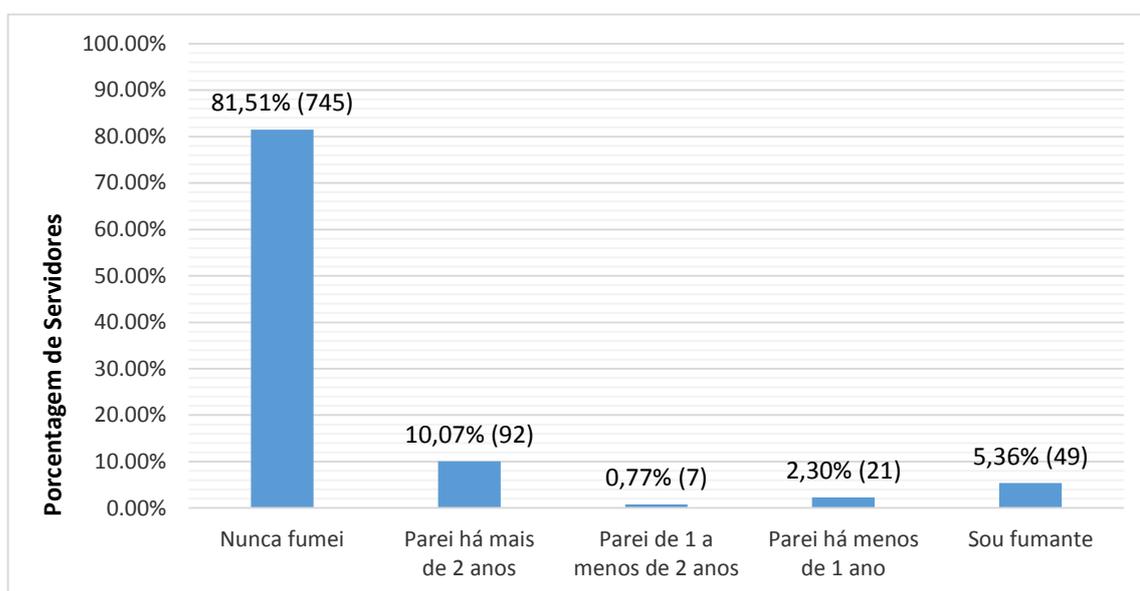
26-Como você se sente quando está no trabalho?



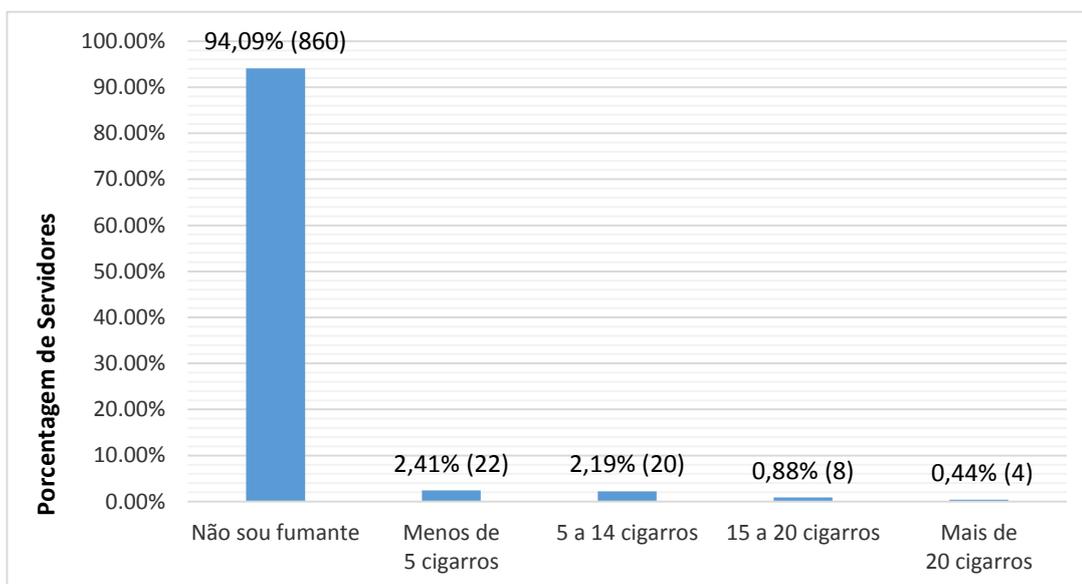
27-Como você se sente em seu horário de lazer?



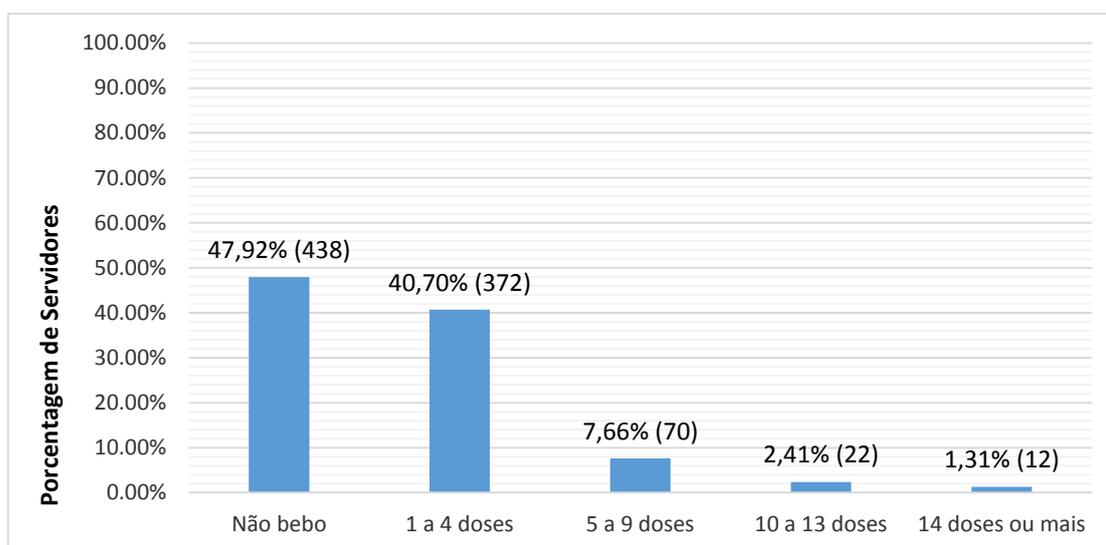
28-Em relação ao cigarro?



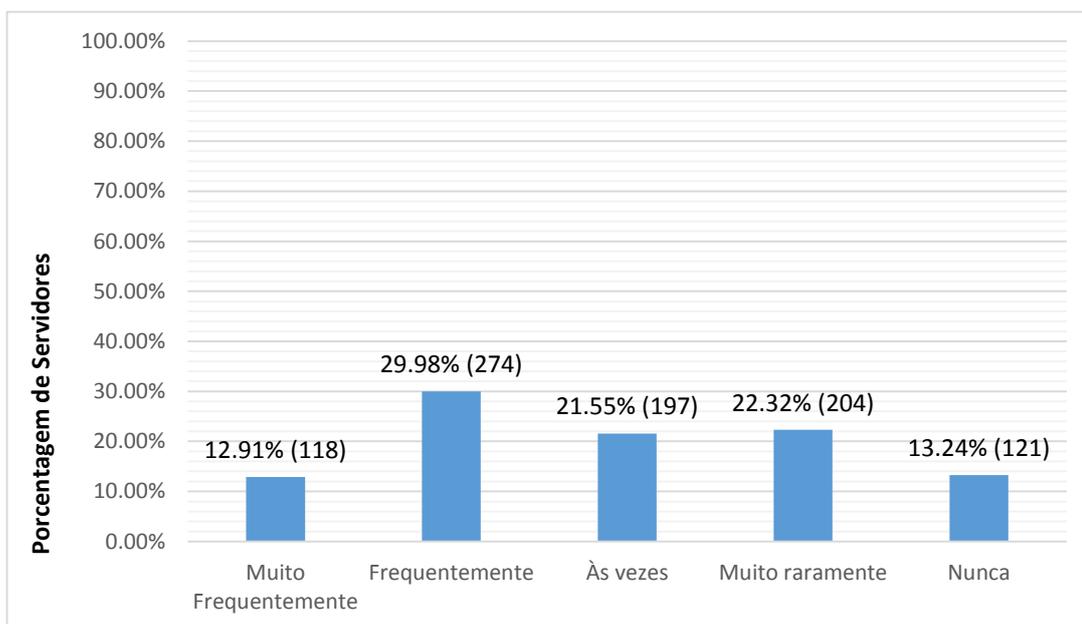
29-Se você é fumante, quantos cigarros você fuma por dia?



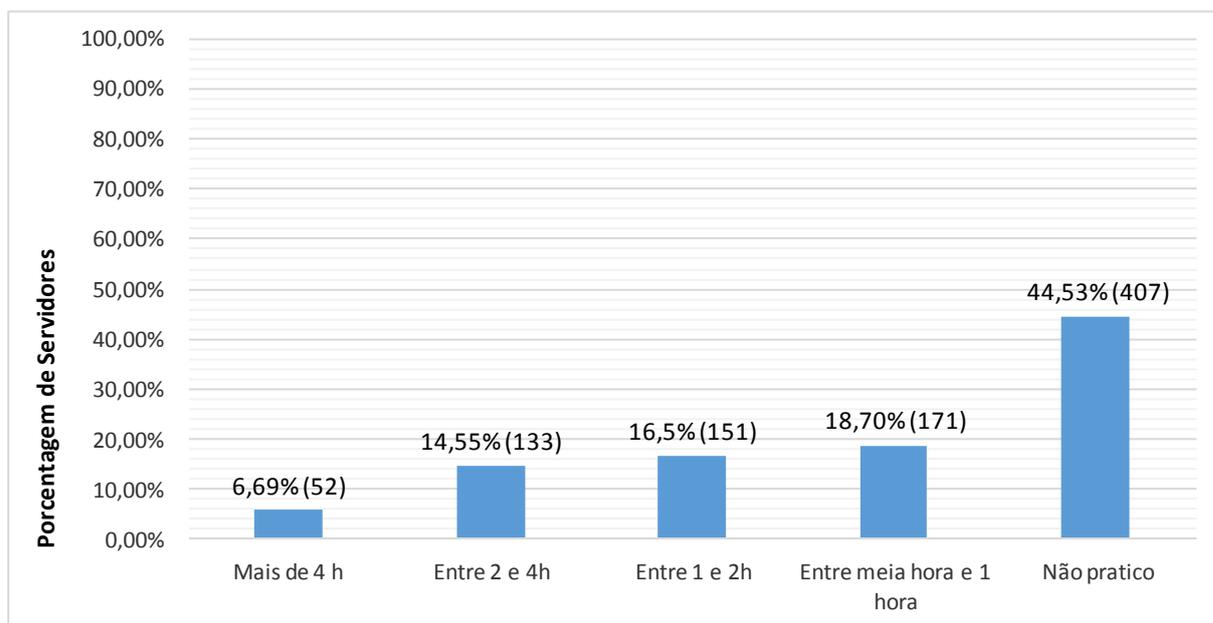
30-Em uma semana normal, quantas “doses” de bebidas alcoólicas você bebe?
(1 dose = 1/2 garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça)



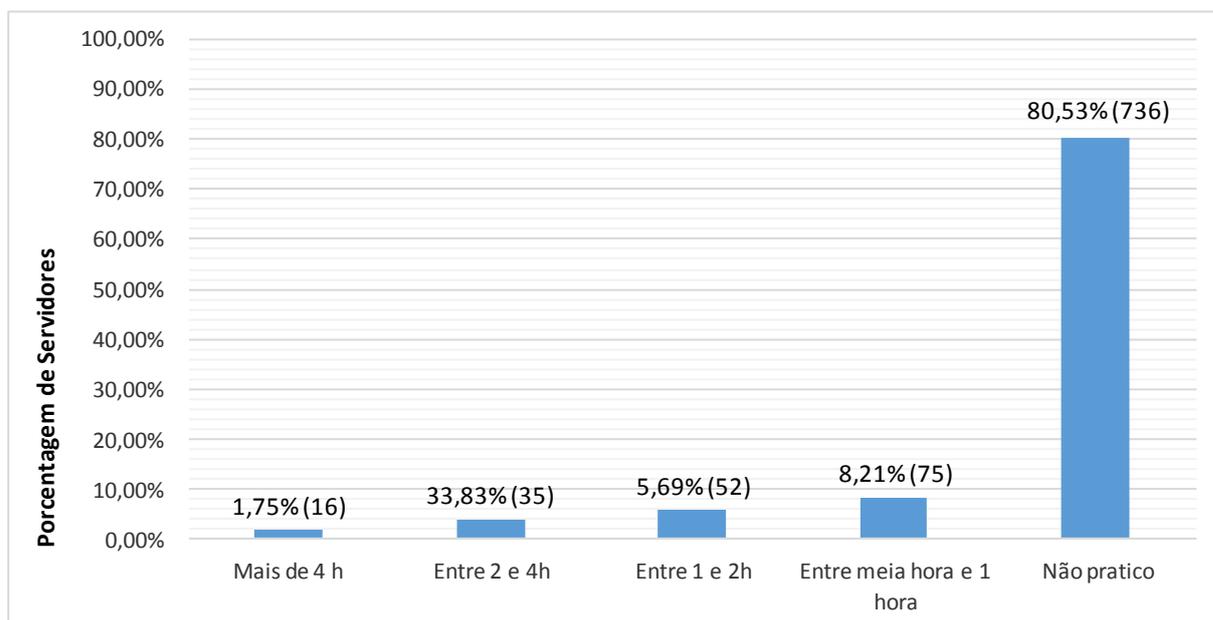
31-Você pratica exercícios físicos regularmente?



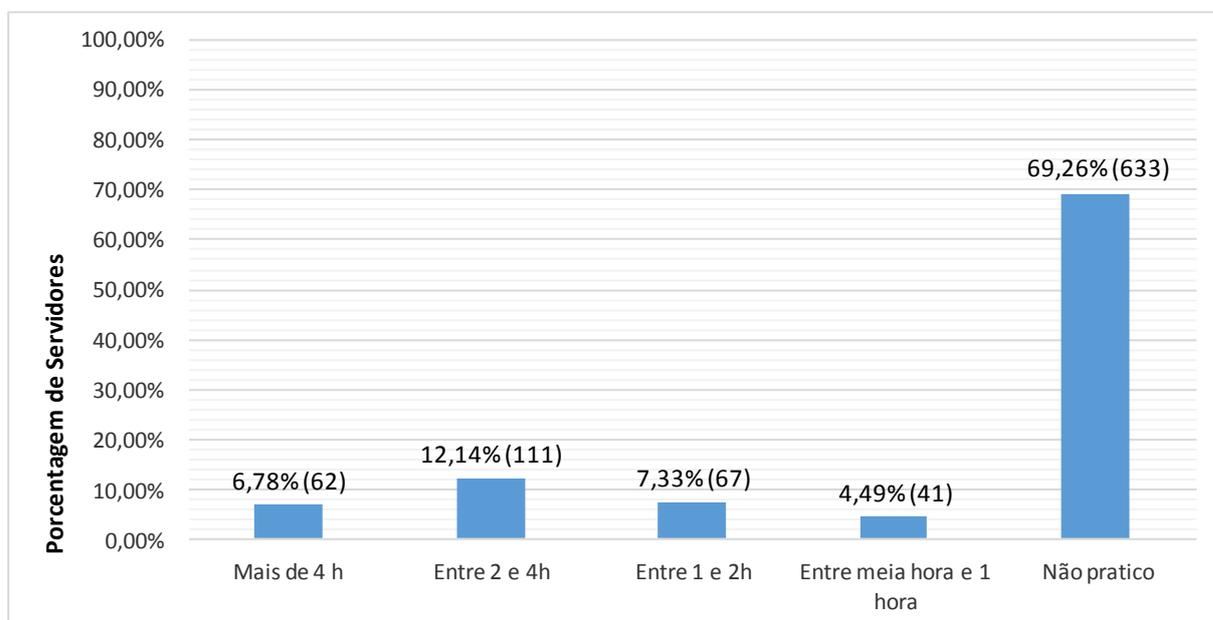
32-Quantas horas por semana você pratica caminhada?



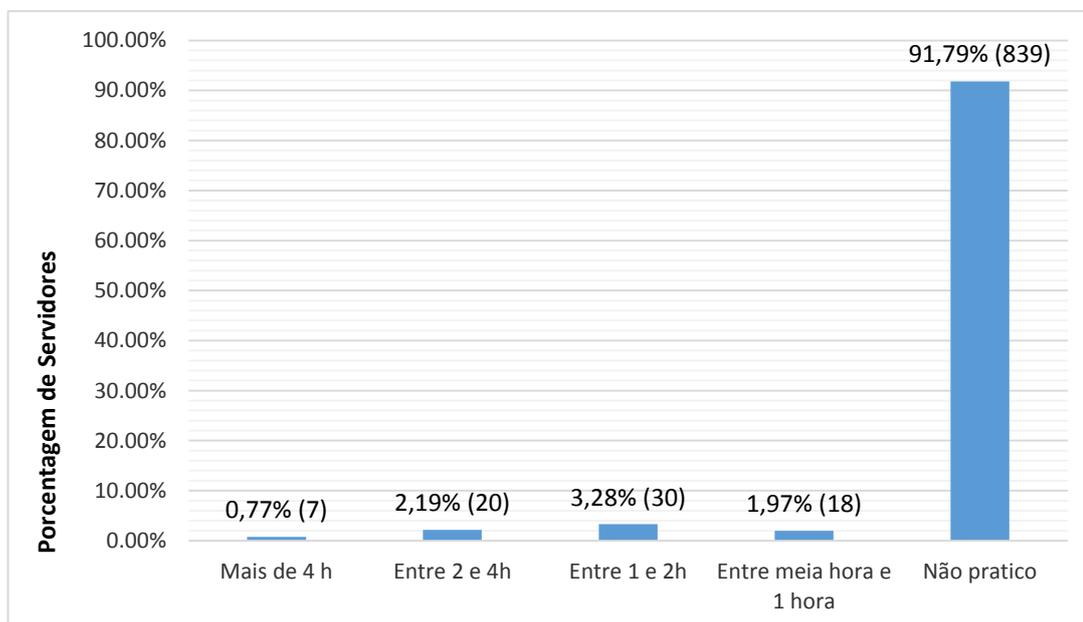
33-Quantas horas por semana você pratica corrida?



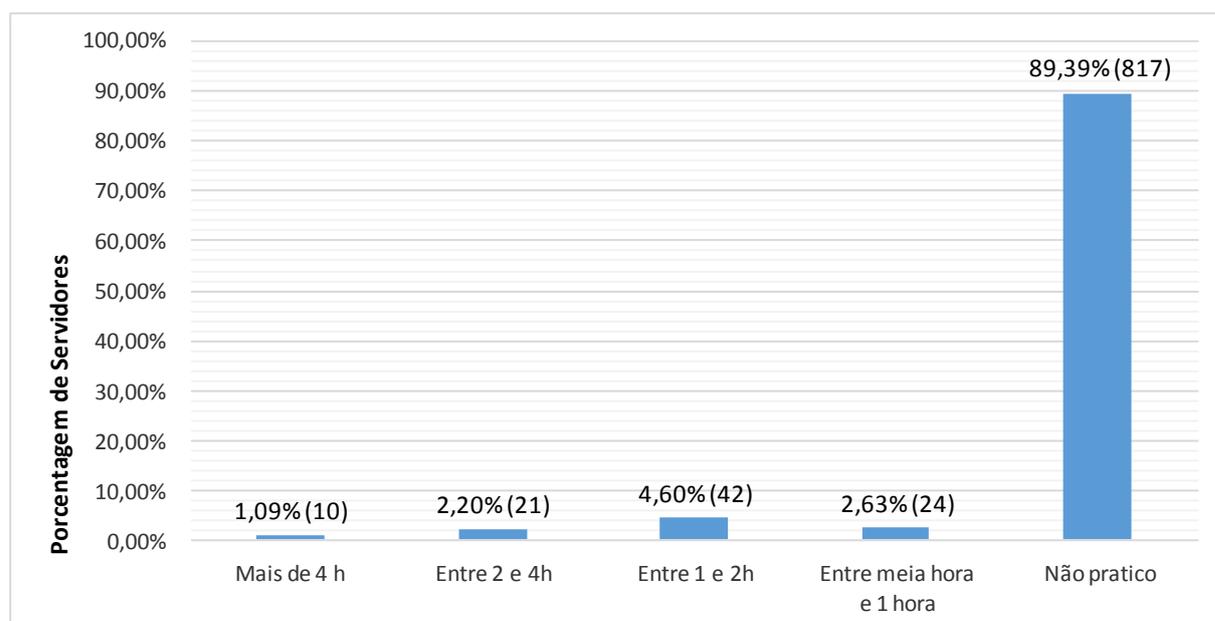
34-Quantas horas por semana você pratica musculação ou artes marciais?



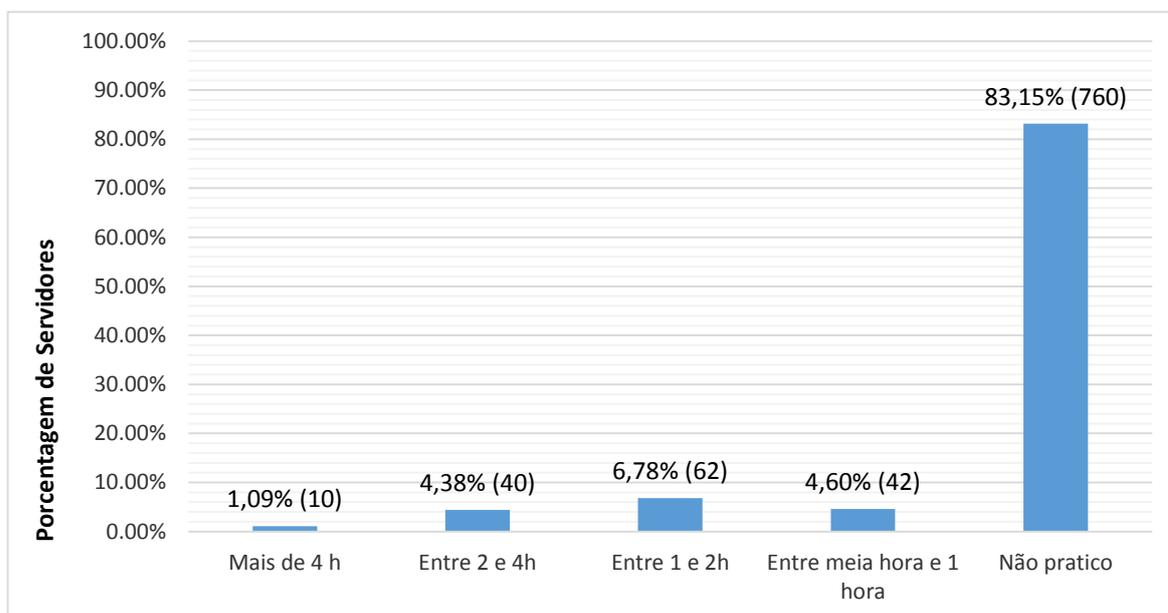
35-Quantas horas por semana você pratica atividades aquáticas (natação/hidroginástica)?



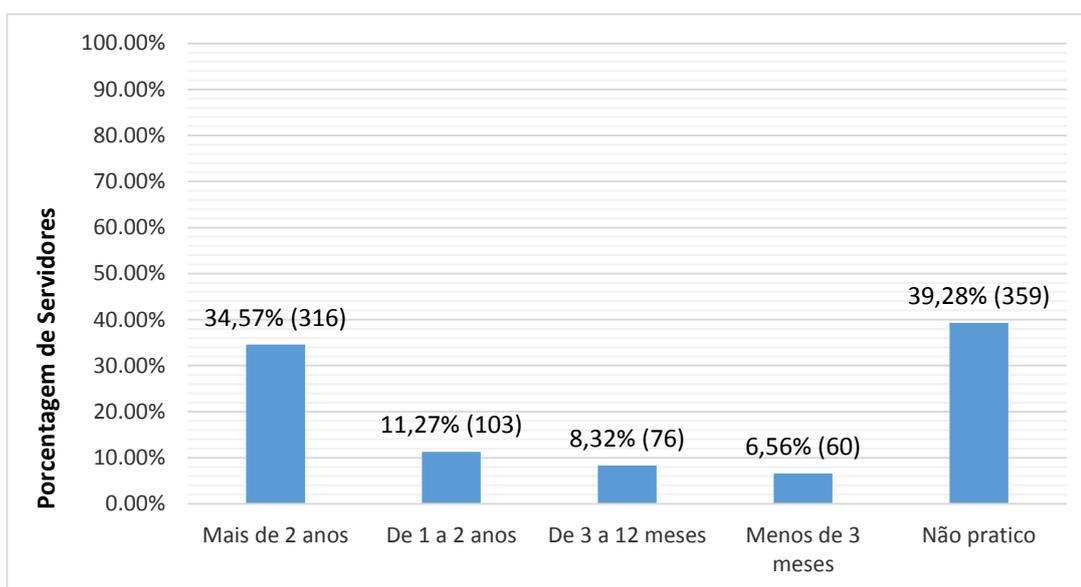
36-Quantas horas por semana você pratica atividades esportivas (futebol, vôlei, basquete, futsal)?



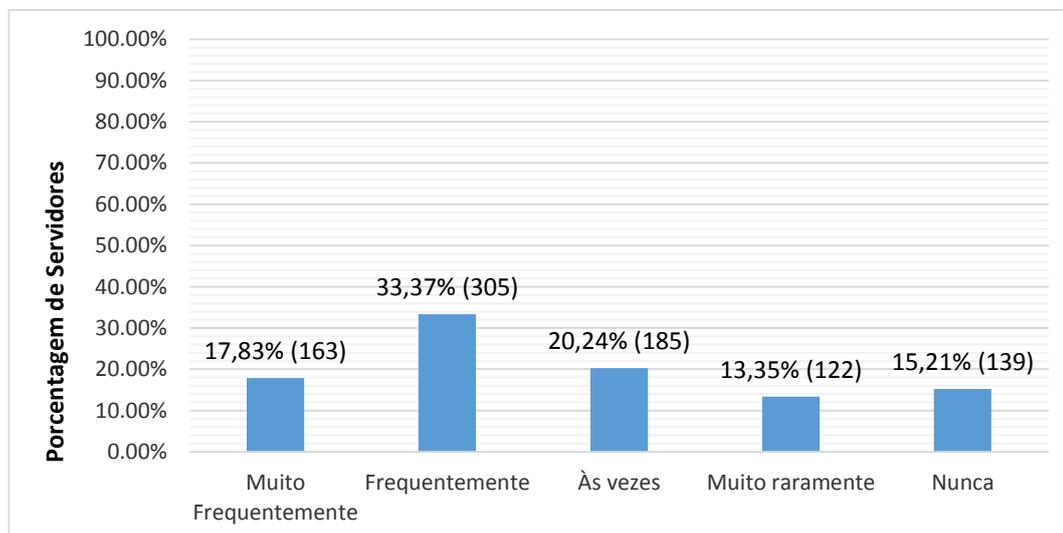
37-Quantas horas por semana você pratica dança ou ginástica?



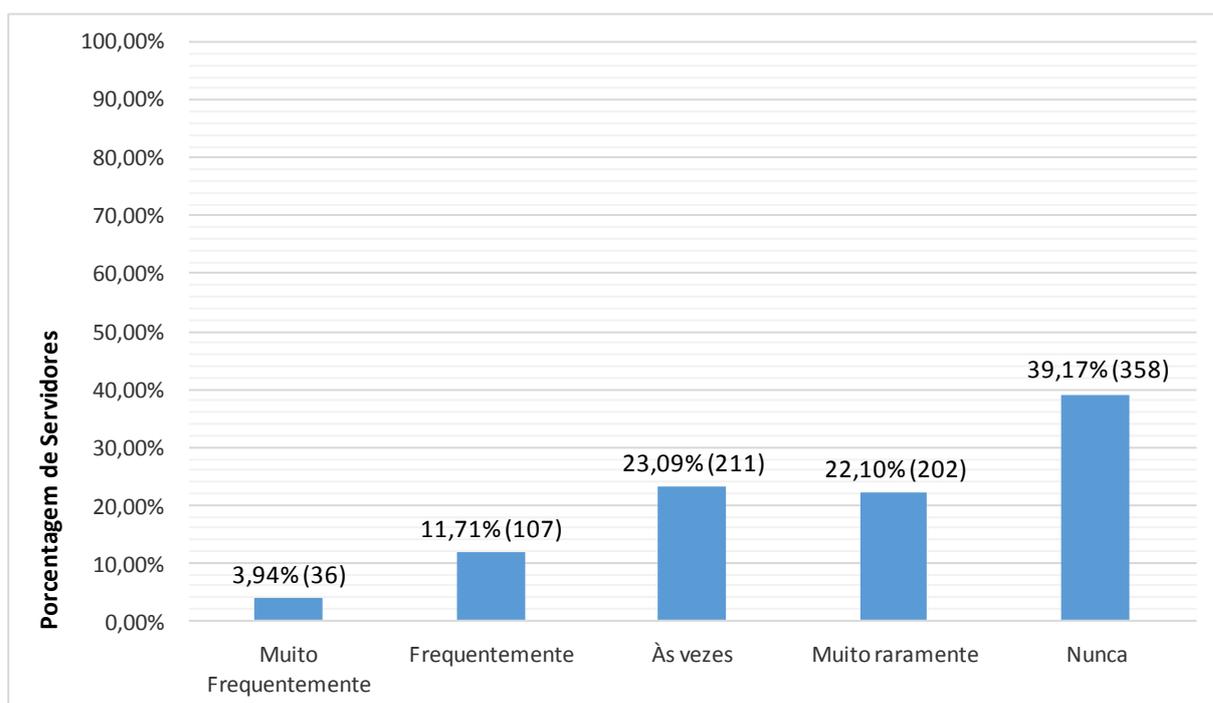
38-Há quanto tempo você pratica atividades físicas regulares?



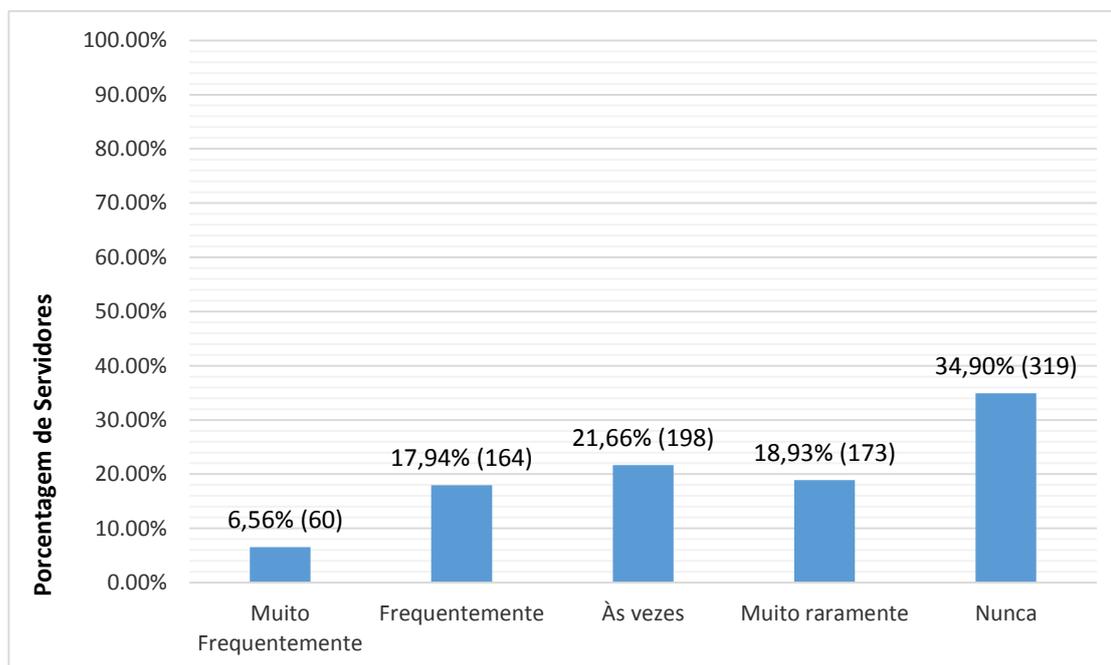
39-Quando você faz atividades físicas, em que medida você as realiza pelo prazer da atividade?



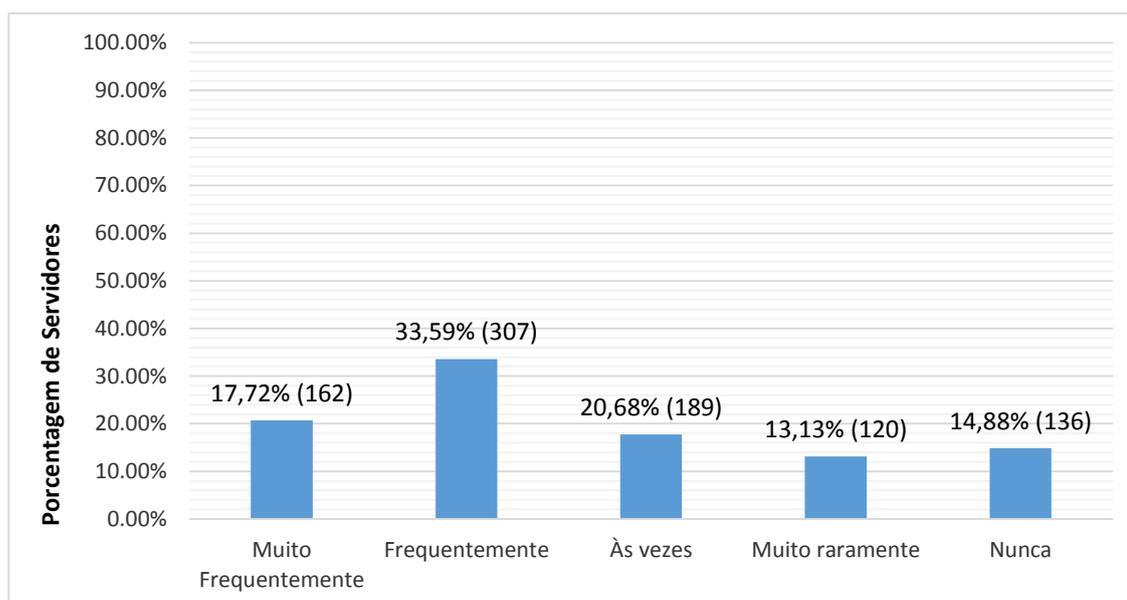
40-Em que medida você realiza as atividades físicas regulares pelas relações sociais que a atividade proporciona?



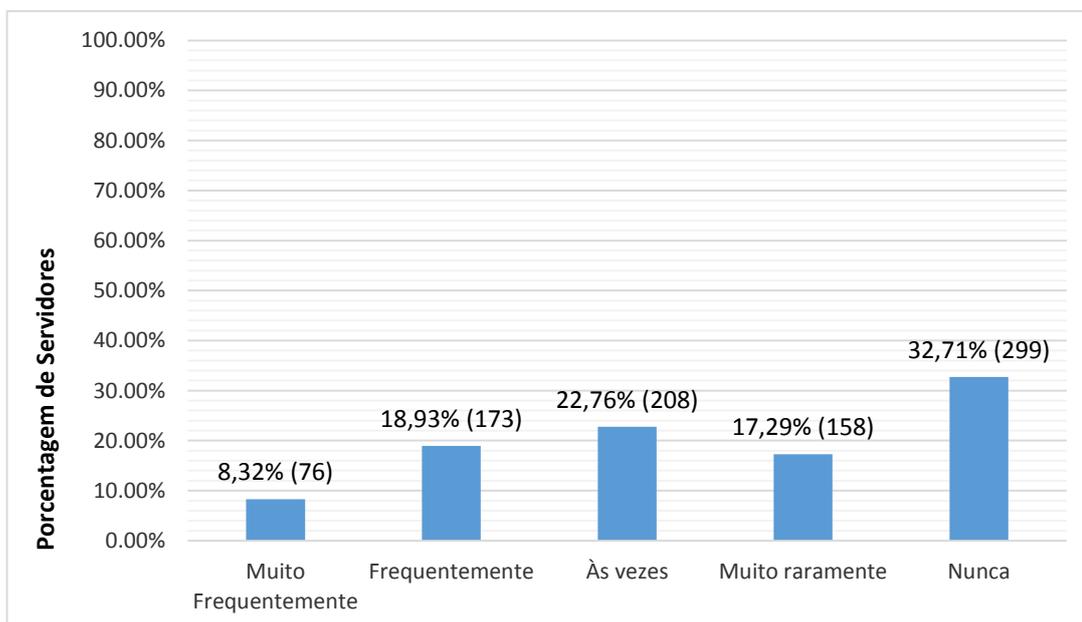
41-Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos médicos?



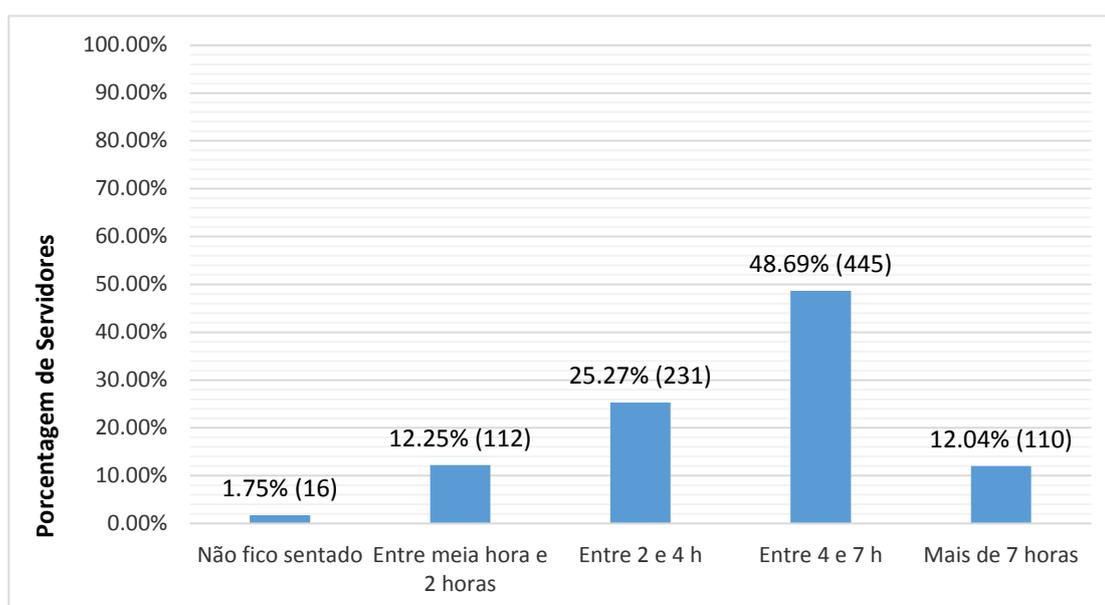
42-Em que medida você realiza as atividades físicas regulares para melhorar a condição física?



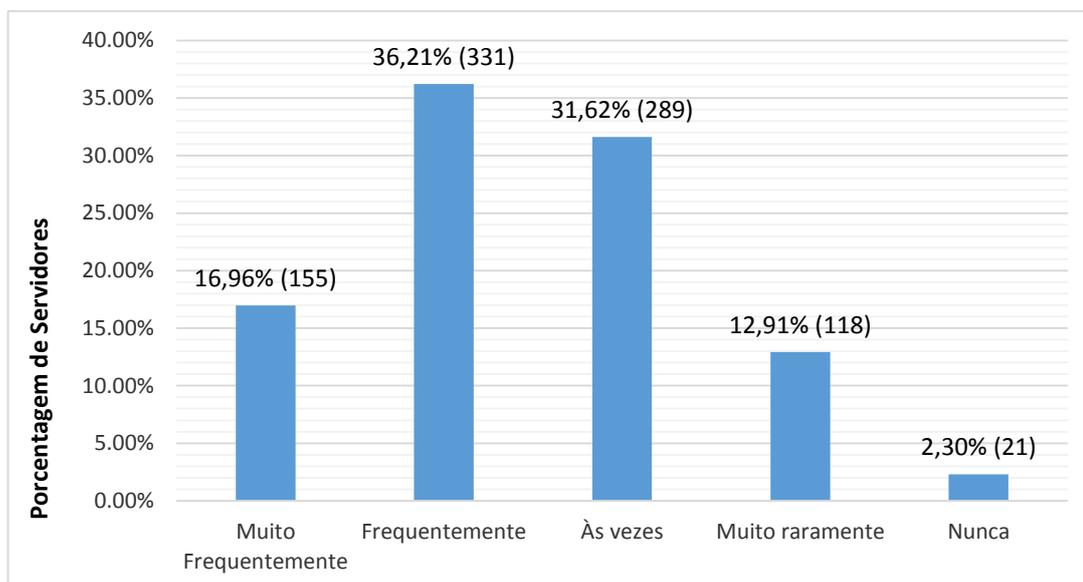
43-Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos estéticos?



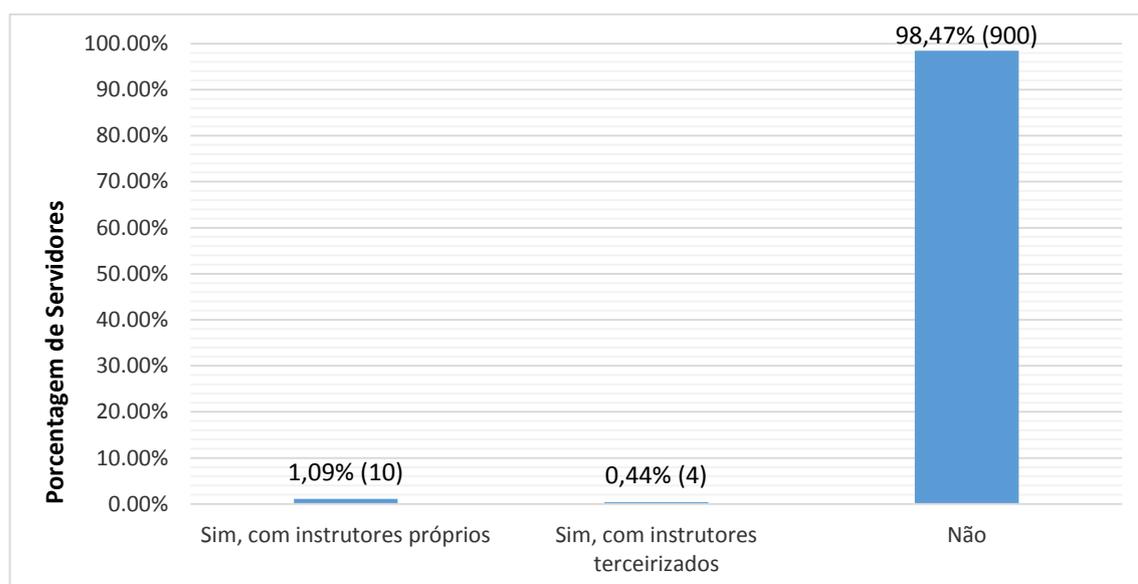
44-Quanto tempo você fica sentado durante um dia de seu trabalho?



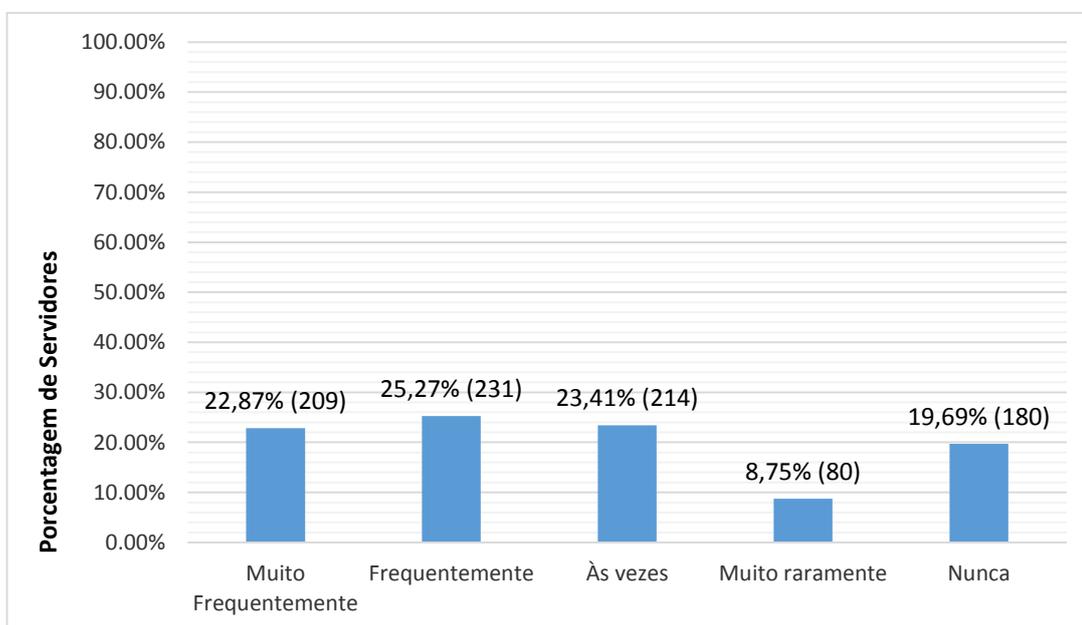
45-No trabalho você se desloca (caminha, sobe escadas)?



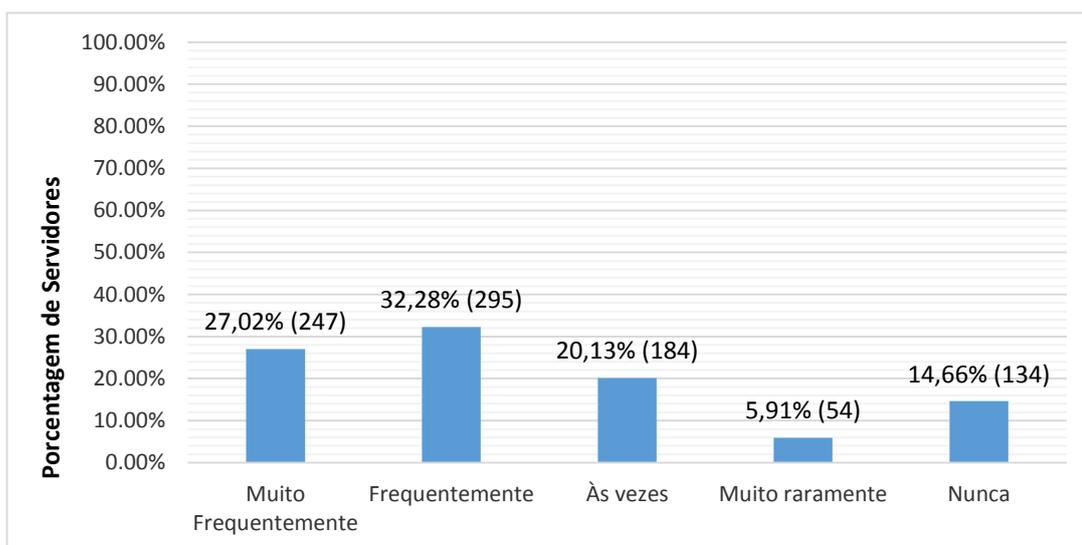
46-O câmpus em que você trabalha oferece Ginástica Laboral?



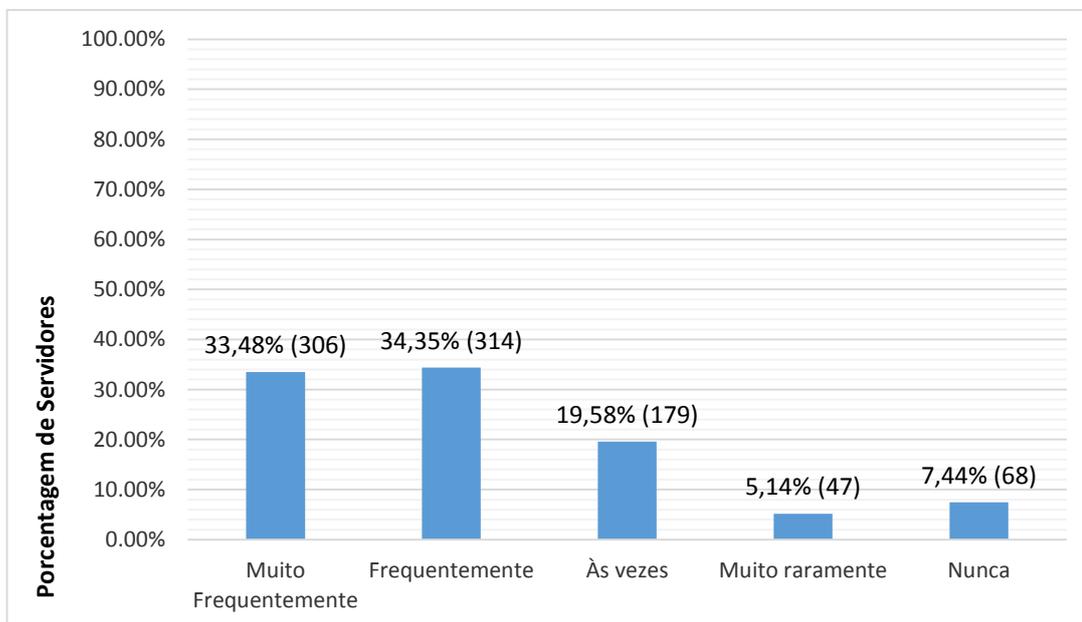
47-Você participa ou gostaria de participar da Ginástica Laboral?



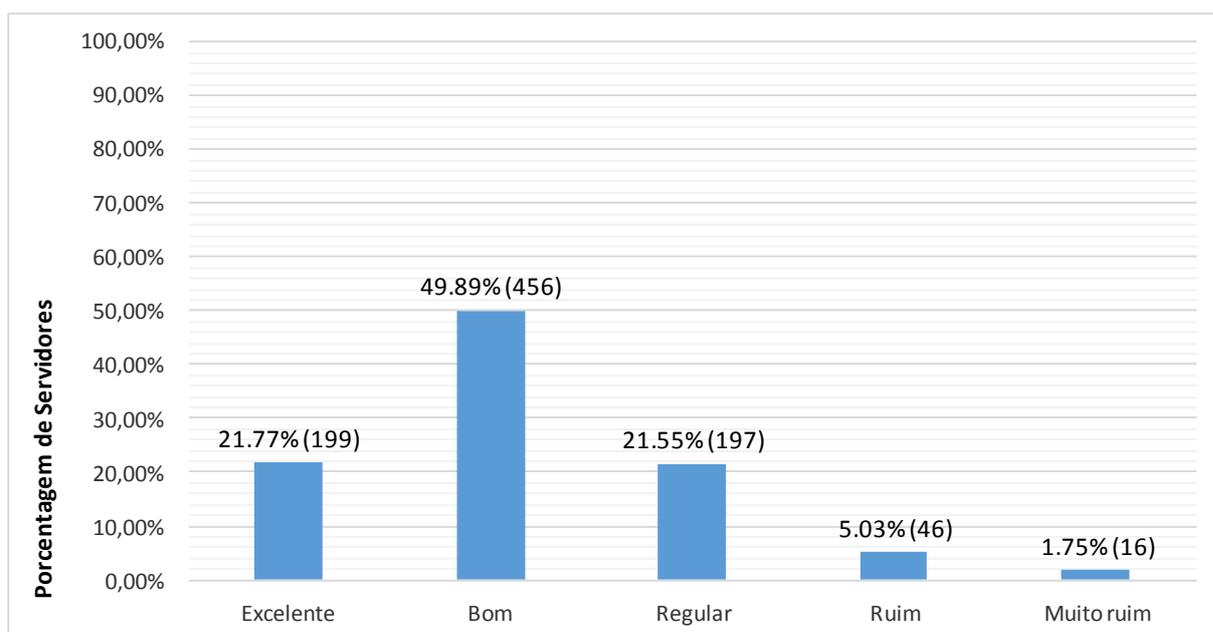
48-Em que medida a Ginástica Laboral trouxe ou você acredita que traria benefícios para você?



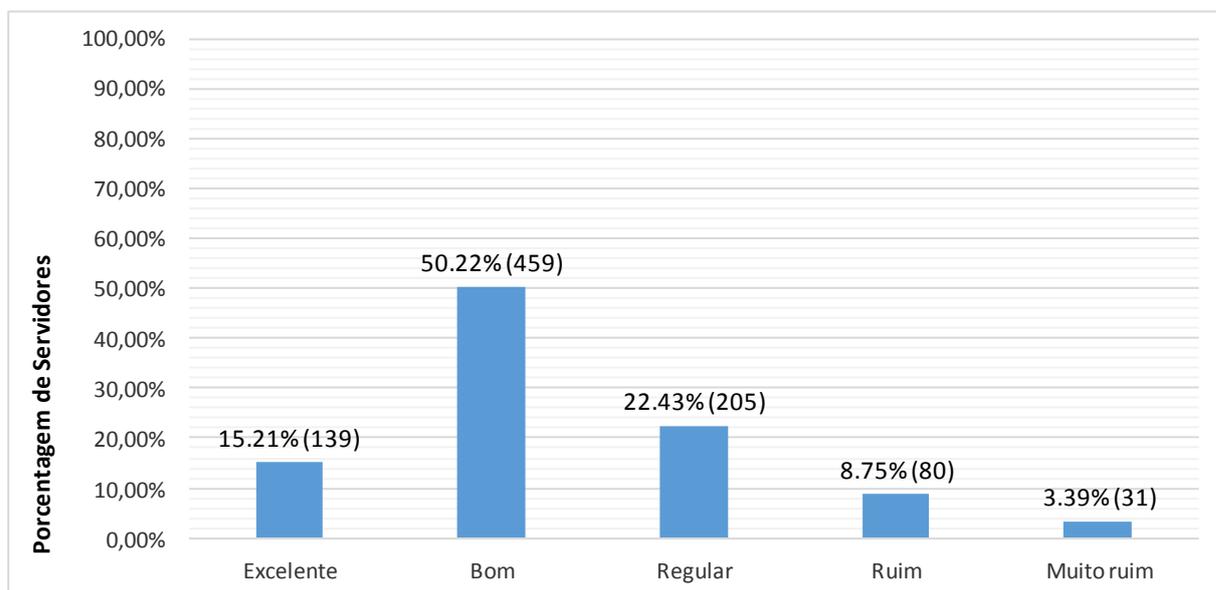
49-Em sua opinião você acredita que a Ginástica Laboral teria uma influência positiva em seu trabalho?



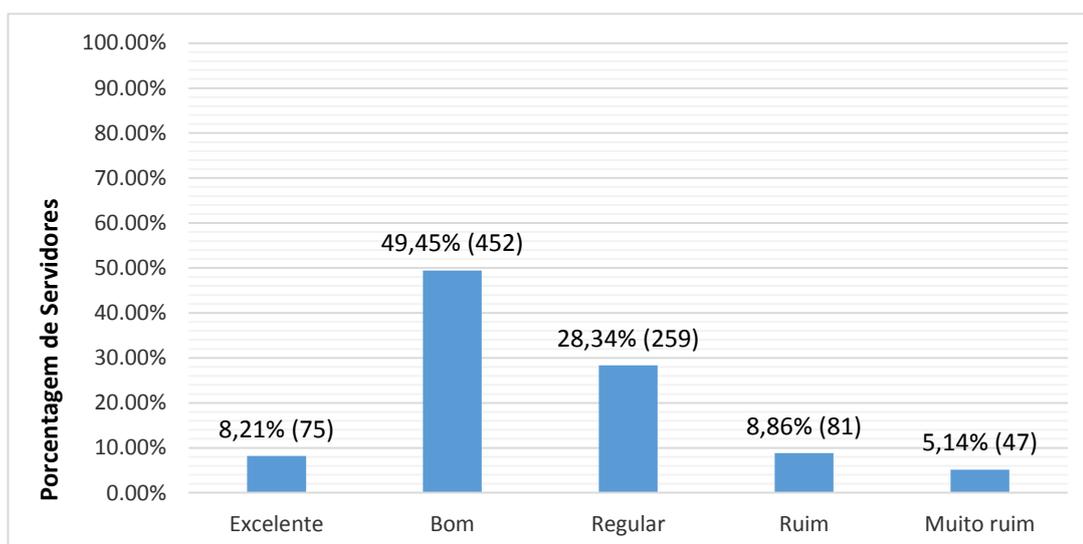
50-Como você se sente quanto à satisfação de realizar sua atividade no seu local de trabalho?



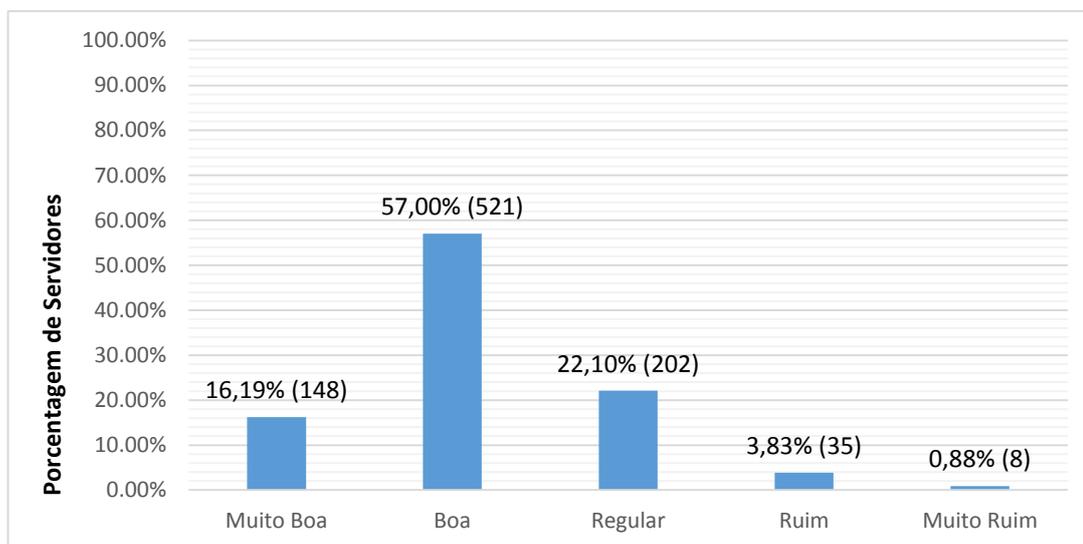
51-Como você considera o clima de trabalho no seu local de trabalho?



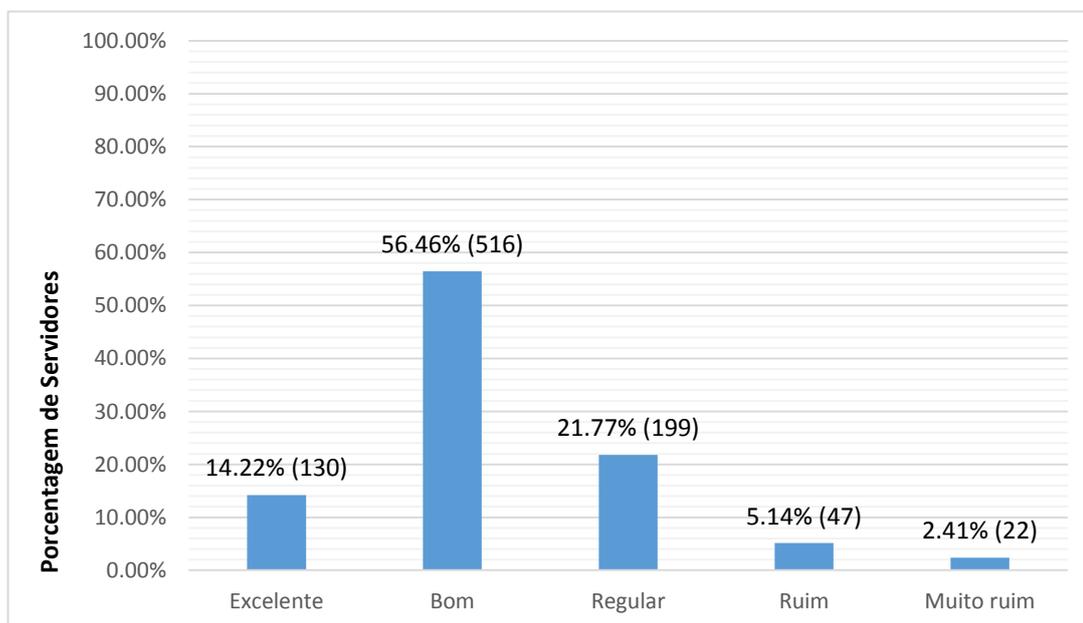
52-Como você avalia o seu volume de serviço?



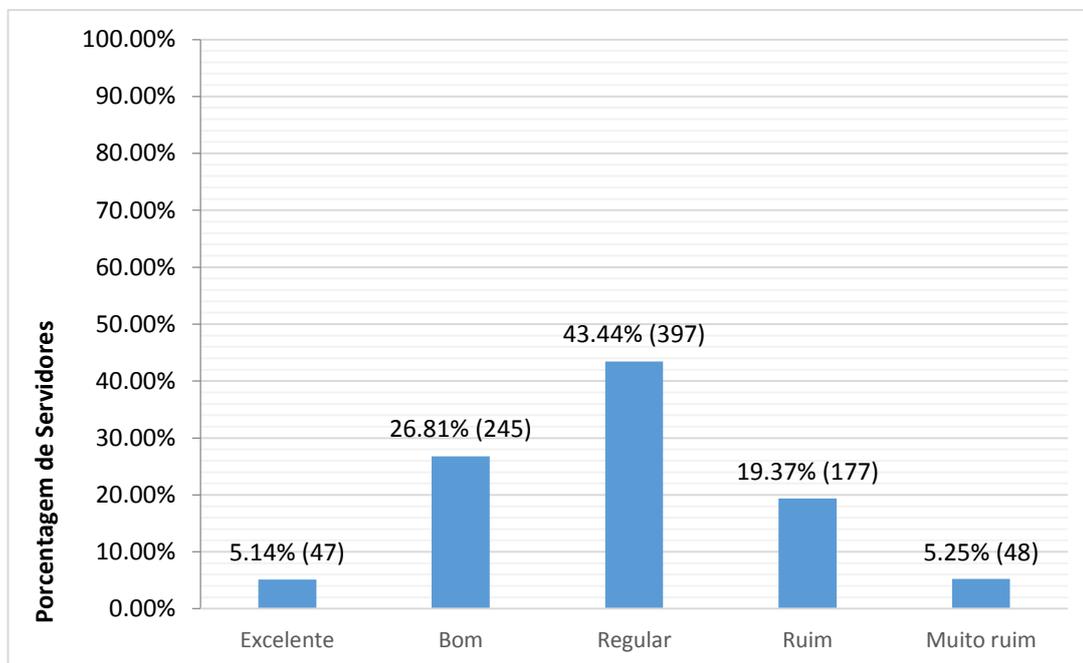
53-Durante sua jornada de trabalho você classifica sua concentração como?



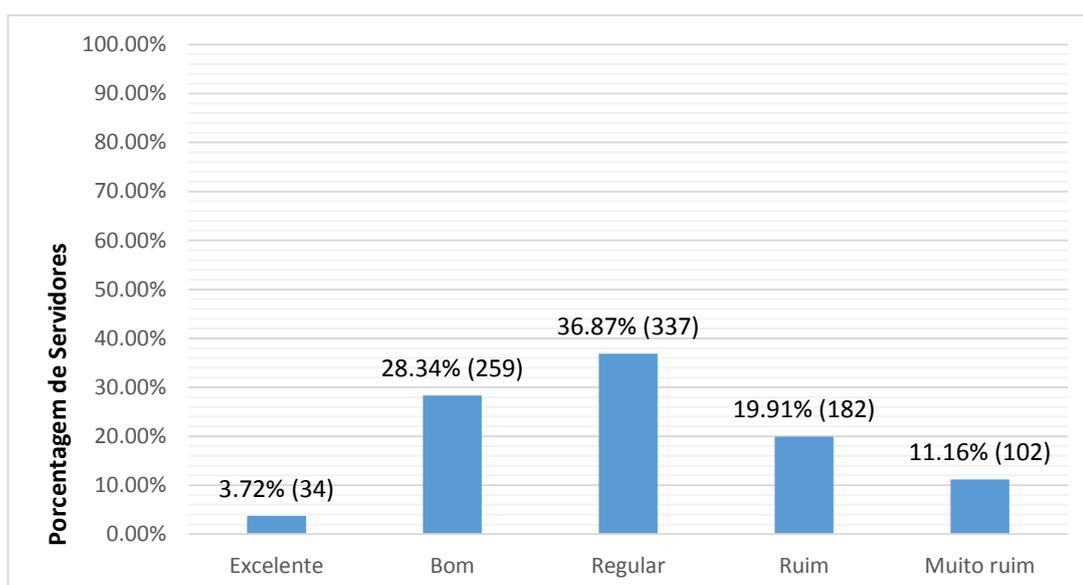
54-Como você avalia o seu posto de trabalho?



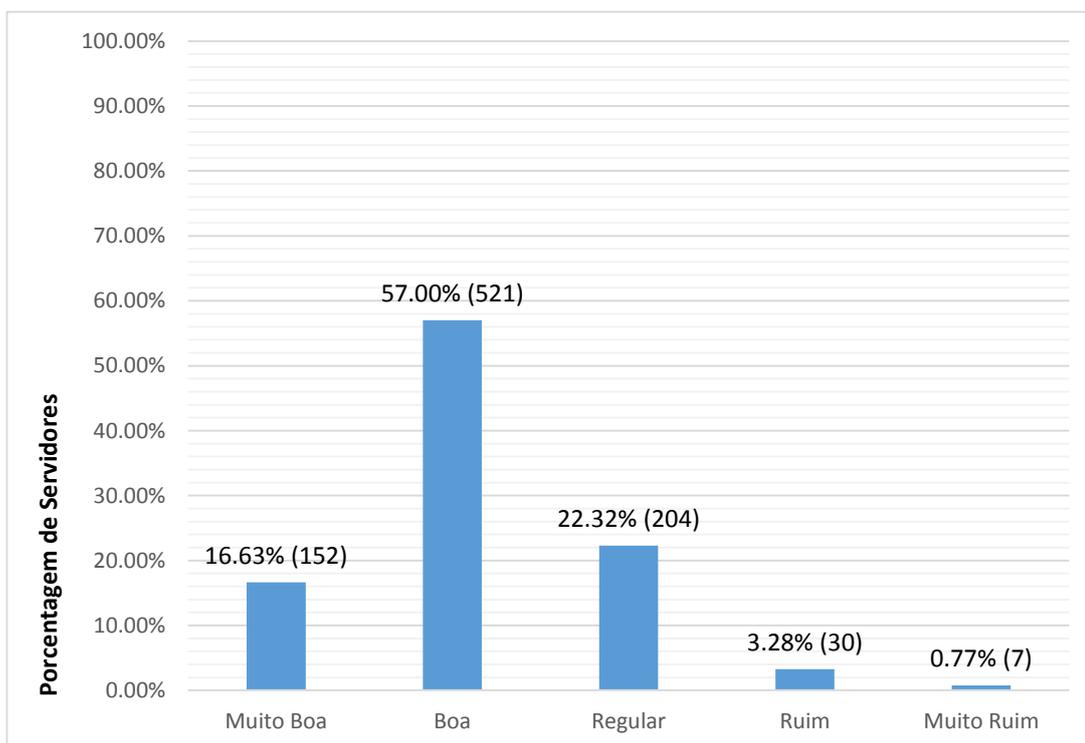
55-Como você avalia seu conhecimento sobre as adaptações necessárias para uma pessoa com deficiência trabalhar?



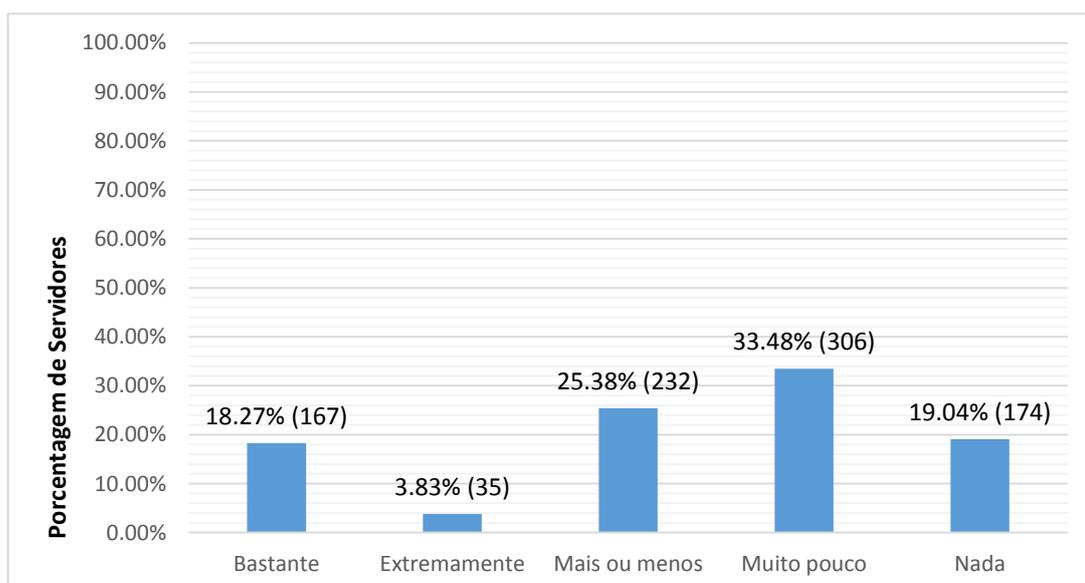
56-Como você avalia os acessos e as adaptações no ambiente do IFSP para as pessoas com deficiência?



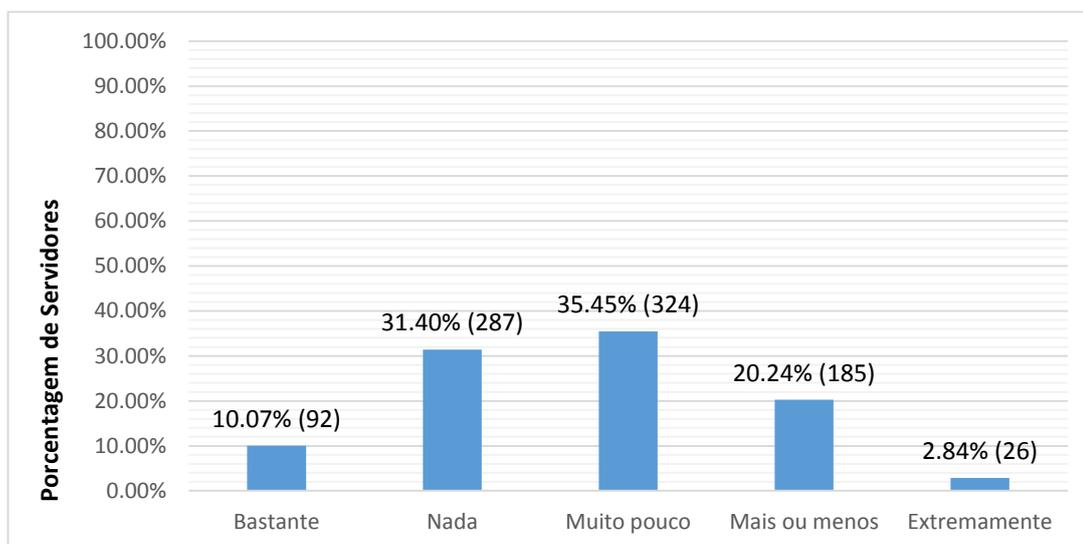
57-Como avalia a sua qualidade de vida?



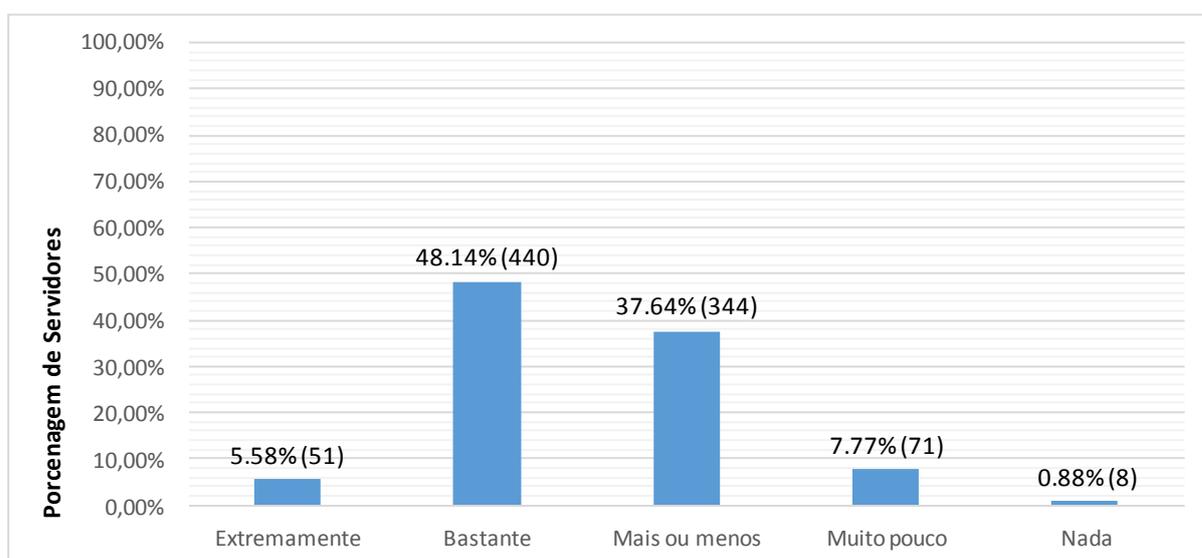
58-Em que medida você acha que uma eventual ou persistente dor física impede você de fazer o que você precisa?



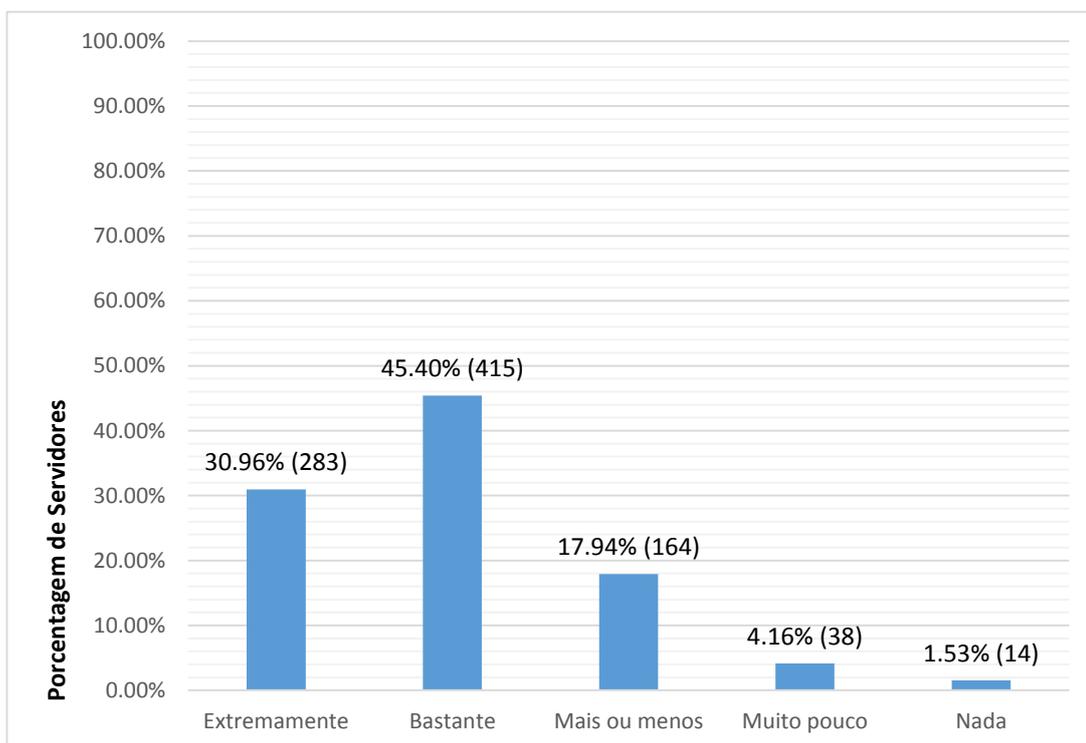
59-O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?



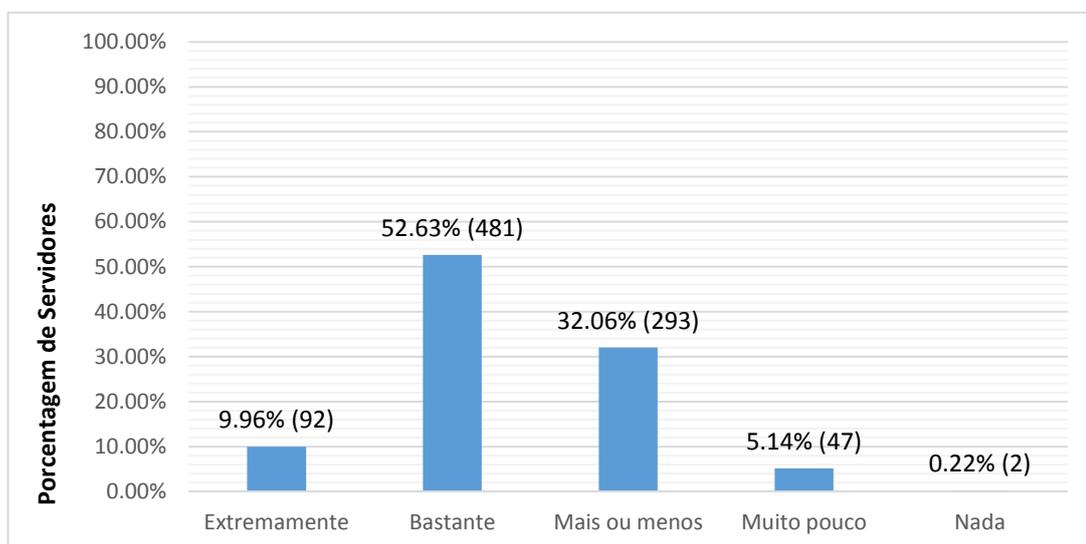
60-O quanto você aproveita a vida?



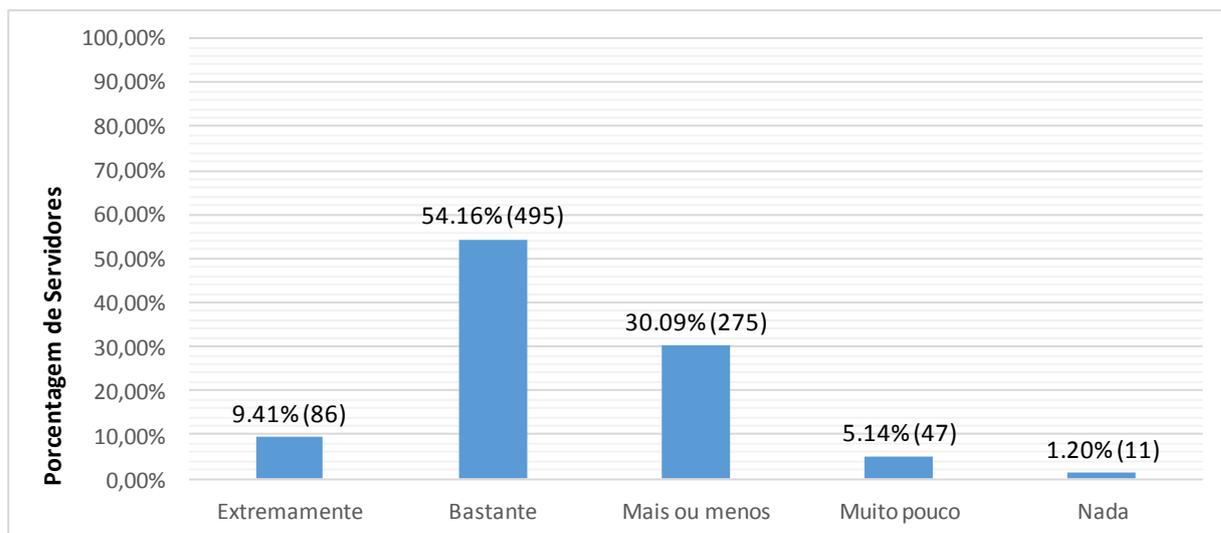
61-Em que medida você acha que sua vida tem sentido?



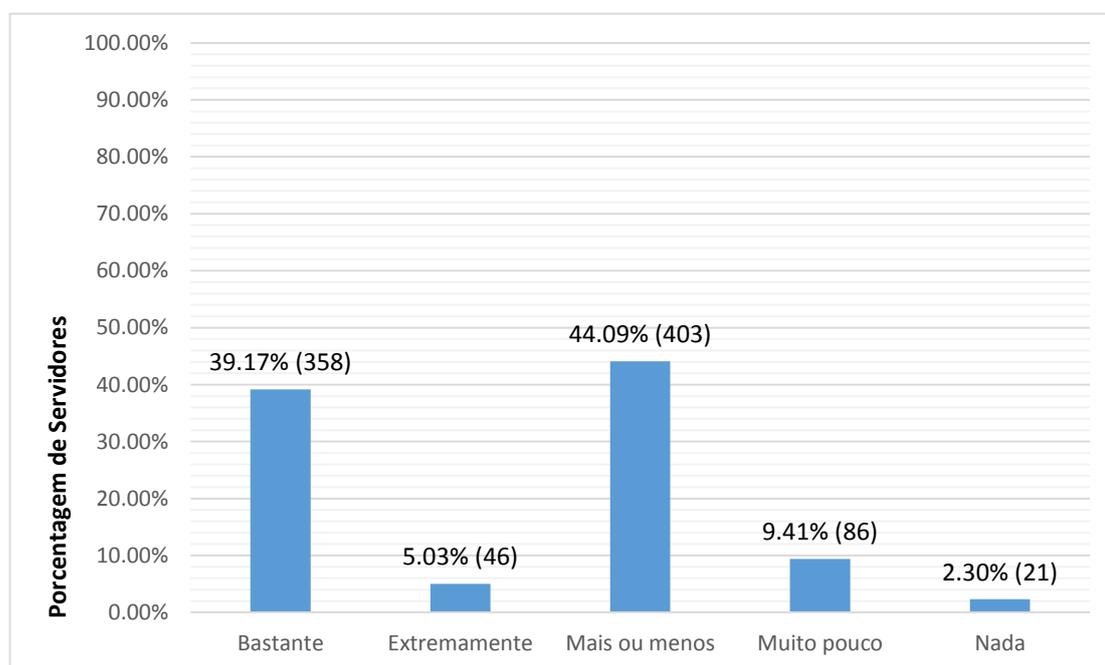
62-O quanto você consegue se concentrar?



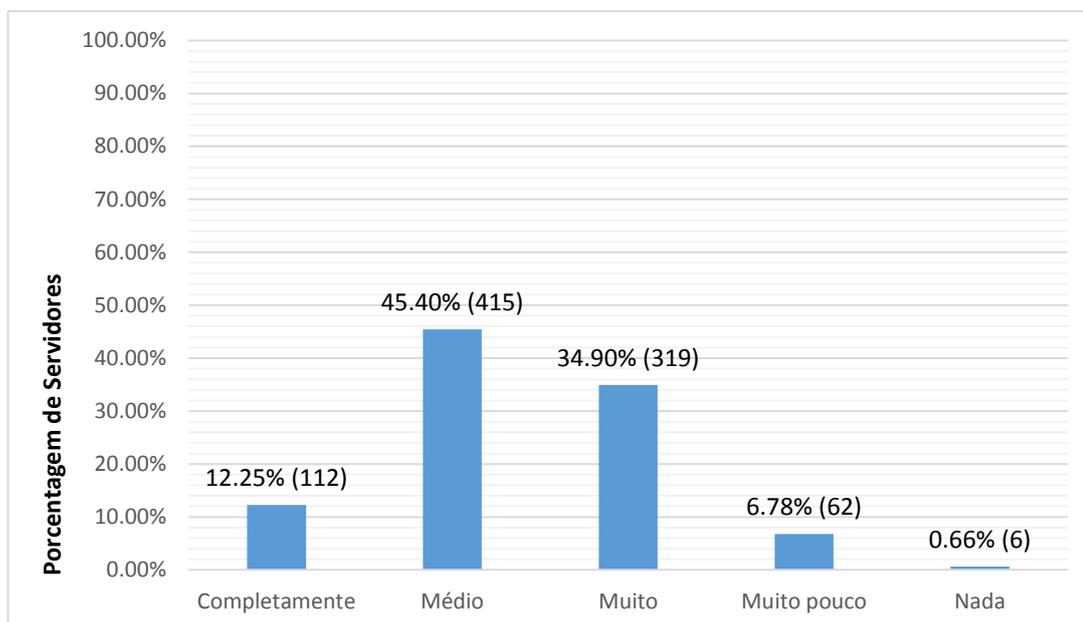
63-Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?



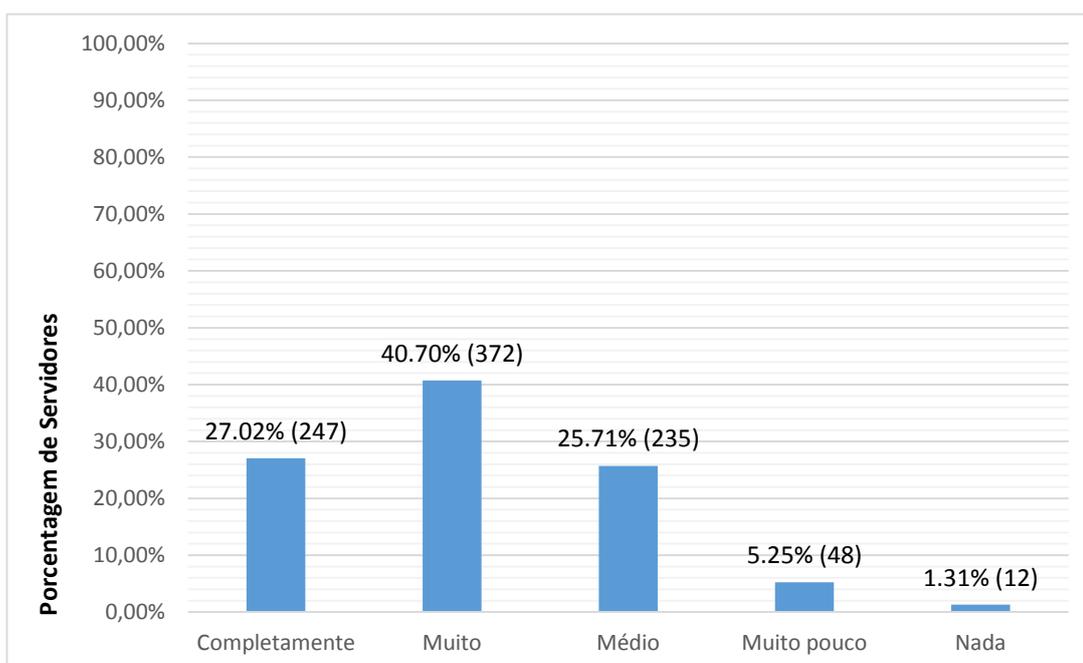
64-Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?



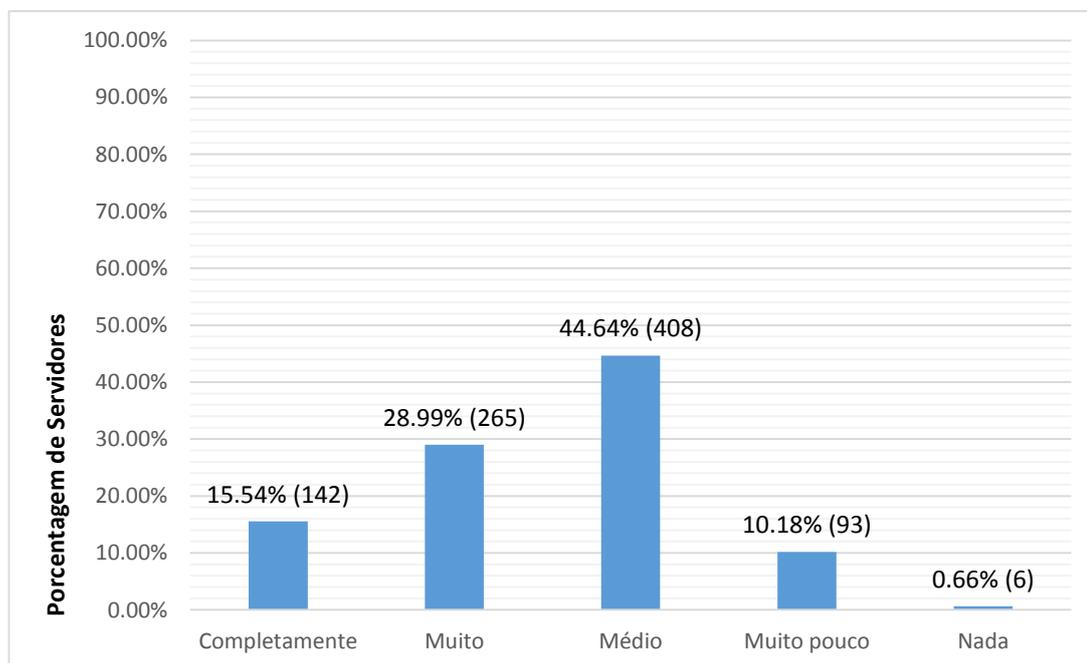
65-Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?



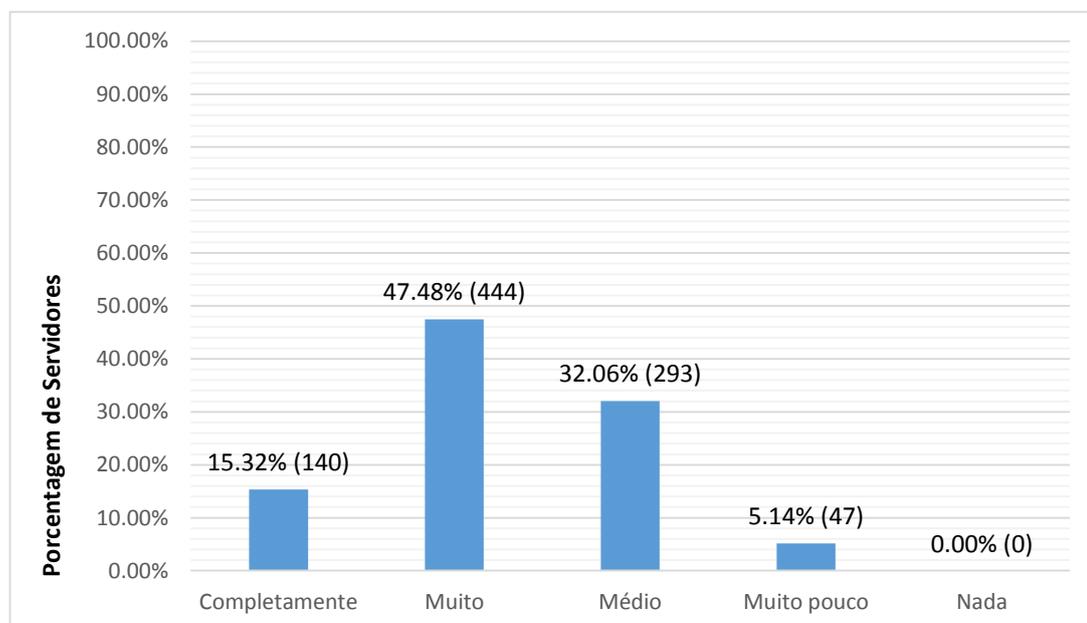
66-Você é capaz de aceitar sua aparência física?



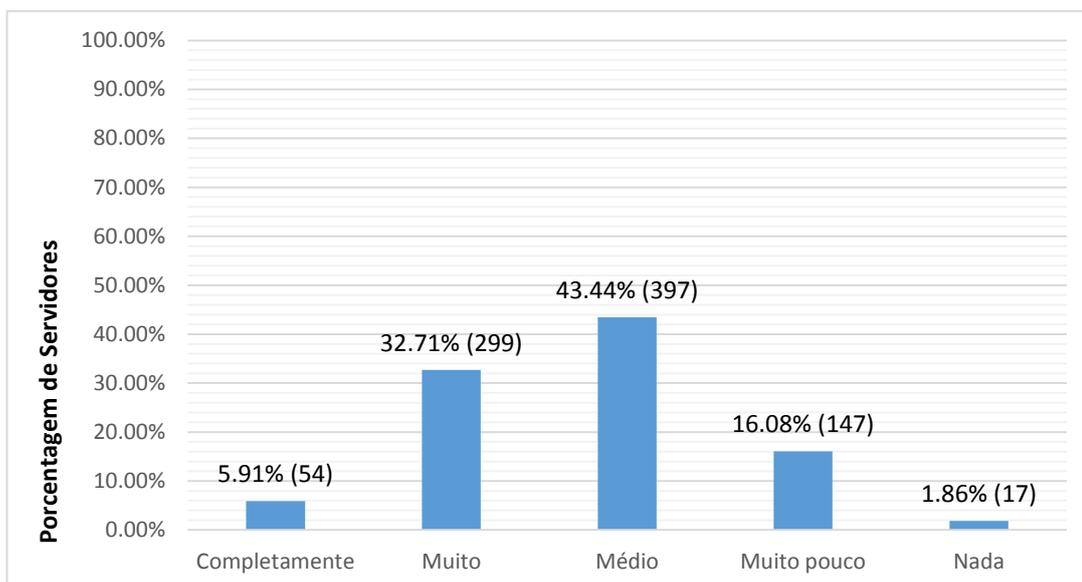
67-Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?



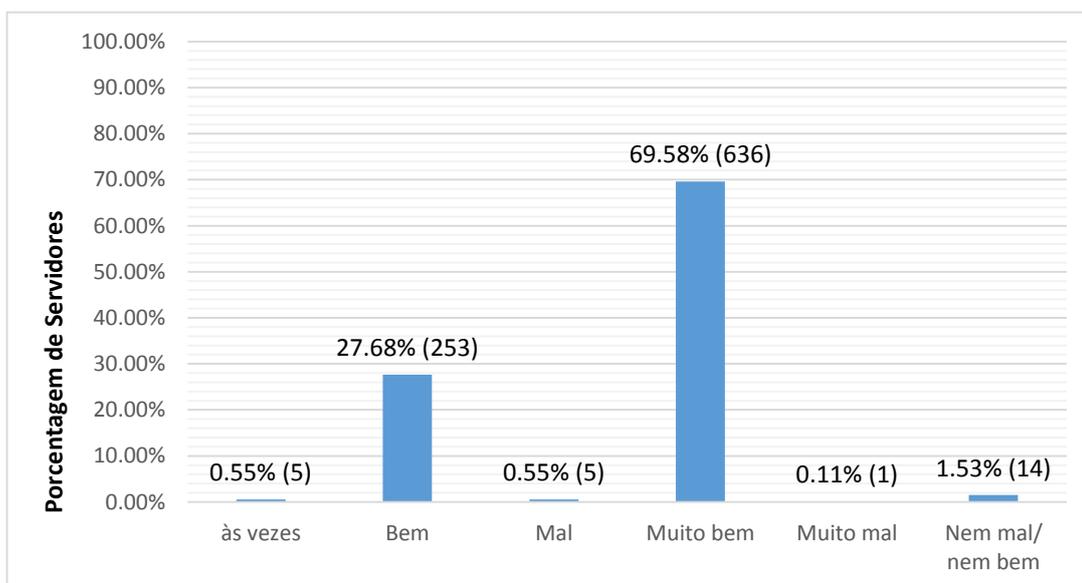
68-Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?



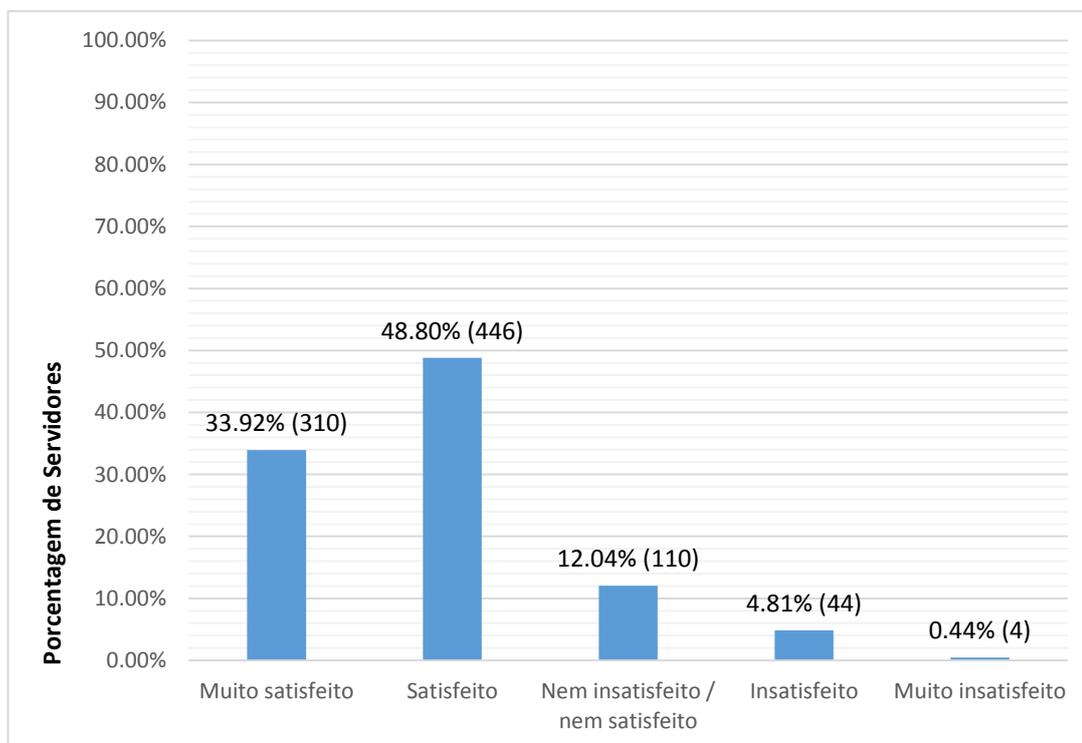
69-Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?



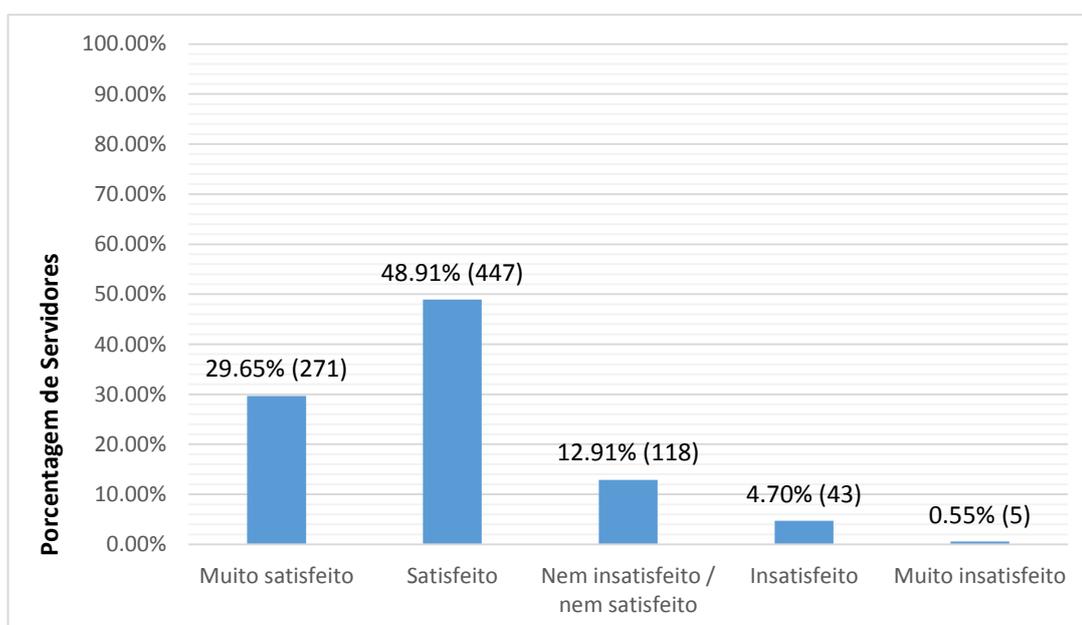
70-Você é capaz de se locomover?



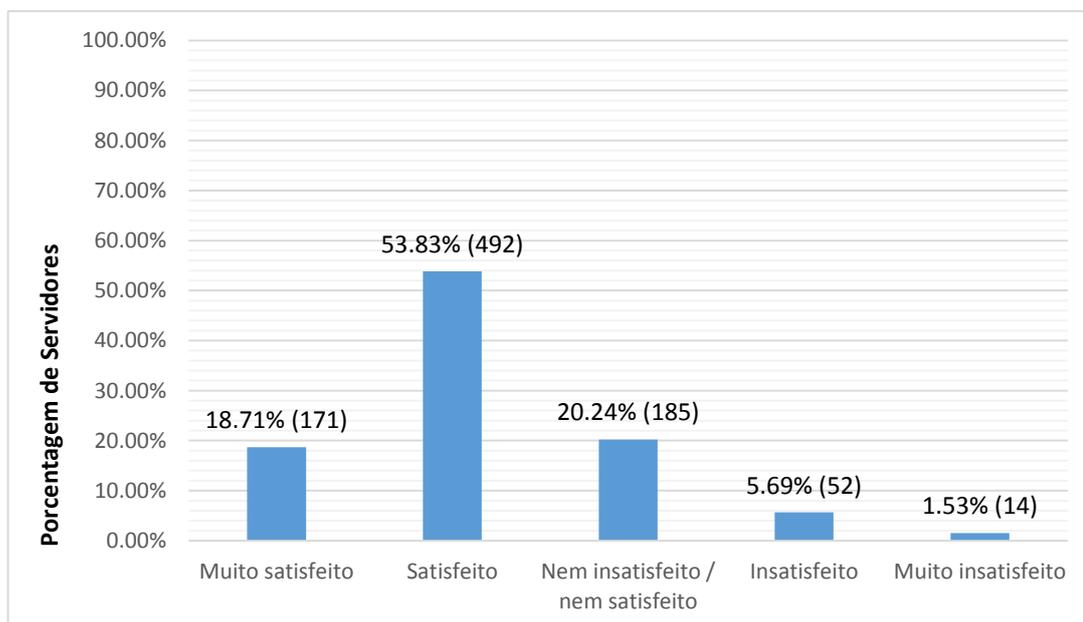
71-Você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?



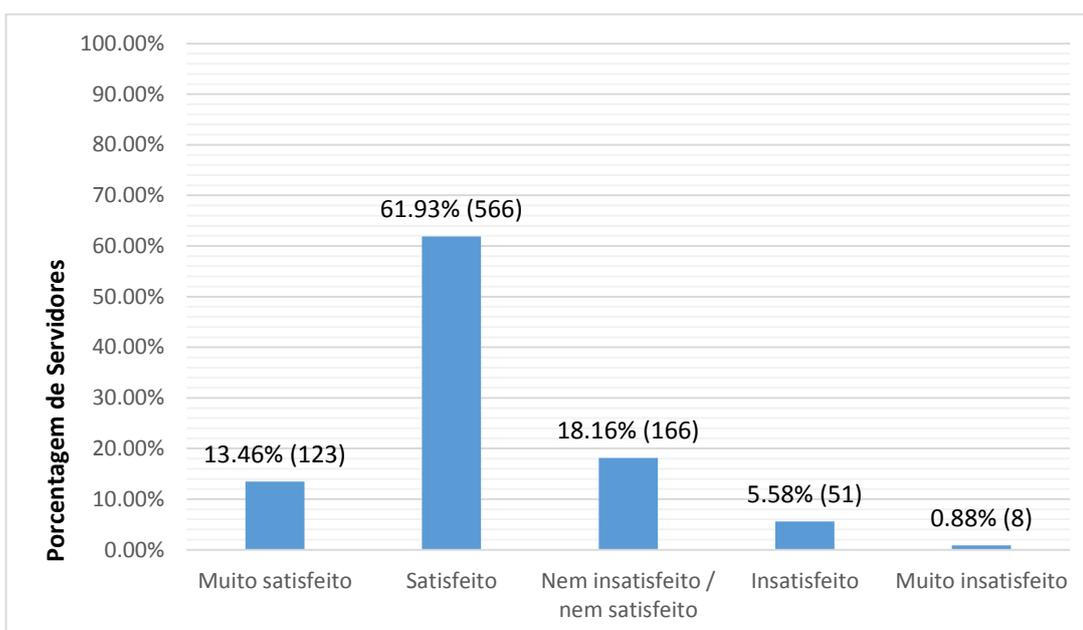
72-Você está com a sua capacidade para o trabalho?



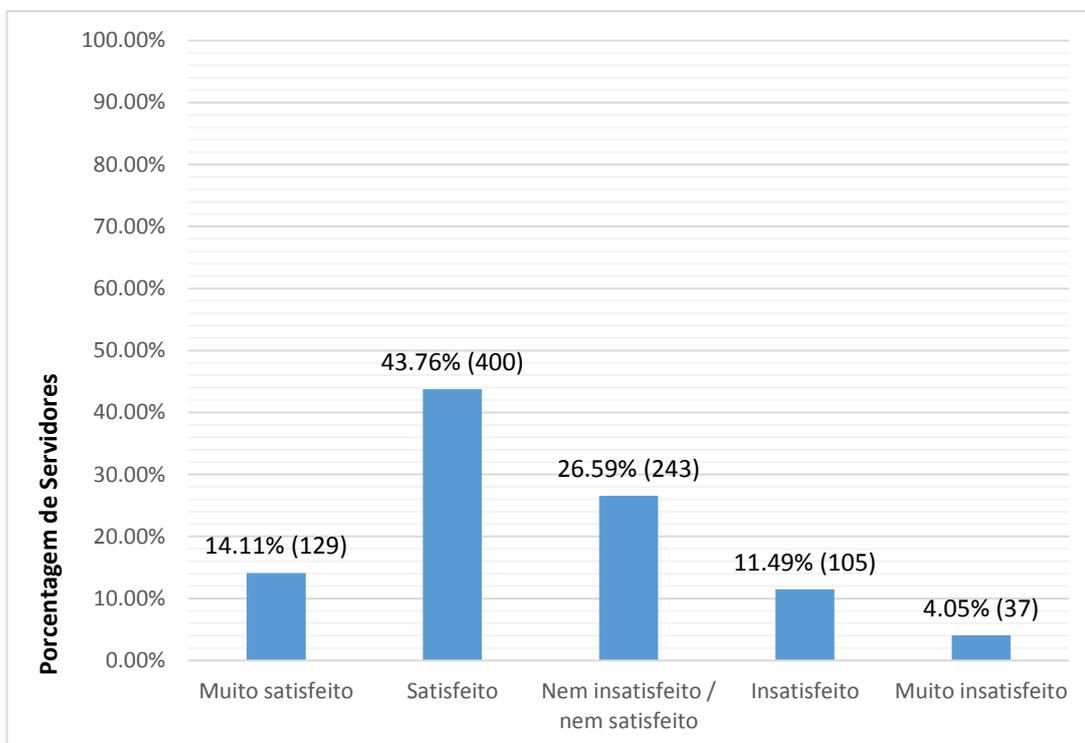
73-Você está consigo mesmo?



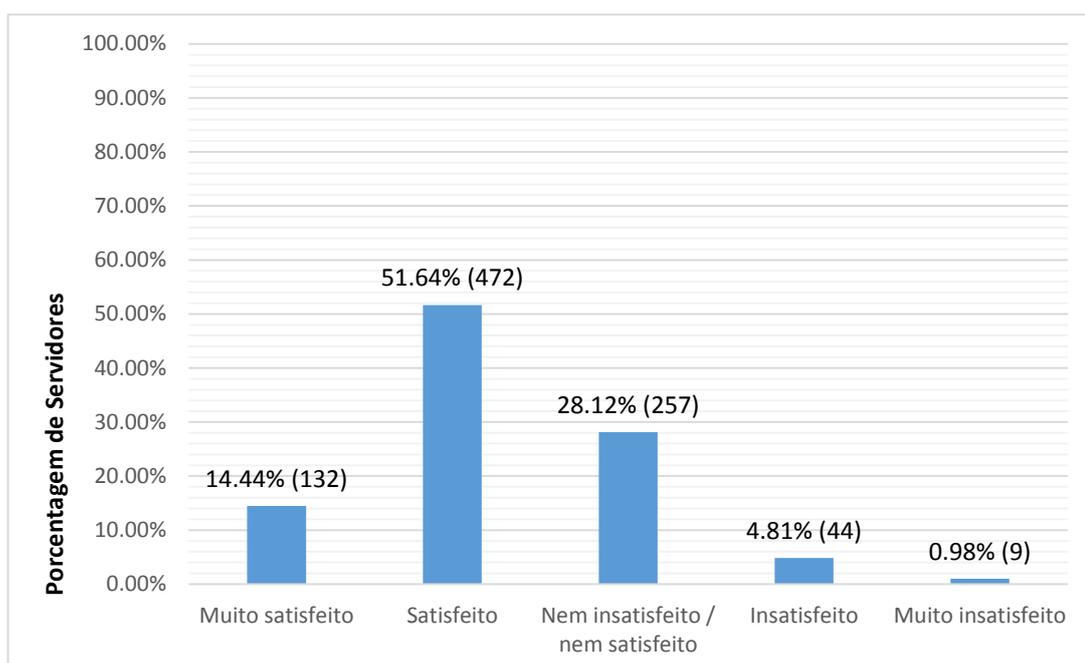
74-Você está em suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?



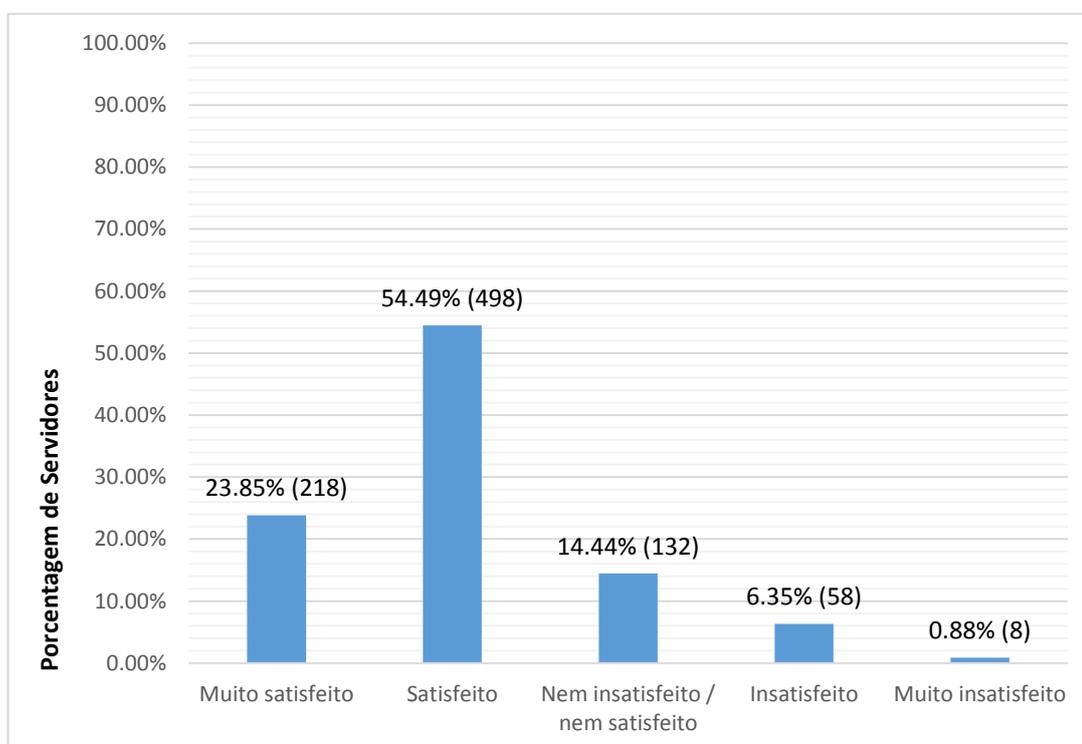
75-Você está com sua vida sexual?



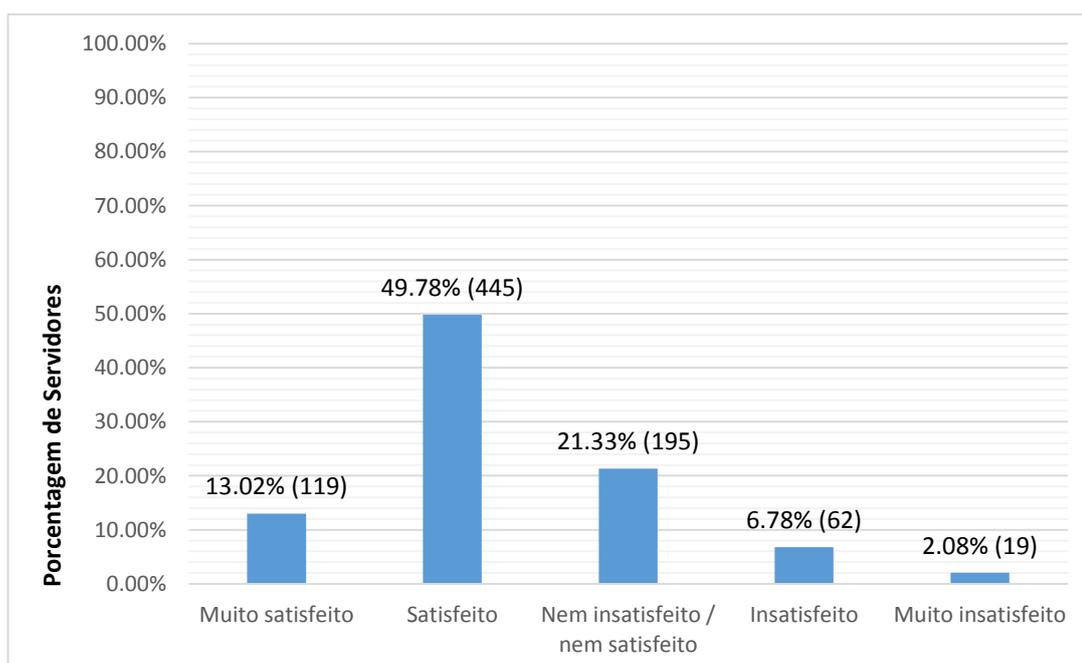
76-Você está com o apoio que você recebe de seus amigos?



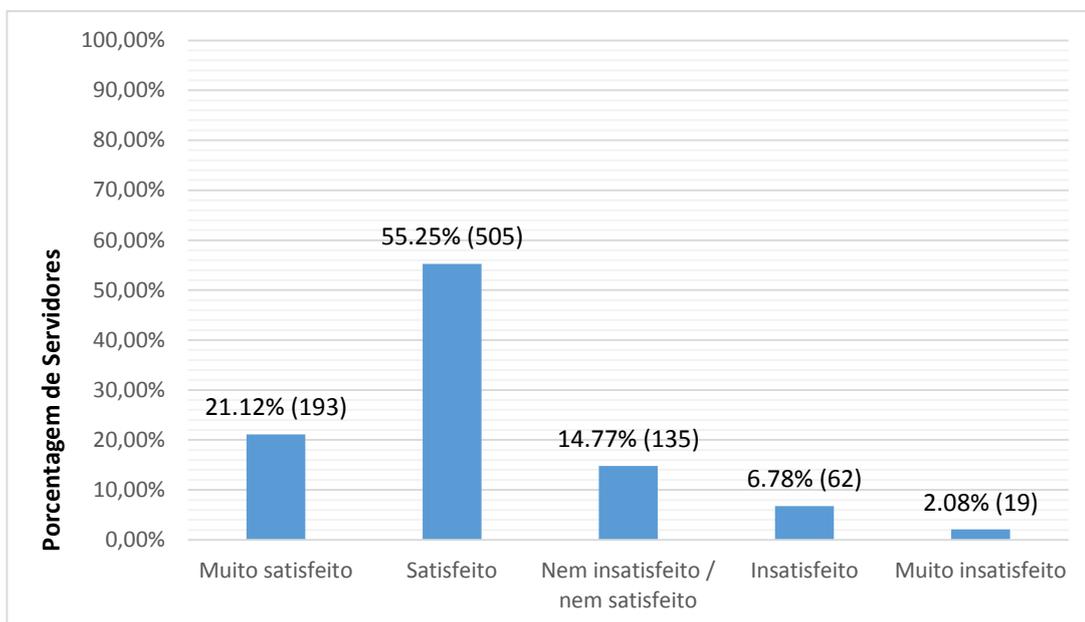
77-Você está com as condições do local onde mora?



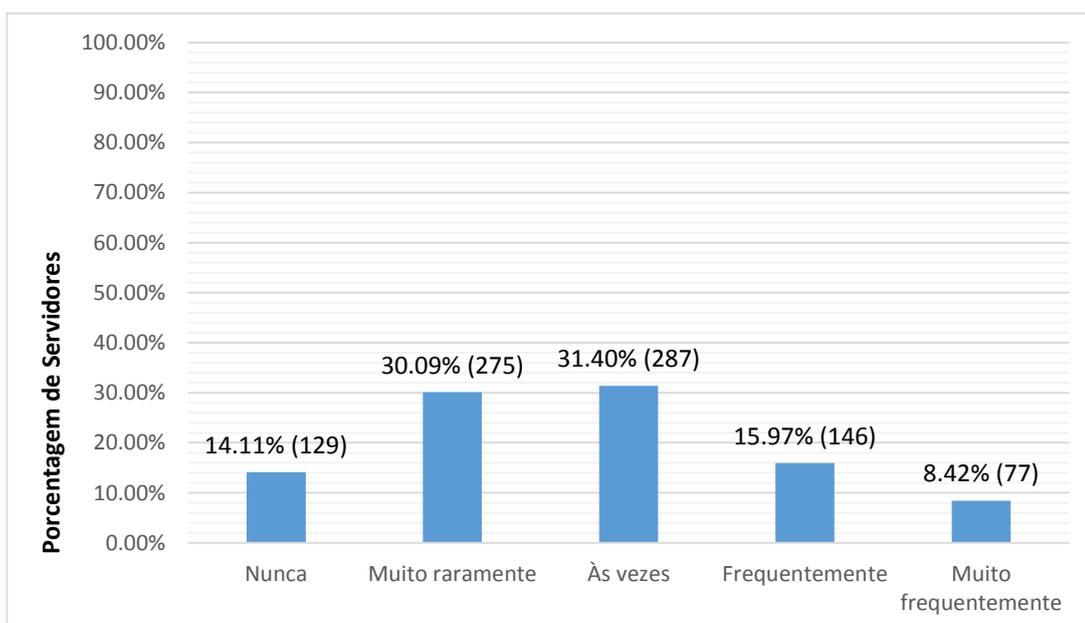
78-Você está com o seu acesso aos serviços de saúde?



79-Você está com o seu meio de transporte?



80-Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão nas 2 ÚLTIMAS SEMANAS?



ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES PÚBLICOS DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO

Pesquisador: Elizabeth Regina Negri Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80285417.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.436.532

Apresentação do Projeto:

O estudo visa investigar, avaliar e determinar o perfil de saúde e qualidade de vida dos servidores públicos efetivos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo. A pesquisa contemplará a aplicação de um questionário aos 4.178 servidores da instituição distribuídos em 36 câmpus pelo estado de São Paulo, correspondente a 100% da população em estudo. Espera-se identificar os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, além de outros indicadores de Saúde e Qualidade de Vida, que servirão de subsídio para a elaboração futura do Programa de Prevenção e Promoção da Saúde e Qualidade de Vida dos servidores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do estado de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar, avaliar e determinar o perfil de saúde e qualidade de vida dos servidores públicos efetivos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo.

Objetivo Secundário: Conhecer as condições gerais de saúde e qualidade de vida dos servidores pesquisados; • Determinar a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis na população em estudo; • Identificar os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (alimentação não saudável, sedentarismo, obesidade, dislipidemia, consumo de tabaco e álcool) e outros indicadores de saúde

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.436.532

e qualidade de vida na população em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não haverá situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que somente responderão às questões propostas no instrumento de coleta de dados.

Benefícios: Acreditamos que haverá benefícios diretos desta pesquisa para o participante, uma vez que ele poderá obter novos conhecimentos e informações

valiosas acerca da própria saúde e, como servidor público do Instituto Federal de São Paulo, será beneficiado pelo Programa de Prevenção e

Promoção da Saúde e Qualidade de Vida do Servidor, que será elaborado a posteriori.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisa se mostra pertinente pois busca avaliar o perfil desses profissionais, no caso - servidores públicos que trabalham em sua grande maioria em pé, para que possam exercer regularmente alguma atividade física, alimentação saudável, a fim de evitar o desencadeamento de doenças.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1031607.pdf	16/11/2017 16:48:51		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	16/11/2017 16:42:00	MARCO ANTONIO POLIZIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/11/2017 15:05:51	Elizabeth Regina Negri Barbosa	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D

Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3603-6895

Fax: (16)3603-6815

E-mail: cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.436.532

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertacao.pdf	10/11/2017 14:57:26	Elizabeth Regina Negri Barbosa	Aceito
---	-------------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 13 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO B
AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
INSTITUTO FEDERAL DE SÃO PAULO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO
Rua Pedro Vicente, 625 - Canindé
01109-010 - São Paulo - SP
Telefone (11) 3775-4665 - E-mail: cep_ifsp@ifsp.edu.br

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade De Ribeirão Preto - UNAERP

Prezados membros do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP, na função de representante legal do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo (IFSP), informo que o projeto de pesquisa intitulado: **Perfil de Saúde e Qualidade de Vida de servidores públicos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo**, apresentado pelo pesquisador **Marco Antonio Plolizio**, cujo objetivo principal é: **Investigar e avaliar as variáveis que determinam o perfil de saúde e a qualidade de vida dos servidores públicos efetivos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo**, não preterindo os critérios estabelecidos na legislação vigente, foi analisado e considerado que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNAERP.

Dados do Responsável Legal pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:

Nome: Eduardo Antonio Modena

Cargo: Reitor (DOU n.º 67/2013 – Seção 2 – Página 1 – Decretos de 08 de abril de 2013)

Telefone para contato: (11) 3775-4568 – e-mail: cep_ifsp@ifsp.edu.br

São Paulo, 05 de setembro de 2017.


Eduardo Antonio Modena

Reitor do IFSP

ANEXO C

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE
(QVS-80)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE (QVS-80)	
Este é um questionário sobre sua QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE. ATENÇÃO: você não precisa escrever o seu nome neste questionário. As suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo. Por favor, responda todas as questões. Em caso de dúvida, pergunte ao instrutor.	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
<ul style="list-style-type: none"> • Idade (anos): _____ • Peso (kg): _____ • Altura (cm): _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Renda familiar mensal: ① Até R\$ 207,00 ② de R\$ 207,00 a 424,00 ③ de R\$ 424,00 a 927,00 ④ de R\$ 927,00 a 1.669,00 ⑤ de R\$ 1.669,00 a 2.804,00 ⑥ de R\$ 2.804,00 a 4.648,00 ⑦ Acima de R\$ 4.648,00
1. Sexo: ① Masculino ② Feminino	
2. Qual o seu Estado civil: ① Solteiro(a) ② Casado(a)/Vivendo com parceiro ③ Divorciado(a) / Separado(a) ④ Viúvo	
3. Qual o seu grau de instrução?	
① Primeiro grau ② Segundo grau incompleto ③ Segundo grau ④ Superior ⑤ Pós-graduação	
4. Há quanto tempo você trabalha na empresa? ① 0 a 5 anos ② 6 a 20 anos ③ Mais de 20 anos	
5. Qual a sua função na empresa? ① Diretoria ② Administrativo ③ Produção	
6. Como é o seu turno de trabalho? ① Fixo ② Rodízio/Alternado	
7. Há quanto tempo você trabalha neste turno?	
① até 6 meses ② 6 a 11 meses ③ 1 ano a 1 ano e 11 meses ④ 2 a 2 anos e 11 meses ⑤ 3 anos ou mais	
8. Qual(is) o(s) período(s) que você trabalha? ① Manhã ② Tarde ③ Manhã/ Tarde ④ Noite	
9. Marque abaixo qual(is) doença(s) você apresenta atualmente:	
① Nenhuma doença ② Diabetes ③ Colesterol alto ④ Asma / Bronquite/ Rinite ⑤ Pressão alta	
10. Além das doenças citadas acima você apresenta alguma dessas outras doenças:	
① Nenhuma doença ② Triglicéridios altos ③ Doenças da tireóide ④ Câncer ⑤ Doenças cardíacas e circulatórias	
11. Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma das doenças abaixo:	
① Nenhuma doença ② Diabetes ③ Colesterol alto ④ Asma / Bronquite/ Rinite ⑤ Pressão alta	
12. Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma dessas outras doenças listadas abaixo:	
① Nenhuma doença ② Triglicéridios altos ③ Doenças da tireóide ④ Câncer ⑤ Doenças cardíacas e circulatórias	
13. Marque abaixo qual(is) locais você apresenta desconforto/dor:	
① Nenhuma dor ② Cabeça/Olhos ③ Coluna ④ Braços/Ombro ⑤ Punhos/Mãos ⑥ Pernas/Pés	
ESTILO DE VIDA E SAÚDE	
14. Como está sua saúde atualmente?	
① Excelente ② Boa ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim	
15. Como você considera a qualidade de seu sono?	
① Excelente ② Boa ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim	
16. Qual a duração média do seu sono?	
① Mais de 8 horas ② 7 a 8 horas ③ 6 a 7 horas ④ 5 a 6 horas ⑤ Menos de 5 horas	
17. Você dorme lendo sentado:	
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente	
18. Você dorme assistindo televisão:	
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente	
19. Você costuma dormir sentado em um local público, por exemplo, aguardando na sala de espera de um consultório médico:	
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente	

20. Você dorme como passageiro de um automóvel, durante uma hora de viagem sem parada do carro:
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente
21. Você dorme quando está deitado descansando durante a tarde:
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente
22. Você dorme quando está sentado conversando com alguém:
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente
23. Você dorme quando está sentado tranquilamente após o almoço (sem ter consumido álcool):
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente
24. Você dorme ao volante se o seu carro ficar parado no trânsito por alguns minutos:
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente
25. Você considera sua vida em família:
① Excelente ② Boa ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
26. Como você se sente quando está no trabalho:
① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
27. Como você se sente em seu horário de lazer:
① Excelente ② Bem ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
28. Em relação ao cigarro:
① Nunca fumei ② Parei há mais de 2 anos ③ Parei de 1 ano a menos de 2 anos ④ Parei há menos de 1 ano ⑤ Sou fumante
29. Se você é fumante, quantos cigarros você fuma por dia?
① Não sou fumante ② menos de 5 cigarros ③ 5 a 14 cigarros ④ 15 a 20 cigarros ⑤ mais de 20 cigarros
30. Em uma semana normal, quantas "doses" de bebidas alcoólicas você bebe? (1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça):
① Não bebo ② 1 a 4 doses ③ 5 a 9 doses ④ 10 a 13 doses ⑤ 14 doses ou mais
31. Você pratica exercícios físicos regularmente?
① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca
32. Quantas horas por semana você pratica caminhada?
① Mais de 4 h ② entre 2 e 4 h ③ entre 1h e 2 h ④ entre meia hora e 1 hora ⑤ não pratico
33. Quantas horas por semana você pratica corrida?
① Mais de 4 h ② entre 2 e 4 h ③ entre 1h e 2 h ④ entre meia hora e 1 hora ⑤ não pratico
34. Quantas horas por semana você pratica musculação ou artes marciais?
① Mais de 4 h ② entre 2 e 4 h ③ entre 1h e 2 h ④ entre meia hora e 1 hora ⑤ não pratico
35. Quantas horas por semana você pratica atividades aquáticas (natação/hidroginástica)?
① Mais de 4 h ② entre 2 e 4 h ③ entre 1h e 2 h ④ entre meia hora e 1 hora ⑤ não pratico
36. Quantas horas por semana você pratica atividades esportivas (futebol, vôlei, basquete, futsal)?
① Mais de 4 h ② entre 2 e 4 h ③ entre 1h e 2 h ④ entre meia hora e 1 hora ⑤ não pratico
37. Quantas horas por semana você pratica dança ou ginástica?
① Mais de 4 h ② entre 2 e 4 h ③ entre 1h e 2 h ④ entre meia hora e 1 hora ⑤ não pratico
38. Há quanto tempo você pratica atividades físicas regulares?
① Mais de 2 anos ② de 1 a 2 anos ③ de 3 a 12 meses ④ Menos de 3 meses ⑤ não pratico
39. Quando você faz atividades físicas, em que medida você as realiza pelo prazer da atividade?
① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca
40. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares pelas relações sociais que a atividade proporciona?
① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca
41. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos médicos?
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente

42. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares para melhorar a condição física?
① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca
43. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos estéticos?
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente
44. Quanto tempo você fica sentado durante um dia de seu trabalho:
① Não fico sentado ② entre meia hora e 2 horas ③ entre 2h e 4 h ④ entre 4 e 7 h ⑤ mais de 7 h
45. No trabalho você se desloca (caminha, sobe escadas):
① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca
ATIVIDADE FÍSICA NA EMPRESA
46. A empresa em que você trabalha oferece Ginástica Laboral ?
① SIM, com instrutores próprios ② SIM, com instrutores de outra empresa ③ NÃO
47. Você participa da Ginástica Laboral?
① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca
48. Em que medida a Ginástica Laboral trouxe benefícios para você ?
① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca
49. Em sua opinião a Ginástica Laboral tem influenciado a sua hora de lazer (tempo livre)
① Muito frequentemente ② Frequentemente ③ Às vezes ④ Muito raramente ⑤ Nunca
AVALIAÇÃO DO AMBIENTE OCUPACIONAL
50. Como você se sente quanto à satisfação de realizar sua atividade na empresa:
① Excelente ② Bom ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
51. Como você considera o clima de trabalho na sua empresa:
① Excelente ② Bom ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
52. Como você avalia o seu volume de serviço:
① Excelente ② Bom ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
53. Durante sua jornada de trabalho você classifica sua concentração como:
① Muito boa ② Boa ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
54. Como você avalia o seu posto de trabalho:
① Excelente ② Bom ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
55. Como você avalia o seu conhecimento sobre as adaptações necessárias para uma pessoa com deficiência trabalhar na empresa
① Excelente ② Bom ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
56. Como você avalia os acessos e as adaptações no ambiente da empresa para as pessoas com deficiência:
① Excelente ② Bom ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
57. Como você avalia a sua qualidade de vida?
① Muito boa ② Boa ③ Regular ④ Ruim ⑤ Muito ruim
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nas últimas 2 semanas:
58. Em que medida você acha que uma eventual ou persistente dor física impede você de fazer o que você precisa?
① Nada ② Muito pouco ③ Mais ou menos ④ Bastante ⑤ Extremamente
59. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
① Nada ② Muito pouco ③ Mais ou menos ④ Bastante ⑤ Extremamente
60. O quanto você aproveita a vida?
① Extremamente ② Bastante ③ Mais ou menos ④ Muito pouco ⑤ Nada
61. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
① Extremamente ② Bastante ③ Mais ou menos ④ Muito pouco ⑤ Nada

62. O quanto você consegue se concentrar?
① Extremamente ② Bastante ③ Mais ou menos ④ Muito pouco ⑤ Nada
63. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
① Extremamente ② Bastante ③ Mais ou menos ④ Muito pouco ⑤ Nada
64. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
① Extremamente ② Bastante ③ Mais ou menos ④ Muito pouco ⑤ Nada
As questões seguintes perguntam sobre <u>quão completamente</u> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas 2 semanas:
65. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?
① Completamente ② Muito ③ Médio ④ Muito pouco ⑤ Nada
66. Você é capaz de aceitar sua aparência física?
① Completamente ② Muito ③ Médio ④ Muito pouco ⑤ Nada
67. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
① Completamente ② Muito ③ Médio ④ Muito pouco ⑤ Nada
68. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
① Completamente ② Muito ③ Médio ④ Muito pouco ⑤ Nada
69. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
① Completamente ② Muito ③ Médio ④ Muito pouco ⑤ Nada
As questões seguintes perguntam sobre <u>quão bem ou satisfeito</u> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas 2 semanas:
70. Você é capaz de se locomover?
① Muito bem ② Bem ③ Nem mal/nem bem ④ Mal ⑤ Muito mal
71. Você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
72. Você está com sua capacidade para o trabalho?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
73. Você está consigo mesmo?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
74. Você está em suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
75. Você está com sua vida sexual?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
76. Você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
77. Você está com as condições do local onde mora?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
78. Você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
79. Você está com o seu meio de transporte?
① Muito satisfeito ② Satisfeito ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito ④ Insatisfeito ⑤ Muito insatisfeito
80. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão nas últimas 2 semanas?
① Nunca ② Muito raramente ③ Às vezes ④ Frequentemente ⑤ Muito frequentemente
Este instrumento pode ser reproduzido e utilizado para fins educacionais e de pesquisa, desde que citados os seus autores e fonte: LEITE, Neiva; VILELA JÚNIOR, Guanis de Barros; CIESLAK, Fabrício; ALBUQUERQUE, André Martines – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE – QVS-80 In: MENDES, Ricardo Alves e LEITE, Neiva Ginástica Laboral: Princípios e Aplicações Práticas . Barueri (SP): Manole, cap 3, 2008.

Fonte: MENDES, Ricardo Alves e LEITE, Neiva. **Ginástica Laboral: Princípios e Aplicações Práticas**. 3ª ed. revista e ampliada. Baueri, São Paulo: Manole, cap 3, 2012. p.55