

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO ORGANIZACIONAL

IRAMAIA FERREIRA BARRETO

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS TRABALHADORES
DE UMA INDÚSTRIA AUTOMOBILÍSTICA

Catalão-GO

2015

IRAMAIA FERREIRA BARRETO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE
UMA INDÚSTRIA AUTOMOBILÍSTICA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Goiás/Regional Catalão para a obtenção do Título de Mestre em Gestão Organizacional, Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional.

Linha de Pesquisa: Indivíduo, organização, trabalho e sociedade.

Orientadora: Profª Drª Renata Alessandra Evangelista

Catalão-GO

2015

Dedico esta dissertação a meu avô Edgar Adão Ferreira, minha fonte de inspiração. Você foi uma estrela cadente, com a passagem demasiadamente rápida pela terra, porém brilhante. Eternas Saudades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter colocado pessoas especiais ao meu lado, sem as quais, certamente, não teria dado conta. Apesar de uma dissertação de mestrado ser um processo solitário a que o pesquisador está destinado, reúne contribuição de várias pessoas. Desde o início do mestrado, tive o privilégio de contar com o apoio da minha querida sobrinha Maria Carolina, nas horas mais difíceis quando eu achava que não ia conseguir, ela me socorria. Sem a sua ajuda, a realização desse sonho não teria sido possível. Valeu pela ajuda. Agradeço, em especial, a Professora Doutora Renata Alessandra Evangelista, orientadora da dissertação, que considero uma exímia profissional e acima de tudo uma grande amiga, sempre me auxiliando de forma carinhosa. Obrigada pelos ensinamentos, dedicação e disponibilidade na colaboração sempre que por mim foi solicitada. Agradeço também ao professor Alexandre de Assis Bueno que sempre se mostrou disposto a me auxiliar. Aos meus tios, tias, primos e primas que sempre vibraram comigo desde a aprovação na prova e sempre transmitiram vibrações positivas durante a minha caminhada. Estou muito grata aos meus irmãos Guilherme e Rafael pelo incentivo recebido ao longo destes anos. Obrigada pelo amor, alegria e atenção sem reservas. Amo vocês. À minha amiga de sempre Sonielle, obrigada por me ajudar e querer o meu bem me valorizando tanto como pessoa. Obrigada pela amizade. À minha amiga do mestrado Andrécia que se tornou verdadeira amiga. Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias. Não poderia deixar de agradecer à Maria Eliza, a maior certeza que não existe “madrasta” e sim uma segunda mãe. Obrigada pela amizade e cumplicidade. Ao meu namorado Gerth, que desde o início compreendeu a importância do mestrado para mim sempre me colocando para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Obrigada pela paciência, companheirismo, amor e carinho. Keila, minha mãe, irmã! Obrigada por tudo que você me ensinou. Não encontro palavras que consigam te agradecer. Obrigada por sua generosidade, simplicidade, pelo amor incondicional, pelo carinho e afeto. Fico completamente envolvida por um enorme sentimento de gratidão. Muito Obrigada. Por fim, agradeço aos meus pais Celina e Geraldo, deixei vocês por último porque sempre deixo o melhor para o final e vocês são o que há de melhor na minha vida. Obrigada por me incentivarem a alcançar caminhos cada vez mais distantes. Vocês merecem meu eterno agradecimento. Pai, obrigada pela presença e amor, agradeço por estar ao meu lado. Você é minha fortaleza. Mãe, obrigada por

aguentar minhas reclamações, meu mau humor às vezes quando eu tentava escrever e não conseguia. A bagunça dos meus artigos e resumos espalhados pela copa da casa. Você que sempre acreditou em minha capacidade e me achou a “melhor de todas”. Obrigada pelo amor ao longo dessa jornada e muitas outras.

“Muitos acreditam que o oposto do medo é a coragem. Eu acredito que o oposto do medo é a fé. Esta mesma fé que me faz vencer obstáculos e as adversidades da minha vida.”

(Arlindo Haetinger)

RESUMO

BARRETO, I. F. **Qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística**. 2015. 82 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás/Regional Catalão.

Este estudo objetivou verificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística. Para tanto, analisou as características individuais e a incidência de doenças crônicas entre os trabalhadores inscritos no Programa de Gerenciamento de Doenças, bem como identificou quais os domínios do instrumento *Short Form - 36 (SF-36)* estavam interferindo na qualidade de vida dos trabalhadores. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal. Realizada em uma indústria automobilística de grande porte, na região Centro-Oeste do país e com a participação de 43 trabalhadores dos diversos seguimentos da indústria, diagnosticados com hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes *mellitus*, que participavam do Programa Viva Saúde. Os resultados da pesquisa foram que, dos 43 trabalhadores entrevistados, a distribuição com relação ao gênero foi de 33 indivíduos do sexo masculino com 76,7% e 10 do sexo feminino, com 23,3%. O estado civil casado (a) foi informado por 39 trabalhadores (90,7%), sendo que 4 responderam ser solteiros (9,4%). Em relação à idade, a média foi de 40,79 anos com desvio padrão de 10,23 anos. Houve a prevalência de hipertensão arterial (74,4%), seguidas de hipertensão arterial associada à dislipidemia (11,6%), diabetes *mellitus* (9,3%), doenças cardiovasculares, hipertensão arterial associada à diabetes *mellitus*, apresentaram os mesmos valores (2,3%). Quanto à avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36), a maior média do escore obtido foi no domínio Aspectos Físicos (Média: 92,44), seguidos por Aspectos Emocionais (Média: 89,92), Capacidade Funcional (Média: 87,79), Aspectos Sociais (Média: 87,5) e Saúde Mental (Média: 80,09). Em contrapartida, o domínio Dor apresentou média 71,14, enquanto Vitalidade obteve 70,7, indicando valores moderados. Já o Estado Geral da Saúde (Média: 63,19) aproximou-se de um pior escore. A análise dos dados permitiu evidenciar que a morbidade hipertensão arterial foi mais frequente em homens, casados e com idade entre 25 e 34 anos, apresentando limitação no domínio Vitalidade, demonstrando que as doenças crônicas acarretam diminuição da qualidade de vida. Neste estudo, o SF-36 mostrou ser um instrumento confiável e a qualidade de vida dos trabalhadores verificada apresentou pontuações indicando percepção positiva desse *constructo*.

Descritores: Qualidade de vida relacionada à saúde; Trabalhadores; Promoção da Saúde; Saúde Ocupacional; Indústria.

ABSTRACT

BARRETO, I. F. Quality of life related to the health of workers from an automobile industry. 2015. 82 p. Dissertation (Master's degree) - Universidade Federal de Goiás/Regional Catalão.

This study aimed to verify the quality of life related to the workers' health from an automobile industry. To this end, we analyzed the individual characteristics and the incidence of chronic diseases among workers enrolled in the Disease Management Program as well as identified in which areas of the instrument Short Form - 36 (SF-36) were interfering in the quality of life of workers. This was a quantitative, descriptive and cross-sectional research. Held in a large automobile industry in the Midwest region of the country and with the participation of 43 workers of various industry segments, diagnosed with hypertension, dyslipidemia and diabetes mellitus, who participated in the "Viva Saúde" Program. The research results were that, of the 43 workers interviewed, the distribution regarding gender was 33 male with 76.7% and 10 female, with 23.3%. The married marital status was reported by 39 workers (90.7%), whereas 4 answered that were singles (9.4%). In relation to age, the average was 40.79 years with standard deviation of 10.23 years. There was a prevalence of hypertension (74.4%), followed by hypertension associated with dyslipidemia (11.6%), diabetes mellitus (9.3%), cardiovascular disease, hypertension associated with diabetes mellitus showed the same values (2.3%). Concerning the evaluation of quality of life related to health (SF-36), the highest average score obtained in the field was Physical Aspects (average: 92.44), followed by Emotional Aspects (Average: 89.92), Functional Capacity (average: 87.79), Social Aspects (Average: 87.5) and Mental Health (average: 80.09). On the other hand, the Pain dimension showed average 71.14, while Vitality obtained 70.7, indicating moderate values. Already the General State of Health (average: 63.19) came to a worse score. Data analysis has highlighted that morbidity hypertension was more frequent in men, married and aged between 25 and 34 years old, with limitation in the field Vitality, demonstrating that chronic diseases bring about reduced quality of life. In this study, the SF-36 proved to be a reliable instrument and the quality of life of workers checked had scores indicating positive perception of this construct.

Descriptors: Quality of life related to health; Workers; Health Promotion; Occupational health; Industry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Distribuição quanto a gênero da amostra estudada de uma empresa automobilística. Catalão, 2015

Figura 02 - Distribuição quanto a estado civil da amostra de uma empresa automobilística. Catalão, 2015

Figura 03 - Ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre os trabalhadores de uma empresa automobilística. Catalão, 2015

Figura 04 - Histograma de intervalos de idade com maior pontuação nos domínios do instrumento SF-36. Catalão, 2015

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Distribuição das idades em anos, da amostra separada em intervalos. Catalão, 2015

Tabela 02 - Distribuição dos valores dos domínios avaliados pelo SF-36 de uma empresa automobilística. Catalão, 2015

Tabela 03 - Distribuição dos valores da significância dos domínios relacionados entre si. Catalão, 2015

Tabela 04 - Distribuição da percepção da saúde atual dos trabalhadores comparada com a de um ano atrás. Catalão, 2015

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de Risco Cardiovascular proposto pelo Ministério da Saúde. Catalão, 2015

Quadro 2 - Classificação de Comprometimento de Diabetes segundo o grau de comprometimento da patologia, de acordo com o Ministério da Saúde. Catalão, 2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEP	Comitê de Ética
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DM 2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
DP	Desvio Padrão
GC	Gerenciamento de Casos
GD	Gerenciamento de Doenças
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
IQOLA	International Quality of life Assesment Project
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios
PNPS	Nova Promoção da Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF-36	Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey
SPSS	<i>Statistical Package Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
>	Maior
<	Menor
mg/dl	Miligramas por decilitros

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
3.1 Promoção da Saúde	16
3.2 Qualidade de Vida	20
3.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	22
3.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	24
3.5 Programa de Gerenciamento de Doenças In Company	28
4 OBJETIVOS	31
4.1 Geral	31
4.2 Específicos	31
5 MÉTODO	32
5.1 Tipo de estudo	32
5.2 População e Amostra.....	32
5.3 Procedimento de Coleta de Dados.....	32
5.4 Análise Estatística.....	34
5.5 Aspectos Éticos.....	38
6 RESULTADOS	39
7 DISCUSSÕES	46
8 CONCLUSÕES.....	51
9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	52
REFERÊNCIAS	53
ANEXO A - PROTOCOLO DE SAÚDE CARDIOVASCULAR.....	64
ANEXO B - PROTOCOLO DE DIABETES	69
ANEXO C - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.....	73
ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	77
APÊNDICE A - TERMO DE ANUÊNCIA	80
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81

1 APRESENTAÇÃO

A motivação pela referida pesquisa, surgiu da minha experiência profissional, como enfermeira do Departamento de Medicina Preventiva de uma indústria automobilística situada no Centro-Oeste goiano no município de Catalão-GO, por aproximadamente cinco anos, assistindo portadores de doenças crônicas como: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia e doenças cardíacas, que participam do Programa de Promoção da Saúde implantado na empresa, denominado Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas.

Esta experiência possibilitou-me observar que, houve um aumento do número de trabalhadores inscritos no Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas, tendo em vista que é impossível dissociar qualidade de vida no trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde, uma vez que é do trabalho que o homem consegue seu meio de sobrevivência, identidade pessoal, status perante a sociedade, passando a tomar parte fundamental na vida das pessoas.

Com o intuito de acrescentar conhecimentos para a realização do estudo, cursei uma disciplina “Aspectos Conceituais e Metodológicos de Investigações sobre a Qualidade de Vida de Indivíduos com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis”, do Programa de Pós Graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP).

Portanto a partir desse momento percebi a necessidade de pesquisar e aprofundar sobre o tema qualidade de vida dos trabalhadores, traçando os fatores do ambiente de trabalho que influenciam na qualidade de vida compreendendo seus aspectos, físicos, mentais e sociais, que podem servir de embasamento e planejamento das atividades educativas desse serviço, além de servir de modelo para implantação de outros.

2 INTRODUÇÃO

O Brasil tem sido um local de desigualdades sociais por séculos e que persistem até a atualidade. Devido reflexos da história econômica, cultural e social, tem experimentado diversas transformações. As influências do crescimento do comércio internacional passaram instalar formas capitalistas de produção, trabalho e consumo, levando um desenvolvimento acelerado de industrialização, urbanização e ainda de alterações demográficas. Diante disso, vem ocorrendo grandes modificações na evolução das condições de saúde (SOARES et al., 2014).

O aumento de prevalência das condições crônicas de saúde é um dos acontecimentos do século XXI influenciado pelo aumento da longevidade da população mundial, contribuindo para o aumento da expectativa de vida do indivíduo, observado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Presenciamos um cenário no qual um número maior de pessoas vive por mais décadas em condições crônicas de saúde (FREITAS et al., 2011).

Nesse cenário, estão inseridas as doenças crônicas que têm uma grande importância e estão sendo muito estudadas devido à busca de estratégias para redução dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente ligados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida (AZEVEDO et al., 2013).

Na sociedade contemporânea as condições crônicas de saúde que causam incapacidade geram grande sofrimento, contribuindo para reduzir a autonomia do indivíduo e limitar o seu papel social, comprometendo a qualidade de vida (ROCHA, 2010).

Estudos mundiais comprovam que existe uma relação entre saúde e qualidade de vida, bem como entre condições de vida inadequadas e doenças. Uma boa saúde influencia a qualidade de vida; já a doença dificulta vários aspectos da vida humana, diminuindo a produção e aumentando os gastos (NOBREGA, 2009).

Os índices de qualidade de vida em trabalhadores que apresentam doenças crônicas como avaliação e acompanhamento têm sua utilidade no planejamento de estratégias de intervenção, fornecendo informações sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e auxiliar nos programas de saúde para que implementem ações efetivas, proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários na atenção primária à saúde (KLUTHCOYSKY; KLUTHCOYSKY, 2009).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Promoção da saúde

Doença e Saúde eram entendidas como conceitos isolados até a metade do século XX, a doença como sendo a ausência de saúde e a saúde como ausência de doença. Entretanto, ao longo dos anos, o bem-estar e a qualidade de vida foram incorporados ao conceito de saúde e esta passou a ser mais que um fenômeno biológico sendo determinada por múltiplos fatores de diversos aspectos da vida de cada indivíduo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A partir da necessidade de controlar as doenças crônicas e contagiosas, promoveu-se o autocuidado e a responsabilidade com a saúde, fato este que tornou possível a redução da morbidade e mortalidade, decorridas das mudanças nas condições de higiene, habilitação, saneamento e trabalho ocorrido no início do século XX (ROCHA, 2007).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (2012), com o envolvimento de indivíduos e comunidades dispostos a criar um ambiente que conduza à saúde, torna-se possível à realização de mudanças que permitem a promoção da saúde. Sendo este um processo através do qual aumenta o domínio sobre fatores determinantes da saúde (BRASIL, 2012).

Em 1945, o sanitarista Henry Sigerist, foi o primeiro a utilizar o termo Promoção da Saúde, ele estabeleceu como objetivos principais da medicina, a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (LARA, 2010).

O conceito tradicional de promoção da saúde foi definido por Leavell e Clark na década de 60, como um dos elementos do nível primário de atenção da medicina preventiva, no esquema da história natural da doença (FRAGA, 2013).

A definição de saúde feita por Goodstadt, Simpson e Loranger (1987), consiste no aumento e manutenção dos níveis de saúde existentes por meio da implementação de programas, políticas e serviços eficazes (FONSECA, 2010).

O objetivo da promoção da saúde é incentivar as pessoas a mudarem seus hábitos, a fim de atingirem uma boa saúde, definida como o equilíbrio físico, emocional, social, espiritual e intelectual (CARVALHO, 2009).

A definição de Green e Kreuter (1991) abrange ações educativas e ambientais que conduzem à saúde, enquanto para Pender (1996), atividades destinadas a aumentar o bem-estar e elevar o potencial de saúde conceituam a promoção da saúde.

A definição de saúde de acordo com o Joint Committee of Technology (2001) abrange qualquer combinação de mecanismos, sejam eles educacionais, políticos, ambientais ou organizacionais capazes de contribuir com a saúde de indivíduos, grupos ou comunidades (CAMPOS; SATURNO; CARNEIRO, 2010).

O desenvolvimento da visão multidimensional da saúde e o conceito moderno de promoção da saúde originaram-se através do documento canadense (LYRA, 2009).

Após essa mudança de paradigma em 1978, ocorreu a I Conferência Internacional, sobre Cuidados Primários da Saúde, estabelecendo como meta um novo enfoque para a saúde, que culminou na realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá. A Carta de Ottawa foi elaborada nessa Conferência com o intuito de compreender a saúde como um recurso para atuar na melhoria de qualidade de vida e saúde, com a criação de ambientes favoráveis a saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais através da educação em saúde, reforçando a ação comunitária (LYRA, 2009).

A Conferência de Adelaide, em 1988, discutiu a implantação e o desenvolvimento de políticas públicas para uma vida mais saudável, com o propósito de priorizar quatro áreas: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes favoráveis, além do estabelecimento de uma responsabilidade internacional da promoção da saúde, obrigando impactos positivos das políticas públicas dos países desenvolvidos sobre a saúde das nações em desenvolvimento (LYRA, 2009).

Em setembro de 1990, criou-se o Healthy People 2000, que objetivava melhorar a saúde dos norte americanos até o final do século XX. Em janeiro de 2000, o Departamento de Saúde Norte Americano, elaborou o Healthy People 2010, voltadas à promoção de saúde e prevenção de doenças, ampliando o projeto anterior e adiando a data de alcance de metas até a primeira década do século XXI (OPAS, 2012).

Em Sunsvall na Suécia em 1991, após a Conferência de Adelaide, aconteceu um novo encontro que visava à criação de ambientes de saúde, seguindo os princípios de equidade (LYRA, 2009).

Em Jacarta, na Indonésia, em 1997, ocorreu a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, o enfoque foi à saúde e a participação social como direito do ser humano (LYRA, 2009).

No México, em 2000 foi realizada a V Conferência sobre a Promoção de Saúde, na qual foi discutido o valor da saúde como recurso para a vida com qualidade, indicando a necessidade da equidade e do desenvolvimento socioeconômico. A partir desse momento,

a promoção de saúde tornou-se fundamental para a manutenção das atividades de saúde em nível local, nacional e internacional (LYRA, 2009).

Em Bangkok, na Tailândia, aconteceu a VI Conferência Global de Promoção da Saúde, após dezenove anos da Conferência de Ottawa. Abordaram as influências positivas e negativas da globalização na área da saúde (FRAGA, 2013).

Durantes esses acontecimentos internacionais, no Brasil, acontecia a Reforma Sanitária Brasileira, onde foram alcançadas conquistas importantes no campo da saúde (LYRA, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1986. O assunto em questão foi “Democracia é Saúde”, o propósito da conferência era de lutar a favor da implantação das políticas sociais e descentralização do sistema de saúde. Nessa conferência surgiram os princípios do SUS (BRAVO; CORREIA, 2012).

O SUS tem o conceito ampliado de saúde e a necessidade de criar políticas para promovê-la. Entretanto, passa a promover reflexões e movimentos no âmbito da promoção da saúde enquanto uma política pela melhoria da qualidade de vida e à saúde (BRAVO; CORREIA, 2012).

Dessa maneira, a promoção da saúde é compreendida como uma oportunidade de evidenciar os aspectos que determinam o processo saúde-doença. Em março de 2006, o Ministério da Saúde brasileiro anunciou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que foi um grande passo para a efetivação da nova promoção da saúde no Brasil (MALTA et al., 2014).

A nova promoção de saúde vem sendo motivo de críticas para alguns autores. Segundo Traverso- Yépez (2007), as orientações para sua implantação são voltadas na maioria delas para os gestores, enquanto quase nada é destinado aos executores (BRASIL, 2014).

A política da promoção da saúde apresenta aspectos de dupla dimensão: a progressista e neoliberal. A dimensão progressista envolve a equidade, sustentabilidade, participação social e equidade (FERREIRA NETO, 2009).

A dimensão neoliberal caracteriza pela tendência a posturas individualista. Ela considera o indivíduo responsável pela sua saúde ou pela falta dela. Desta maneira, o estado é desresponsabilizado pela saúde de qualquer indivíduo (SILVA, 2009).

A nova promoção da saúde pressupõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, ligados às melhores condições de vida. Para alcançar um efetivo exercício do

controle social, a promoção da saúde está focada na intersetorialidade e no estímulo à organização da comunidade (HORTA, 2009).

Intervir sobre todas as situações de risco que podem ameaçar a vida, é proposta da atual promoção da saúde. Ele deve atuar mobilizando recursos institucionais e comunitários, públicos e privados no enfrentamento e solução dos determinantes (LYRA, 2009).

Várias são as caracterizações de promoção da saúde, encontradas nos discursos de educadores em saúde e em estudos científicos. Geralmente, a mais encontrada refere aos modelos assistencial, prevenção e promoção (CARNEIRO, 2010).

A concepção assistencialista busca resolver os problemas e atender todas as necessidades de saúde, tanto individuais quanto coletivas, combinando técnicas e tecnologias. A concepção de prevenção, monitora e controla os fatores de risco de doenças, criando medidas para impedir o surgimento e agravamento da doença, por fim a concepção de promoção, em benefício da qualidade de vida e de saúde, busca a melhoria dos determinantes da saúde e condições de vida (CARNEIRO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, elaborou os sete princípios definidores das práticas educativas. Na pesquisa de Westphal (2006), cinco desses são citados: concepção holística de saúde, equidade, intersetorialidade, participação social e sustentabilidade (CARNEIRO, 2010).

Esses princípios são ferramentas importantes para orientar os profissionais em suas ações de promoção de saúde. Adotando esses princípios e desenvolvendo práticas de educação em saúde, é possível estabelecer vínculos sociais com a comunidade (CARVALHO, 2009).

Com o intuito de visar um sistema de saúde que seja público comprometido com as necessidades da população, a educação em saúde deve colaborar para que as pessoas realizem o controle social no planejamento, execução e fiscalização da qualidade das ações de Saúde Pública (BARRA, 2013).

As estratégias pedagógicas de educação em saúde devem fazer com que os sujeitos compreendam as complexidades e a concepção dos determinantes de saúde, que vão desde o cuidado com o corpo, até a visão de saúde associada à moradia, meio ambiente, educação, solidariedade, cooperação e à qualidade de vida (SARRETA, 2009).

Pelo fato dos horizontes da saúde serem muito mais amplos que os da doença, as práticas educativas em saúde, podem ser realizadas em qualquer espaço social. A saúde é considerada o princípio norteador da atividade educativa abrangendo os três campos de

atenção à saúde. Sendo o campo da atenção básica considerado um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde (CARNEIRO, 2010).

3.2 Qualidade de Vida

O termo Qualidade de Vida (QV) foi mencionado pela primeira vez em um livro de economia e bem estar de Pigou (1920, p. 32), intitulado *The Economics of Welfare*. O livro abordava o suporte governamental para a população e o impacto financeiro sobre o orçamento do estado (ZUQUE, 2014).

A qualidade de vida era considerada como oportunidade de aquisição de bens materiais; posteriormente, foi apresentada como a forma de avaliação do desenvolvimento econômico de determinada sociedade e medida de desenvolvimento social e, ultimamente, consideram-se fatores como qualidade dos relacionamentos, percepção de bem-estar, satisfação, acesso a lazer, solidariedade e felicidade (SILVA, 2012).

A World Health Organization Quality of Life (WHOQOL GROUP), é um grupo da OMS, sob a coordenação de John Orley, que estuda a qualidade de vida. Eles definiram a QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Quatro aspectos referentes ao construto de QV foram identificados pelos especialistas desse grupo: a subjetividade, multidimensionalidade, a bipolaridade e a mutabilidade (ALMEIDA, 2012).

A percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde está relacionada com a subjetividade. A QV é composta por dimensões físicas, psicológica e social, caracterizando a multidimensionalidade. Essas dimensões podem ser positivas ou negativas, evidenciando a bipolaridade. A mutabilidade parte do objetivo que em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural a avaliação da QV pode mudar (FERNANDES; VASCONCELOS; SILVA, 2009).

Corroborando estes princípios, Minayo, Hartz e Buss (2000), consideram que a QV oferece aos indivíduos o mínimo de condições possíveis para desenvolver suas potencialidades como: viver, amar, sentir, trabalhar e produzir bens e serviços. Eles também consideram que a qualidade de vida pode ser medida pela satisfação dos indivíduos na sua vida familiar, social e amorosa (KABAD, 2011).

Compreende que, existem amplos conceitos de QV envolvendo vários aspectos do desenvolvimento social. Entretanto, é de fundamental importância, para o aprimoramento

do conceito, que haja a contribuição de várias áreas do conhecimento. As percepções de QV circundam em um campo semântico polissêmico, ou seja, está relacionado ao estilo e condições de vida e ao mesmo tempo incluem ideais em torno do desenvolvimento sustentável e sobre os direitos humanos e sociais (VALENTIM, 2010).

De acordo com Campolina e Ciconelli (2006), a subjetividade e a multidimensionalidade evidenciam o conceito de qualidade de vida, visto que, através da percepção do estado de saúde individual é que os domínios ou dimensões têm sido avaliados. Esses domínios são considerados conjuntos de questões nos instrumentos de avaliação, referentes a uma condição humana, como psicológica, econômica, espiritual, social e física (ALMEIDA, 2012).

Há menos de 30 anos, o termo qualidade de vida fez parte do *Index Medicus* apresentando um conceito complexo, abstrato e multidimensional, concordando com o que foi apontado por Campolina e Ciconelli (2006). A QV é definida como satisfação individual ou a felicidade com a vida nos domínios referentes a diversos aspectos da vida do homem como: emprego, habitação, aspectos financeiros e a saúde (ALMEIDA, 2012).

Arellano e Fleck et al. (2008) reuniram ideias sobre QV seguindo dois modelos teóricos: o Modelo de Satisfação, em que a QV está relacionada à satisfação com vários domínios considerados importantes na vida do indivíduo, e o Modelo Funcionalista onde a QV está associada ao bom desempenho dos papéis sociais, sendo considerado o estado de saúde o fator primordial e influenciador da QV (ALMEIDA, 2012).

O conceito de QV é utilizado pela população em geral, políticos, executivos e jornalistas e também em pesquisas científicas, abrangendo diferentes áreas incluindo enfermagem, nutrição, medicina, psicologia, fisioterapia, filosofia, entre outras (ALMEIDA, 2012).

O interesse em estudar a qualidade de vida vem aumentando nos últimos anos, o que é percebido por meio das quantidades de pesquisas direcionadas para essa população, tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção de saúde (ALMEIDA, 2012).

Nos últimos 20 anos, a medida de Qualidade de Vida vem surgindo como instrumento essencial para a investigação e avaliação da saúde dos indivíduos (ALVES, 2011).

Os instrumentos utilizados para a medida de QV são uma forma para adquirir e transformar informações em conhecimentos. A variedade de instrumentos de medida fundamentados em conceitos distintos sobre QV pode dificultar a comparação dos

resultados nacionais com os resultados de estudos realizados em outros países. Entretanto, a preocupação com os resultados do ponto de vista humanístico começa a colaborar com a abordagem de saúde, gerando uma necessidade de instrumentos validados para aferição desses parâmetros (ALVES, 2010).

É plausível a escolha do instrumento de medida apropriado à determinada situação. Em relação a isso, torna-se possível a avaliação de uma larga faixa de domínios e a comparação entre diferentes regiões e condições (ALVES, 2010).

No que diz respeito à QV, as escalas procuram medi-la por meio de indicadores que permeiam amplamente a vida de um ser humano. Entretanto, a qualidade de vida pode ser vista numa perspectiva unidimensional e multidimensional. Mesmo assim, se torna difícil quantificar todas as dimensões possíveis ao medir a qualidade de vida de um indivíduo, pois cada sujeito pontua de maneira diferente essas dimensões, confirmando a singularidade do ser humano (ALVES, 2011).

Pelo fato da avaliação da qualidade de vida ter se tornado um alicerce fundamental nos últimos anos, o avanço tecnológico e terapêutico na área da saúde, fez aumentar a sobrevida dos portadores de doenças crônicas (SOARES et al., 2008).

Podem existir diferentes significados de qualidade de vida para diferentes pessoas e áreas de aplicação. No contexto da avaliação de resultados de ensaios clínicos e da prática clínica, esporadicamente o conceito de qualidade de vida é utilizado no sentido mais amplo, interessando somente avaliar o impacto da doença ou do tratamento, em diferentes aspectos da vida. Essa abordagem pode incluir também indiretamente aspectos relacionados a doenças e às dificuldades financeiras (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

3.3 Qualidade de vida relacionada à saúde

Quando se pretende analisar os aspectos de qualidade de vida que são influenciados pela doença e pelo tratamento, é utilizada a terminologia Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (FREIRE et al., 2014), corroborando com a definição de Pellicciott (2009), o qual considera que na abordagem da QVRS os aspectos relacionados à saúde sempre ocupam uma posição centralizado no conceito, tendo em vista que na sua concepção mais geral, o termo saúde é apenas um componente.

A introdução desse conceito foi influenciada por alguns fatores como: O progresso tecnológico nas últimas décadas; pela mudança no perfil epidemiológico das doenças, onde

as doenças crônicas passaram a ser dominante e pela crítica ao modelo hegemônico na assistência a saúde, onde o ser humano era visto de maneira biológica. Diante desse contexto, a assistência na QV, possibilitaria cuidar do indivíduo de maneira globalizada, contribuindo para melhorar as relações entre profissionais e pacientes (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A partir da investigação da qualidade de vida de indivíduos com doenças crônicas, obtém-se um indicador importante em diferentes situações clínicas dos resultados terapêuticos. O planejamento de intervenções psicossociais que levem a um maior bem-estar torna-se possível avaliando-se os mecanismos que incidem de forma negativa na qualidade de vida relacionada à saúde (ALMEIDA, 2012).

A avaliação dos mecanismos que refletem de maneira negativa na QVRS é relevante, pois permite a criação de intervenções psicossociais que geram maior bem-estar. Além disto, as percepções de impacto da doença e do tratamento no indivíduo e em sua família podem servir como determinantes na adesão ao tratamento (ALMEIDA, 2012).

A OMS define o termo saúde como um “completo estado de bem – estar, físico, mental e social” e não deve ser visto apenas como uma ausência de doença. Várias críticas surgiram em relação a esse conceito, pelo fato de ser uma condição complexa e irreal de ser alcançada pelo ser humano (SILVA, 2012).

As definições entre saúde e qualidade de vida se aproximam. Contudo, Fleck e colaboradores (2008) afirmam que o construto de qualidade de vida é mais abrangente; ele vai além do construto saúde. Sendo assim, a qualidade de vida tem um conceito geral e a QVRS envolve aspectos relacionados à enfermidade, às intervenções terapêuticas ou até mesmo às perturbações que podem afetar o corpo e a mente do ser humano (SILVA, 2012).

Apesar de ser recente, a definição de qualidade de vida relacionada à saúde insere conceitos na mesma, devido a influências políticas e práticas deste setor das últimas décadas. Esperam-se melhorias assistenciais, preventivas e nas políticas de promoção de saúde. A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde mostra-se indispensável, pois, através dela, é possível mensurar e descrever aspectos relevantes para a vida desses pacientes tais como a saúde física, psicológica, socioeconômica e familiar (SILVA, 2012).

Os profissionais de enfermagem estão se interessando cada vez mais pelos instrumentos que avaliam o estado de saúde, destacando o papel da enfermagem nesse contexto. É primordial que se conheça a situação clínica do paciente e o tratamento

estabelecido, a fim de promover bem estar e melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares (SAWADA, 2009).

Vários países estão elaborando e validando instrumentos para avaliação da QVRS, sendo descritos como específicos e genéricos, de acordo com os componentes presentes no instrumento. O importante é que sejam de fácil aplicação e relevante para avaliar as condições de saúde dos mesmos (FREIRE et al., 2014).

Os instrumentos genéricos têm o objetivo de quantificar os distúrbios da saúde percebidos pelo próprio indivíduo e podem ser aplicados para as pessoas com vários tipos de doenças, avaliando vários aspectos (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Entretanto, os específicos são capazes de avaliar determinados aspectos da qualidade de vida inerentes a uma condição, população ou determinada doença (ALMEIDA, 2012).

Aplicando instrumentos genéricos ou específicos, tem-se realizado investigações cada vez mais profundas na vida de pacientes com doenças crônicas, com o intuito de identificar os fatores que influenciam a vida dos mesmos e, assim, determinar mudanças a fim de se obter bem-estar e condições necessárias para sua reabilitação (CABRAL, 2011).

3.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Segundo Goulart (2011), um dos grandes interesses da medicina é compreender a ocorrência das doenças. Duas formas de compreensão da enfermidade oscilam no pensamento médico. Primeiro, a enfermidade é uma espécie de forma do mal, atribuído a um valor de entidade com existência própria. Em contradição a esse entendimento, temos a compreensão de enfermidade, como harmonia e equilíbrio, tanto no homem como fora dele. Neste contexto, a enfermidade é a perturbação desse equilíbrio.

O processo de rearticulação da prática médica na estrutura social ocorreu nos séculos XVIII e XIX. A medicina fez da sociedade o objeto de seu trabalho. A medicina social tem seu conceito associado à origem do capitalismo e a emergências sociais e urbanas. Portanto, por meio do saber epidemiológico que surgem os estudos que demonstram a relação entre problemas de saúde de comunidade e suas condições de vida (GOULART, 2011).

Diante da descoberta dos agentes transmissíveis, surge a necessidade de estudar os agentes etiológicos e os mecanismos de transmissões de doenças, deixando as questões

sociais de saúde pública em segundo plano. Subsequentemente, ocorre uma mudança do paradigma da saúde pública, deixando de ter uma visão populacional, passando a ter uma visão de indivíduos doentes, criando um estudo epidemiológico de associação entre riscos e problemas de saúde individuais (GOULART, 2011).

Esse paradigma é empregado na abordagem de doenças crônicas, correlacionando sua ocorrência com à exposição de fatores de risco, levando em consideração que os conceitos de cronicidade, degeneração, não transmissibilidade e não infecção são resultados de observação clínica (GOULART, 2011).

No entanto, se tratando das doenças crônicas e de sua ocorrência, observamos a necessidade de uma abordagem que agrega as dimensões de seus níveis de determinação. Um conceito que abrange as características do grupo de doenças não infecciosas, transmissíveis ou crônico-degenerativas, são dimensões que não tem o mesmo significado conceitual e científico (GOULART, 2011).

De acordo com a OMS, doença crônica é caracterizada por enfermidade que não é resolvida num tempo curto. Elas incluem os sintomas existentes em todas as condições, e mesmo não colocando o indivíduo em risco de vida, trazem incômodos, comprometendo a qualidade de vida (OMS, 2005).

O conceito de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) é usado para nomear grupos de doenças caracterizados por ausência de microorganismos, pela não transmissibilidade, pelo longo caso clínico e pela irreversibilidade da doença (GOULART, 2011).

Para Goulart (2011), a DCNT apresenta como característica a multiplicidade de fatores de risco, o longo período de latência, o longo período assintomático, as manifestações clínicas com período sem sinais da doença e de complicações, a evolução para incapacidade e a morte.

A DCNT, de modo geral acomete a população adulta, com 75% de casos ocorrendo entre a faixa etária de 15 a 65 anos, sendo que com idade acima de 65 anos, apresentam maior frequência e é comum o aparecimento de outras patologias crônicas em conjunto (GOULART, 2011).

Atualmente as maiores causas de morte do mundo são representadas pelas doenças crônicas não transmissíveis, sendo que, em 2008, foram verificadas 36 milhões de mortes, ou seja, 63% do total global de mortes. Desse total, 78% das mortes ocorreram em países de média e baixa renda. Além das mortes, destacam-se as sequelas e incapacidades

deixadas pela doença, além do sofrimento e do alto número de anos de vida perdidos (GOULART, 2011).

Previsões indicam o aumento e agravamento dessas enfermidades nos países em desenvolvimento. No ano de 2020 é estimado que 80% das mortes por DCNT ocorrerão por motivos de mudanças no estilo de vida, ocasionados pelo processo de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e conseqüentemente envelhecimento populacional (GOULART, 2011).

Pelo fato da maior proporção mundial dos óbitos por DCNT ocorrerem nos países desenvolvidos, a OMS (2003), realizou uma discussão sobre a necessidade de criar intervenções, objetivando o enfrentamento do problema e a necessidade desse grupo de doenças tornarem prioridade para os serviços de saúde (GOULART, 2011).

O fato de que as doenças crônicas não transmissíveis já superam as doenças transmissíveis estatisticamente, ocorre devido à transição demográfica se associar com uma transição de natureza epidemiológica (GOULART, 2011).

O órgão responsável pela Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD), demonstrou que de um terço de brasileiros entrevistados, ou cerca de 60 milhões de pessoas, constataram ter uma doença crônica. Além disso, outra parcela da população (aproximadamente 5,9%) afirma ter três ou mais doenças crônicas (GOULART, 2011).

Além disso, doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, o diabetes e as doenças cardiovasculares, podem diminuir a produtividade no trabalho acarretando assim na diminuição da renda familiar (GOULART, 2011). Segundo a OMS, entre o ano de 2006 e 2015, a perda na economia será de 4,18 bilhões de reais, o que nos faz concluir que essas doenças influenciam o alcance das metas de desenvolvimento do milênio, que abrangem temas como saúde, educação e combate a pobreza, aspecto também verificado, na maioria dos países (GOULART, 2011). Sendo as DCNT, responsáveis por mais de 60% dos óbitos, as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte, representando quase um terço dos óbitos (DUARTE, 2010).

Para tanto, são necessárias ações de promoção da saúde, como prevenção e controle dessas doenças, no intuito de adquirir comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, bem como o monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco (DUARTE, 2010).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2011), as DCNT tornam-se o alvo principal das práticas de prevenção de doenças e agravos, como também das práticas de promoção da saúde, os indivíduos que possuem fatores de riscos, tanto para

o desenvolvimento de DCNT, como para complicações decorrentes dessas patologias. Essas práticas têm como objetivo a busca da qualidade de vida e a redução de riscos à saúde.

É necessário identificar a frequência dos fatores de risco na população, direcionando as ações e orientando os profissionais e indivíduos na linha do cuidado. A vigilância em saúde é uma estratégia importante para monitorar os fatores de risco. Através dela é possível identificar a população alvo de prática de prevenção primária e secundária, como também para práticas de promoção da saúde (ANS, 2011).

A partir dos estudos microeconômicos pode-se ver a consequência das doenças crônicas e de outras em geral sobre as famílias, afetando diretamente a produtividade e a educação individual (GOULART, 2011).

No que diz respeito à produtividade, as doenças crônicas afetam a força de trabalho que é diminuída pelo fato de que o indivíduo portador aposenta-se precocemente, tem seu quantitativo de horas trabalhadas reduzido comprometendo diretamente os salários ganhos e a posição alcançada (GOULART, 2011).

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT, (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras (SCHMIDT et al., 2011).

Essa mudança ocorreu devido às mudanças e às melhorias na saúde pública brasileira através do desenvolvimento econômico e social da época, ao mesmo tempo em que a pirâmide etária produziu uma maior relatividade entre adultos e idosos (IBGE, 2009).

Devido ao aumento da importância e das consequências das DCNT, elas tem se tornado prioridade na saúde pública brasileira no âmbito que suas políticas de prevenção e controle têm se intensificado (GOULART, 2011).

É necessário que o apoio político seja reforçado para que as políticas preventivas sejam prioridade, bem como os fatores de risco, por exemplo, a obesidade, além de metas nacionais que precisam ser desenvolvidas para a redução das doenças crônicas (WHO, 2009; CECCHINI et al., 2010; GENEAU et al., 2010).

O sistema de saúde brasileiro precisa fortalecer a assistência aos portadores de DCNT frente aos modelos de atenção a condições crônicas com base em experiências das Estratégias Saúde da Família; acesso ampliado a medicamentos; maior comunicação entre

a atenção básica; integração entre ações programáticas para doenças crônicas (WHO, 2011).

É de fundamental importância que para melhorar as desigualdades em saúde, sejam programadas estratégias específicas, de acordo com as recomendações da Comissão Nacional Brasileira sobre Determinantes Sociais da Saúde (ANS, 2011).

3.5 Programa de Gerenciamento de Doenças *In Company*

A implantação nas empresas do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas possibilita maior conscientização dos indivíduos em relação a todos os agravos à saúde, motivando-os a adotar um estilo de vida saudável. Com isso, verifica-se a adesão às orientações a prevenção das complicações relacionadas à doença (ANS, 2011).

Neste sentido, é relevante para as empresas a implantação destes programas de monitoramento na busca de melhor qualidade de vida, maior produtividade, redução de absenteísmo e utilização da sinistralidade, ou seja, avaliação do impacto financeiro do programa, analisando a variação das despesas médicas da empresa com seus funcionários (MILANI; LAVIE, 2009; BAICKER et al., 2010).

Em 2009, no Estado de Goiás, uma indústria do setor automobilístico formou um comitê de saúde composto por uma equipe multidisciplinar, com o intuito de estabelecer estratégias para a implantação de um Programa de Promoção de Saúde na empresa. Este programa foi intitulado “Viva Saúde”.

O Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas nesta empresa tem o objetivo de acompanhar trabalhadores portadores de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardíacas, dislipidemias e obesidade mórbida.

Anualmente, é realizado na empresa um mapeamento dos trabalhadores por meio da aplicação de um *Screening de Saúde* com o objetivo de identificar a população de risco e portadores de doenças crônicas, denominados elegíveis para o gerenciamento de doenças.

Os líderes do setor onde trabalham são sensibilizados sobre os objetivos do programa e os trabalhadores encaminhados ao ambulatório da empresa para a explanação dos objetivos e frequência da assistência e se aceitarem participar do acompanhamento esses trabalhadores assinam o termo de adesão e consentimento.

O monitoramento é realizado por enfermeira e nutricionista, por meio de consultas individuais. Durante o atendimento, é realizado anamnese, exame físico, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, avaliação neurológica do pé diabético, orientações sobre

a patologia existente, pesagem, medida da circunferência abdominal, cálculo do índice de massa corpórea, avaliação do consumo alimentar, prescrições e orientações dietoterápicas, conscientizando os trabalhadores a terem comportamentos saudáveis e preventivos. A periodicidade do monitoramento é de acordo com o grau de comprometimento da doença de acordo com os protocolos elaborados pela consultora de saúde que atende a empresa.

O protocolo de saúde cardiovascular (Anexo1) é utilizado para os portadores de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e dislipidemia. Para realizar a estratificação do grau de comprometimento da doença é realizado o exame físico e determinação dos fatores de risco segundo o Escore de Framingham. Em seguida, os pacientes são classificados de acordo com os grupos de risco proposto pelo Ministério da Saúde (XAVIER *et al.*, 2013), apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de risco cardiovascular proposto pelo Ministério da Saúde. Catalão, 2015

Grupos	Risco	Periodicidade de Atendimento
Grupo 0	Baixo Risco	Bimestral
Grupo A	Médio Risco	Bimestral
Grupo B	Alto Risco	Mensal
Grupo C1 e C2	Altíssimo risco	Mensal

Fonte: Brasil, 2006.

Esta estratificação possibilita determinar o risco de angina, infarto do miocárdio ou de morrer de doenças cardíacas em 10 anos. O risco é considerado baixo quando o escore é inferior a 10%, intermediário quando está entre 10 e 20% e alto quando é superior a 20% (XAVIER *et al.*, 2013).

Para monitoramento dos portadores de diabetes *mellitus*, é utilizado um protocolo específico (Anexo 2). A estratificação de risco é realizada com o exame físico e avaliação de lesões em órgãos alvo como presença de retinopatia diabética, nefropatia, amputações de membros inferiores e doenças cardíacas, e por meio da análise dos grupos de risco segundo o grau de comprometimento da patologia (XAVIER *et al.*, 2013).

Quadro 2 - Classificação de comprometimento de diabetes *mellitus*, segundo o grau de comprometimento da patologia, de acordo com o Ministério da Saúde. Catalão, 2015

Grupos	Risco	Periodicidade de atendimento
Grupo 1	Diabetes sem complicações micro e macrovasculares.	Bimestral
Grupo 2	Diabetes tipo 2 com complicações microvasculares.	Mensal
Grupo 3	Diabetes tipo 2 com complicações micro e/ou macrovasculares.	Mensal

Fonte: BRASIL, 2006.

A ANS afirma que estes programas incentivam a qualidade de vida nas empresas e trazem benefícios para os trabalhadores participantes, para a empresa e para a operadora de saúde que o assiste, tendo em vista o aumento da produtividade e a redução do absenteísmo (ANS, 2011).

Os resultados do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas podem ser verificados por meio dos indicadores de saúde estabelecidos na abordagem do programa implantado (ANS, 2011).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Verificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar as características individuais e a incidência de doenças crônicas entre os trabalhadores;
- Evidenciar a percepção dos trabalhadores sobre sua qualidade de vida;
- Identificar quais os domínios do instrumento Short Form - 36 (SF-36) evidenciam maior relação com a qualidade de vida dos trabalhadores.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo e local

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo do tipo transversal realizado em uma indústria automobilística, situada no Centro-Oeste goiano no município de Catalão-GO, desde 1999, a qual atualmente apresenta um quadro de 2.969 funcionários. A escolha da empresa pela territorialização em Catalão se deu de forma aleatória.

5.2 População e amostra

A população estudada foi constituída pelo universo dos trabalhadores diagnosticados com hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes *mellitus*, que participavam do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas segundo o protocolo de gerenciamento de doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* implantado pela consultora de saúde da empresa.

A amostra foi constituída de forma independente, por conveniência, por aqueles trabalhadores inscritos no programa.

5.3 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015 no ambulatório da indústria adscrita, conforme a disponibilidade dos trabalhadores participantes da pesquisa.

A primeira etapa teve caráter retrospectivo, onde buscou identificar no banco de dados do Programa Gerenciamento de Doenças Crônicas quais os trabalhadores estavam inscritos no programa e que apresentavam DCNT. Após a análise do banco de dados, verificou-se que haviam 82 trabalhadores inscritos. Todos foram convidados para participar da entrevista, mas no período da coleta da pesquisa, 8(oito) trabalhadores se encontravam de férias, 6 (seis) afastados por motivos de saúde, 13 foram desligados da empresa e 12 não obteve autorização para ausentar do local de trabalho para participar da pesquisa. Portanto, a amostra final contou com a participação de 43 trabalhadores.

A segunda etapa realizou-se o corte transversal com a finalidade de verificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores que apresentaram alterações nos indicadores de saúde.

Os trabalhadores que apresentaram alterações cardiovasculares e/ou diabetes *mellitus* foram convidados a participar da pesquisa e também a responder um instrumento de avaliação de QVRS, conhecido como Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) (Anexo 3).

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS, desenvolvido por Ware e Sherbourne, em 1992, para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população.

Este instrumento foi traduzido, validado e adaptado para a realidade brasileira, por Ciconelli e colaboradores (1999), sendo desenvolvido um protocolo para tradução e validação do SF 36, de acordo com etapas propostas pelos coordenadores do International Quality of life Assesment Project (IQOLA) e existentes em pesquisas que abordam a metodologia da tradução de questionários para outros idiomas. Ele é um dos instrumentos genéricos mais utilizados na área de pesquisa sobre QVRS em todo o mundo (PICCOLO, 2015).

A validade do SF-36 também é comprovada e demonstrada por meio do uso de pesquisas de diferentes nacionalidades e situações, possibilitando comparações de diferentes enfermidades ou um grupo com um modelo populacional (PICCOLO, 2015).

O SF-36 é um questionário multidimensional, composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados por Capacidade Funcional (dez itens), Aspectos Físicos (quatro itens), Dor (dois itens), Estado Geral da Saúde (cinco itens), Vitalidade (quatro itens), Aspectos Sociais (dois itens), Aspectos Emocionais (três itens), Saúde Mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano. O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor e cada domínio é analisado em separado. Este instrumento avalia tanto aspectos negativos (doenças) como aspectos positivos (bem-estar) (SANTOS; ABDALA, 2014).

Esses domínios do SF-36 demonstram a capacidade das pessoas executarem atividades diárias e o que sentem quando estão executando. Além de mensurar conceitos relacionados à saúde e condições afetadas por doenças ou tratamento (PELLICIOTTI, 2009).

Para comprovar a relevância do instrumento, pesquisadores realizaram uma revisão de 3.921 artigos sobre QV publicados na língua inglesa nos anos de 1992 a 1999, a qual confirmou que, entre os instrumentos genéricos utilizados, que o SF-36 foi o mais utilizado (SANTOS, 2009).

Santos (2009), desenvolveu uma revisão da produção científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo, sobre a QVRS e concluíram que o instrumento SF-36 foi o mais utilizado, correspondendo a 34% dos estudos revisados.

5.4 Análise Estatística

Os dados coletados foram armazenados em planilha de Excel e analisadas no programa *Statistical Package Social Science* (SPSS 20). As variáveis independentes selecionadas foram equivalentes às que têm sido tradicionalmente utilizadas em pesquisas sobre fatores relacionados à qualidade de vida pelo SF-36.

As análises das variáveis foram expressas por meio da frequência, porcentagem, média e desvio padrão. A comparação com outras variáveis categóricas foi feita por meio de tabelas de contingência. Utilizou-se o teste qui-quadrado para alegoria de proporções. Quando uma das frequências esperadas foi inferior a cinco, utilizou-se o teste de Fisher. O nível de significância estatística estabelecida foi $p < 0,05$.

O cálculo do SF-36 foi transformando as questões em domínios. Para cada um dos domínios (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental) existe um cálculo diferente que varia de 0 a 100. O resultado é chamado de Raw Scale, porque o valor final tem unidade de medida.

A 2ª questão avalia a saúde no período de um ano anterior à aplicação do questionário e é importante para avaliar a evolução da doença, não sendo usada para pontuar nenhum dos domínios (ALMEIDA, 2012).

A Capacidade funcional é o primeiro domínio a ser calculado. Corresponde à 3ª questão, onde é feita a soma dos valores obtidos em todos os itens, subtraindo-se pelo limite inferior (10), multiplicando-se por cem e dividindo-se pela variação (20). O valor para a capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

A pontuação da limitação por Aspectos Físicos que corresponde à 4ª questão. É feita somando-se os valores obtidos nos itens, subtraindo pelo limite inferior (4), multiplicando por 100 e dividindo pela variação (4).

O domínio Dor corresponde às questões 7 e 8. Elas foram somadas e aplicadas na fórmula, onde o valor obtido nestas questões foi subtraído pelo limite inferior (2), multiplicado por 100 e dividido pela variação (10). A 7ª questão é pontuada de acordo com a resposta equivalente ao valor preestabelecido na tabela de ponderação de dados, a seguir:

- Se a resposta for (1), a pontuação será (6,0)
- Se a resposta for (2), a pontuação será (5,4)
- Se a resposta for (3), a pontuação será (4,2)
- Se a resposta for (4), a pontuação será (3,1)
- Se a resposta for (5), a pontuação será (2,0)
- Se a resposta for (6), a pontuação será (1,0)

A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7:

- Se 7=1 e se 8=1 o valor da questão é 6
- Se 7=2 a 6 8=1 o valor da questão é 5
- Se 7=2 a 6 8=2 o valor da questão é 4
- Se 7=2 a 6 8=3 o valor da questão é 3
- Se 7=2 a 6 8=4 o valor da questão é 2
- Se 7=2 a 6 8=5 o valor da questão é 1

Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:

- Se a resposta for (1), a pontuação será (6)
- Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)
- Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)
- Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)
- Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)

O valor obtido para este domínio é 74, numa escala que varia de zero a cem, onde 0 é o pior estado e 100 é o melhor.

A pontuação para o domínio do estado geral de saúde que corresponde as questões 1 e 11 do questionário, onde os valores obtidos nessas questões serão somados entre si em

seguida serão subtraídos pelo limite inferior (5), multiplicado por 100 e dividido pela variação (20). Sendo que na questão 1:

- Se a resposta for (1), a pontuação será (5,0)
- Se a resposta for (2), a pontuação será (4,4)
- Se a resposta for (3), a pontuação será (3,4)
- Se a resposta for (4), a pontuação será (2,0)
- Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)

Na questão 11, os itens deverão ser somados, porém os itens B e D deverão seguir a seguinte pontuação:

- Se a resposta for (1), o valor será (5)
- Se a resposta for (2), o valor será (4)
- Se a resposta for (3), o valor será (3)
- Se a resposta for (4), o valor será (2)
- Se a resposta for (5), o valor será (1)

A pontuação para o domínio da Vitalidade correspondente a questão 9 (itens A, E, G, I), onde a pontuação para os itens A e E deverá seguir a seguinte orientação:

- Se a resposta for (1), o valor será (6)
- Se a resposta for (2), o valor será (5)
- Se a resposta for (3), o valor será (4)
- Se a resposta for (4), o valor será (3)
- Se a resposta for (5), o valor será (2)
- Se a resposta for (6), o valor será (1)

Para os itens G e I o valor será mantido o mesmo. A finalização do cálculo deste domínio será feita somando os valores obtidos em cada item, subtraindo pelo limite inferior (4), multiplicando por 100 e dividindo pela variação (20).

A pontuação para o domínio dos Aspectos Sociais correspondente às questões 6 e 10, as quais serão somadas e subtraídas pelo limite inferior (2), multiplicada por 100 e dividida pela variação (8). Sendo assim para a questão 10, considera-se o mesmo valor da resposta obtida e para 6:

- Se a resposta for (1), a pontuação será (5)

- Se a resposta for (2), a pontuação será (4)
- Se a resposta for (3), a pontuação será (3)
- Se a resposta for (4), a pontuação será (2)
- Se a resposta for (5), a pontuação será (1)

A pontuação para o domínio da Limitação por Aspectos Emocionais se dá pela soma dos valores da questão 5, que vai ser subtraído pelo limite inferior (3), multiplicado por cem e dividido pela variação (3).

A pontuação para o domínio da Saúde Mental correspondente à questão 9 (itens B, C, D, F e H), sendo somados entre si, subtraídos pelo limite inferior (5), multiplicados por 100 e divididos pela variação (25). Nesta questão, a pontuação para os itens D e H deverá seguir a seguinte orientação:

- Se a resposta for (1), o valor será (6)
- Se a resposta for (2), o valor será (5)
- Se a resposta for (3), o valor será (4)
- Se a resposta for (4), o valor será (3)
- Se a resposta for (5), o valor será (2)
- Se a resposta for (6), o valor será (1)

Para os demais itens (B, C, F), o valor será mantido o mesmo.

O cálculo do SF-36 foi realizado de acordo com os seguintes passos:

- 1- Cálculo de cada um dos domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) e soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente.
- 2- Os valores obtidos são aplicados na fórmula.

$$\text{Domínio: } \frac{\text{valor obtido} - \text{limite inferior}}{\text{Variação (amplitude do escore)}} \times 100$$

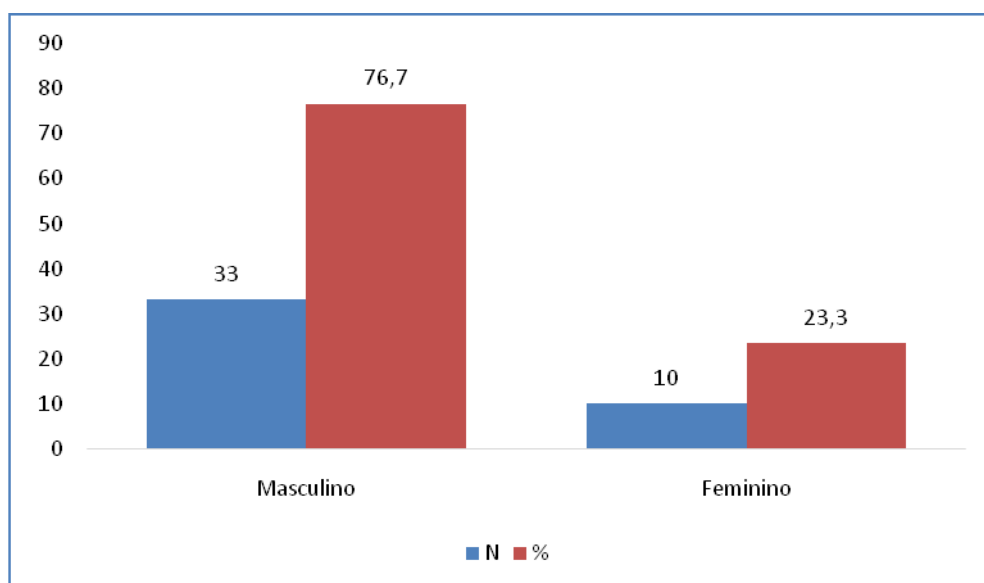
5.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa obteve autorização do Diretor dos Recursos Humanos da indústria automobilística (Apêndice 1) e a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG) sob o parecer número 705.333 (Anexo 4). Todo participante recebeu as informações relativas aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Foram seguidas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

6 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 43 trabalhadores em uma empresa automobilista de grande porte situada no estado de Goiás no Centro-Oeste brasileiro, a distribuição com relação ao gênero foi de 33 indivíduos do sexo masculino com 76,7% e 10 do feminino, com 23,3%, conforme a Figura 01.

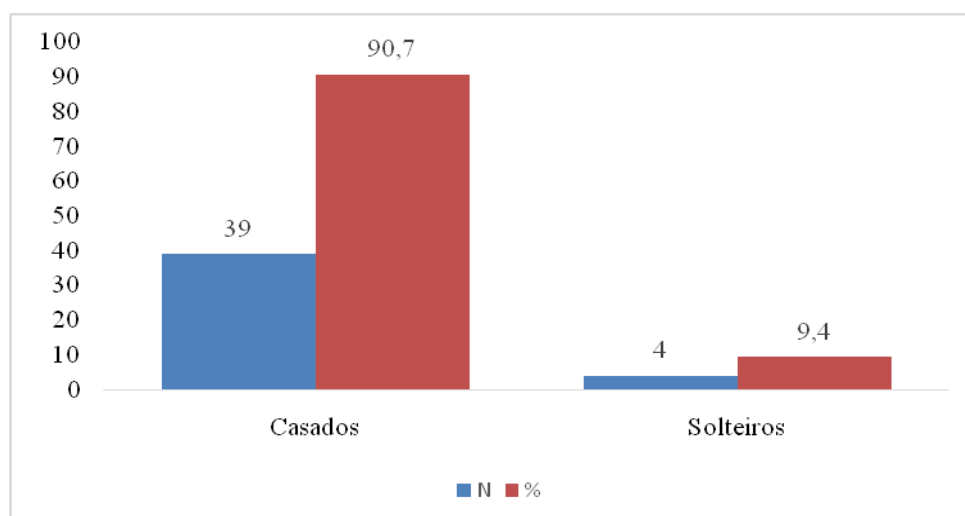
Figura 01 - Distribuição quanto a gênero da amostra estudada de uma empresa automobilística. Catalão, 2015



Fonte: Dados da Pesquisa

O estado civil casado (a) foi informado pela maioria dos entrevistados totalizando 39 trabalhadores (90,7%), sendo que 4 responderam ser solteiros (9,4%). Dados ilustrados na figura 02.

Figura 02 - Distribuição quanto a estado civil da amostra de uma empresa automobilística. Catalão, 2015



Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação à idade a média foi de 40,79 anos com desvio padrão de 10,23 anos (idade mínima de 27 anos e máxima de 66). As idades foram agrupadas em intervalos conforme demonstrado na tabela 01.

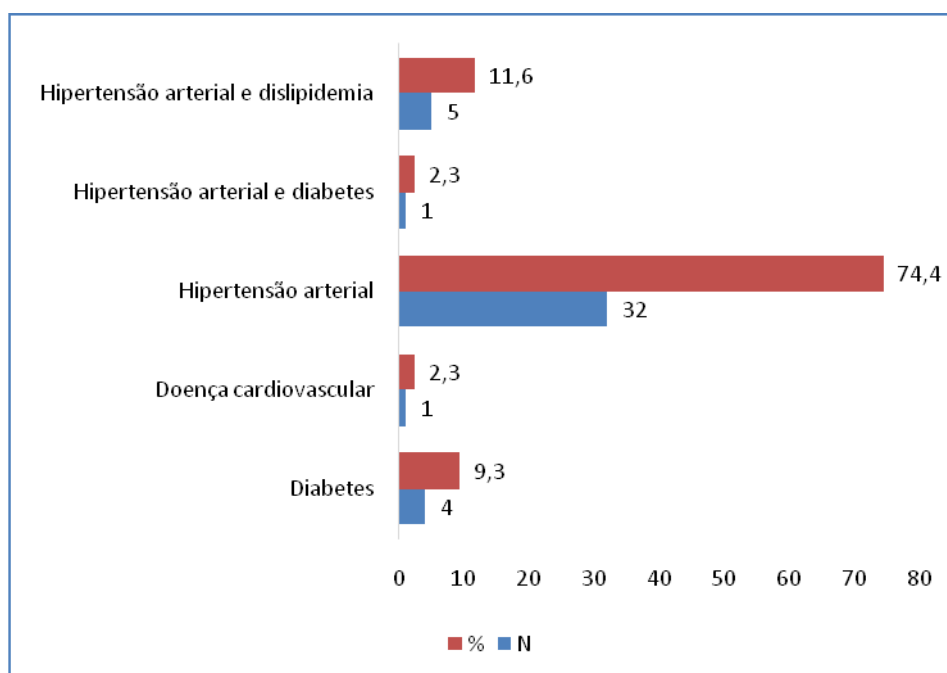
Tabela 01 - Distribuição das idades em anos, da amostra separada em intervalos. Catalão, 2015

Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
27	66	40,79	10,234
Intervalo	N	%	
25 – 34	14	32,6	
35 – 44	18	42,1	
45 – 54	5	11,6	
55 – 66	6	9	

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao realizar uma análise no banco de dados do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas, identificamos quais foram as DCNT que estavam acometendo os trabalhadores, verificou que houve a prevalência de hipertensão arterial 32/43 (74,4%), seguidas de hipertensão arterial associada à dislipidemia 5/43 (11,6%), diabetes *mellitus* 4/43 (9,3%), doenças cardiovasculares, hipertensão arterial associada à diabetes *mellitus*, apresentaram os mesmos valores 1/43 (2,3%), conforme apresenta na Figura 03.

Figura 03 - Ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre os trabalhadores de uma empresa automobilística. Catalão, 2015



Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados apresentados a seguir são relacionados aos oito domínios do instrumento SF-36 que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde.

Para cada um dos domínios do questionário, foram calculados os valores de média e desvio padrão.

Percebe-se na Tabela 02 que a maior média do escore obtido foi no domínio limitação por Aspectos Físicos (Média: 92,44; DP= 15,94), seguidos por limitação por aspectos emocionais (Média: 89,92; DP= 21,25), Capacidade Funcional (Média: 87,79; DP= 15,13), Aspectos Sociais (Média: 87,5; DP= 15,9) e Saúde Mental (Média: 80,09; DP= 14,19). Em contrapartida, o domínio dor apresentou média 71,14 (DP= 19,32), enquanto Vitalidade obteve 70,7 (DP= 17,27), indicando valores moderados. Já o Estado Geral da Saúde (Média: 63,19; DP= 17,84) aproximou-se de um pior escore.

Tabela 02 - Distribuição dos valores dos domínios avaliados pelo SF-36 de uma empresa automobilística. Catalão, 2015

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
Domínio Capacidade Funcional	35,00	100,00	87,7907	15,13048
Domínio por Aspectos Físico	25,00	100,00	92,4419	15,93783
Domínio Dor	20,00	90,00	71,1395	19,31762
Domínio Estado Geral de Saúde	17,00	97,00	63,1860	17,84357
Domínio Vitalidade	40,00	100,00	70,6977	17,27169
Domínio Aspectos Sociais	37,50	100,00	87,5000	15,90523
Domínio por Aspectos Emocionais	33,33	100,00	89,9225	21,25044
Domínio Saúde Mental	44,00	100,00	80,0930	14,19560

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao verificarmos os valores de significância dos domínios do instrumento SF-36 entre si, observamos que o domínio Capacidade funcional afeta o domínio Limitação por Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade e Saúde Mental. Em contrapartida o domínio Dor influencia o domínio Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Físicos e Saúde Mental. Já o domínio Vitalidade influencia no domínio Aspectos Social e fortemente no domínio Saúde Mental. Verificamos que o domínio Aspectos Sociais influencia apenas no domínio Saúde Mental. Os valores da significância estão apresentados na tabela 03.

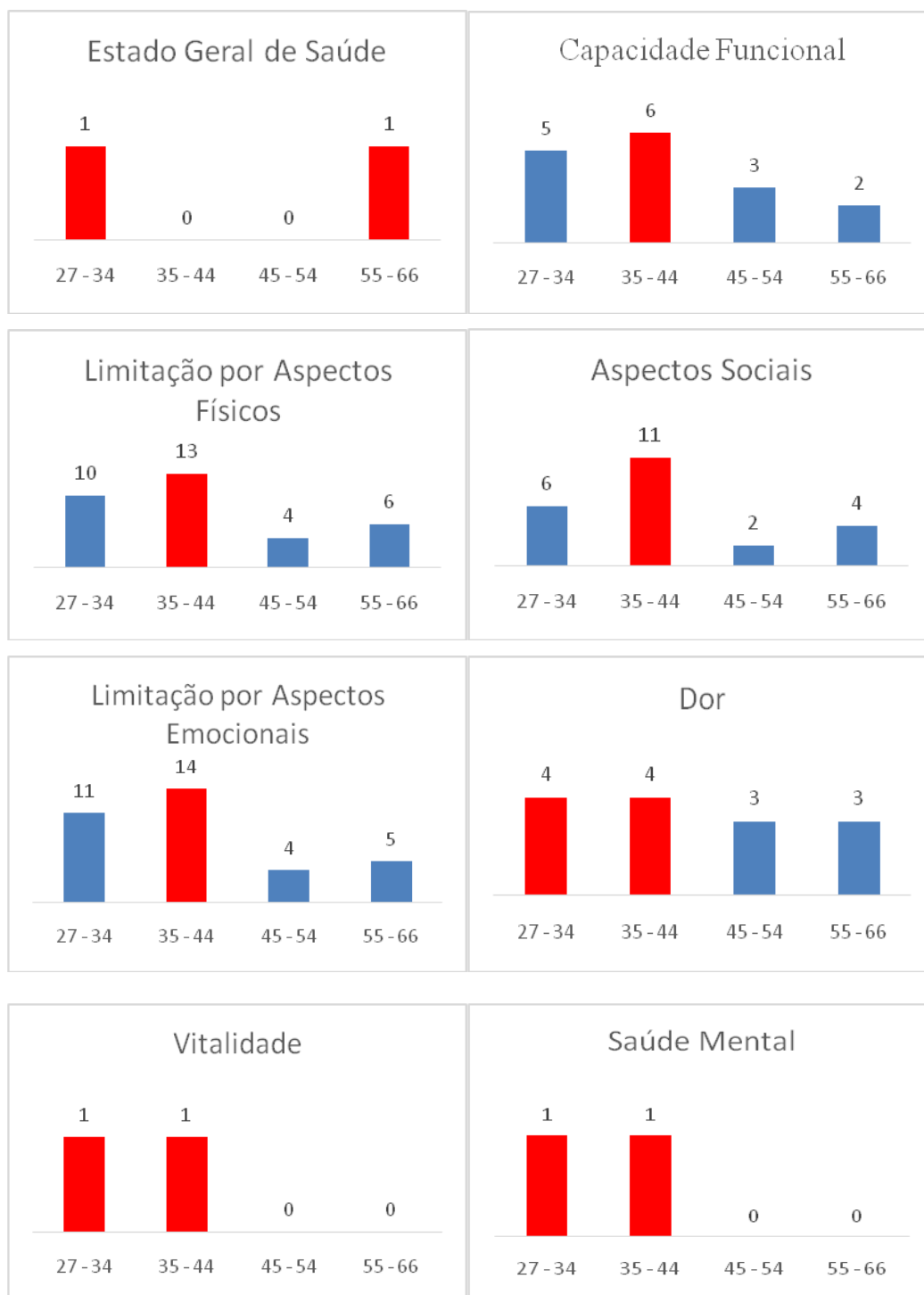
Tabela 03 - Distribuição dos valores da significância dos domínios relacionados entre si. Catalão, 2015

Domínios		Capacidade Funcional	Limitação por Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Limitação por Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Capacidade Funcional	P	1	0,004	0,007	0,005	0,044	0,203	0,769	0,021
Limitação por Aspectos Físicos	P		1	0,581	0,176	0,526	0,708	0,124	0,909
Dor	P			1	0,007	0,004	0,003	0,933	0,001
Estado Geral de Saúde	p				1	0,472	0,236	0,856	0,337
Vitalidade	p					1	0,028	0,182	0,0001
Aspectos Sociais	p						1	0,852	0,005
Limitação por Aspectos Emocionais	p							1	0,963
Saúde Mental	p								1

Fonte: Dados da Pesquisa

Ao analisarmos os intervalos de idade que apresentaram maior pontuação nos domínios do instrumento SF-36, verificamos que no domínio Estado Geral da Saúde os intervalos de idade afetados foram entre 27 a 34 anos e 55 a 66 anos. Nos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais foram observadas pontuações prevalentes no intervalo de 35 a 44 anos. No domínio Dor as idades estavam relativamente bem distribuídas entre as maiores pontuações, porém os intervalos de idade entre 27 a 34 anos e 35 a 44 anos foram mais predominantes. Em relação ao domínio Vitalidade e Saúde Mental os intervalos afetados foram entre 27 a 34 anos e 35 a 44 anos. Dados demonstrados na figura 04.

Figura 04 - Histograma de intervalos de idade com maior pontuação nos domínios do instrumento SF-36.
Catalão, 2015



Fonte: Dados da Pesquisa

Ao analisarmos a segunda pergunta do questionário SF-36 que compara as condições de saúde atual com a de um ano atrás, 14 indivíduos responderam que sua saúde está “muito melhor” (32,6%), e 15 indivíduos mencionaram que está “quase a mesma” (34,9%). Sendo que 12 indivíduos responderam que estão com a saúde um “pouco melhor” (27,9%) e 2 indivíduos afirmaram que estão com a saúde um “pouco pior” correspondendo a 4,7 %. Dados demonstrados na tabela 04.

Tabela 04 - Distribuição da percepção da saúde atual dos trabalhadores comparada com a de um ano atrás.
Catalão, 2015

	Frequência	Percentual
Muito Melhor	14	32,6
Um Pouco Melhor	12	27,9
Quase a Mesma	15	34,9
Um Pouco Pior	2	4,7
Total	43	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

7 DISCUSSÕES

No presente estudo, houve predominância do sexo masculino. Desse modo apresentou um escore maior de pontuação, o que corrobora com as pesquisas de Malta et al. (2011), que afirma que os homens apresentam maior prevalência dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, como: alimentação inadequada, obesidade, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e sedentarismo. Entretanto, segundo os autores, esses dados têm mudado ao longo do tempo devido à mudança dos hábitos de vida das mulheres, como: sedentarismo, excesso de peso, uso excessivo do tabaco e bebidas alcoólicas. Com isso as mulheres estão suscetíveis às doenças crônicas não transmissíveis tanto quanto os homens.

Os trabalhadores casados apresentaram maior pontuação em todos os domínios, exceto para o domínio Vitalidade. A prevalência de indivíduos casados é uma variável sócio demográfica relevante na assistência às doenças crônicas (AMORIM, 2009). Segundo o autor para atingir as metas do tratamento da doença, é necessária a aceitação da mesma, apoio familiar e motivação pessoal.

O suporte familiar diante do enfrentamento dos desafios da doença é crucial, mas a falta de atenção do sistema de saúde aos familiares quanto às alternativas de inclusão no tratamento de seus parentes e as formas de apoio deste, faz com que quase sempre a família fique alheia ao problema (AMORIM, 2009).

A DCNT com maior ocorrência na amostra foi hipertensão arterial, como já visto na Figura 03, sendo significativa apenas para as idades entre 25 a 34 anos, nos mais jovens da amostra em estudo, e mais frequente nos homens. As doenças crônicas acarretam diminuição da qualidade de vida. Os portadores devem aprender a conviver com a doença e suas limitações, visto que a mesma requer uma adaptação tanto do paciente quanto da sua família em vários aspectos distintos (AZEVEDO et al., 2013).

A fim de melhorar a saúde do paciente com condições crônicas, realiza-se o atendimento com o intuito de reduzir os sintomas, deficiência, restabelecer o seu estado funcional e monitorar a dor, oferecendo uma melhor qualidade de vida ao indivíduo por meio da prevenção secundária (BOSSOLA et al., 2010).

É necessário destacar a importância de implantar políticas públicas para melhor acesso aos serviços de saúde, planejar programas de educação continuada, além de proporcionar estilos de vida mais saudáveis (OLIVEIRA et al., 2013). Por meio de mudanças de comportamento, reduzindo os fatores de risco como tabagismo, consumo

excessivo de álcool, sedentarismo e alimentação inadequada, as doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* podem ser evitadas (BRASIL, 2013).

De acordo com a OPAS (2011), devido ao desenvolvimento sócio econômico, vem ocorrendo uma transformação do perfil epidemiológico da saúde no Brasil. Uma justificativa para isso é a superioridade das doenças não infecciosas sobre as infecciosas. A presente transição epidemiológica após a demográfica ocorreu devido à acentuada queda das doenças infecciosas agudas e pelo aumento das doenças crônicas degenerativas em especial as cardiovasculares e diabetes.

Todos os trabalhadores entrevistados na pesquisa são portadores de doenças crônicas e fazem tratamento medicamentoso, além de participar do programa de gerenciamento de doenças na empresa. É primordial que, além do uso de farmacológicos, seja realizada educação continuada em relação à adesão ao tratamento, a fim de reduzir os fatores de risco considerados modificáveis. Isso justifica o fato dos trabalhadores apresentarem a maioria dos escores positivos na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Pois os mesmos recebem acompanhamento contínuo por profissionais capacitados, no que se refere ao controle pressórico, glicêmico, estilo de vida e cuidados preventivos.

Por meio do controle das doenças promovido pelo Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas, pode-se melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, a produtividade, a educação quanto à utilização dos serviços de saúde e a redução dos gastos da organização, o que se torna um benefício tanto ao trabalhador quanto para a empresa em que ele trabalha.

Analisando os 43 trabalhadores por meio do questionário SF-36, pode-se observar que em todos os domínios analisados foi atingida uma média superior de 50,0 pontos, valor considerado adequado para a Qualidade de Vida, onde o domínio limitação por Aspectos Físicos apresentou maior escore enquanto o Estado Geral da Saúde apresentou comprometimento. Os nossos achados discordaram com a pesquisa de Ramos, Oliveira e Freitas (2009), em que um estudo realizado em Belo Horizonte, utilizando o SF-36 para pessoas com condições crônicas. Obteve-se maior valor para a dimensão Aspectos Sociais e o menor valor para o escore da dimensão Dor.

A Capacidade Funcional, descrita na Tabela 02 aborda as tarefas leves e moderadas realizadas no dia-a-dia. Os entrevistados obtiveram a média de 87,79 neste domínio, indicando que os trabalhadores apresentam quase ou nenhuma dificuldade em realizar

atividades cotidianas, corroborando com a pesquisa de Bacha et al. (2012), que verificaram uma média nesse domínio de 87,79, em um estudo realizado com estudantes de psicologia.

De acordo com Fernandes, Vasconcelos e Silva (2009), o conceito de Capacidade Funcional para o trabalho vem-se destacando em pesquisas na área de saúde ocupacional. Com isso vem surgindo a criação de políticas de saúde com elaboração de instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, contribuindo com a preservação e promoção da saúde do trabalhador.

A autoavaliação do Aspecto Físico (Tabela 02), foi um domínio que apresentou média de 92,44, indicando algum problema no trabalho em consequência de sua saúde física, discordando com os estudos de Ferreira et al. (2011), que verificaram a pontuação de 0,00, caracterizando uma pior qualidade de vida nesse domínio. Para Seidl e Zannon (2004), os termos qualidade de vida e estado de saúde na maioria das vezes apresentam na literatura como sinônimo isso acontece devido a saúde depender do Aspecto Físico e está relacionada com a qualidade de vida.

O domínio Dor (Tabela 02) avalia a interferência do fenômeno nas atividades cotidianas, observaram-se índices moderados, média de (71,14), discordando dos dados de Ramos, Oliveira e Freitas (2009), que constataram média de (55,10), mostrando interferência da Dor na vida dos entrevistados.

Estudo realizado por Magnobosco (2007) aponta uma redução da qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial devido interferência da Dor.

Em um estudo sobre qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial realizados por Brito et al. (2008), mesmo a doença hipertensiva sendo considerada silenciosa e assintomática, alguns portadores da doença, ao serem questionadas sobre a dor, relataram sentir dores de cabeça, tonturas, dores no peito, agitação, alterações visuais e alterações nos batimentos cardíacos. Entretanto percebe-se que as pessoas apresentam sensações específicas que trazem como consequência, prejuízo na qualidade de vida.

Neste estudo, o domínio Estado Geral da Saúde demonstrado na Tabela 02, apresentou score baixo com média de (63,19), sugerindo prejuízo no Estado Geral de Saúde dos trabalhadores portadores de doenças crônicas. Esse dado correlaciona com os resultados da pesquisa de Carvalho et al. (2012), em um estudo realizado no Maranhão, que apresentou média de (60,7). Em outras pesquisas de Souza (2008), esse domínio obteve média de (49,33).

Na Tabela 02, verificou-se que os trabalhadores possuem uma Vitalidade dentro da média de (70,7). Esse valor indica que a maioria dos entrevistados apresenta boa parte do tempo ou todo o tempo sensação de energia e vigor. Na pesquisa de Fernandes; Vasconcelos e Silva (2009) é demonstrado que as respostas dos entrevistados apresentaram média de (71,9), considerada uma boa Vitalidade.

Segundo Fernandes, Vasconcelos Silva (2009) por se tratar de um estado subjetivo a satisfação no trabalho é um termo difícil de ser definido e pode variar de pessoa a pessoa, de circunstância para circunstância e, durante longo tempo para a mesma pessoa, segundo a análise do questionário SF-36.

No que se refere ao Aspecto Social (Tabela 02), os entrevistados relataram apresentar pouca ou nenhuma interferência de problemas de saúde, lograram média de (87,5). Indicando que esse domínio conduz os indivíduos a uma qualidade de vida moderada. Este valor está de acordo com uma pesquisa sobre a qualidade de vida em pacientes com cardioversor desfibrilador implantáveis desenvolvida por Cesarino et al. (2011) que atingiram média de 80,5. Sendo o fator menos afetado na vida desses pacientes.

Observou-se na Tabela 02 que o Aspecto Emocional apresentou com média de (89,92), divergindo do estudo de Barros et al. (2014), que avaliou aspectos de qualidade de vida em pacientes pós-implante de marcapasso cardíaco e alcançaram uma média nesse domínio de (62,6). Martins (2010) assegura que a teoria do estresse emocional é baseada na verificação de como o organismo reage às demandas do ambiente externo, onde o estresse é produzido em ocasiões onde as demandas ultrapassam as capacidades individuais de responder a esses estímulos.

Em relação ao domínio Saúde Mental (Tabela 02), a média foi de 80,09. Esses dados também foram verificados por Farinha, Almeida e Trippo (2013) em um estudo sobre qualidade de vida de docentes fisioterapeutas, que obtiveram na sua amostra uma média de 79,52 nesse domínio.

Em um estudo desenvolvido por Amaral et al. (2011), os autores afirmam que na maior parte do mundo ocorrem uma pressão contra a grande massa dos trabalhadores, uma ameaça no qual milhares de pessoas sintam sobrecarregados, pois a força de trabalho é a única ferramenta que possui e com isso o psiquismo humano é alterado atingindo a Saúde Mental dos trabalhadores.

Em relação a segunda pergunta do questionário SF-36 que compara as condições de saúde atual com a de um ano atrás, nossos achados discordam de um estudo desenvolvido por Leal (2012), com indivíduos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, em

que as repostas apresentadas no estudo foram os maiores valores “quase a mesma” e “pior agora do que um ano atrás”.

A qualidade de vida dos trabalhadores dependentes da atividade ocupacional dentro da empresa em relação às doenças crônicas não transmissíveis não apresentou diferenças significativas. E em relação aos domínios também não houve índice de significância, porém para a Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais e Emocionais indivíduos com hipertensão arterial apresentaram os maiores escores.

8 CONCLUSÕES

Através da análise de dados sobre a Qualidade de Vida dos trabalhadores de uma indústria automobilística, pôde-se concluir:

Com relação às características dos trabalhadores: 76,7% eram do sexo masculino, 90,7% eram casados e a média de idade de 40,79 anos.

Com relação à prevalência de doenças crônicas não transmissíveis: 74,4% dos entrevistados apresentaram hipertensão arterial seguidas de hipertensão arterial associada à dislipidemia (11,6%), diabetes *mellitus* (9,3%), doenças cardiovasculares, hipertensão arterial associada à diabetes *mellitus*, apresentaram os mesmos valores (2,3%).

Quanto à avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, verificada através do SF 36, a maior média do escore obtido foi no domínio Aspectos Físicos e o pior escore foi no domínio Estado Geral de Saúde.

O questionário SF-36 mostrou-se um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida na amostra estudada com trabalhadores de uma empresa automobilística que participaram do Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas.

Embora a análise do item Estado geral de saúde, percebido pelos trabalhadores, apresente satisfatório, chama a atenção, nos resultados encontrados, que a hipertensão arterial foi mais frequente em homens, casados e com idade entre 25 e 34 anos, apresentando limitação no domínio Vitalidade. Sendo que, todos fazem tratamento medicamentoso, necessitando de acompanhamento contínuo por profissionais capacitados, no que se refere ao controle pressórico, glicêmico, estilo de vida e cuidados preventivos.

Assim, emerge o imperativo que ações de promoção e qualidade de vida dos trabalhadores devem fazer parte das metas organizacionais, de modo que seus resultados tornem-se indicadores para os gestores continuar a manutenção do Programa “Viva Saúde” bem como, ampliar as ações de educação em saúde com os familiares a fim de aumentar a adesão ao tratamento e redução dos fatores de risco considerados modificáveis.

Cumprindo o objetivo proposto pela pesquisa, verificar a qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística e ao mesmo tempo, analisar as características individuais e a incidência de doenças crônicas entre os trabalhadores inscritos no Programa de Gerenciamento de Doenças, o estudo teve o escopo de mostrar o papel fundamental que a promoção da saúde deve ocupar na qualidade de vida e reforçar a importância de investir em políticas públicas e institucionais, pois o comprometimento é de todos a começar pelos gestores.

9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O fato de a pesquisa ter sido realizada durante o expediente de trabalho, muitas respostas foram dadas sem uma reflexão mais aprofundada, comprometendo o resultado final.

A formalidade e a troca de gestores inicialmente trouxeram dificuldade de acesso às informações e, conseqüentemente, atraso no processo de pesquisa, porém foram superadas com o decorrer do tempo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. N. F. **Qualidade de vida de pacientes com diabetes *mellitus*. Estudo comparativo de dois programas assistenciais da unidade básica de saúde da Universidade Federal do Amapá, no município de Macapá.** 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Macapá. Disponível em: <http://www2.unifap.br/ppcs/files/2013/07/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Ariely-Nunes-Ferreira-de-Almeida.pdf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida.** 2012. 142 f. Dissertação (Mestrado em Artes) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, São Paulo. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida.** Ponta Grossa, v.03, n. 01, p 16-23. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/download/690/615>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

ALVES, E. F. Qualidade de vida no trabalho: indicadores e instrumentos de medidas. In: **Diálogos & Saberes**, Mandaguari, v. 6, n. 1, p. 77-87, 2010. Disponível em: <[http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34825/ssoar-dialogossab-2010-1-alves-Qualidade de vida no trabalho.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34825/ssoar-dialogossab-2010-1-alves-Qualidade%20de%20vida%20no%20trabalho.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

AMARAL, A. L. V.; MOTA, D. P.; ALVES, G. (Organizadores). **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI.** São Paulo: LTR editora, 2011. Disponível em: <www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/download/3019/2189>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

AMORIM, M. I. S. P. L. **Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes *mellitus* tipo 2.** 2009. 417 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7211/2/Aspectos%20psicossociais%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20do%20indivduo%20com%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%202.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar.** 4. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

ARELLANO, E. B. **Avaliação dos programas de qualidade de vida no trabalho-análise crítica das práticas das organizações premiadas do Brasil**. 2008. 194 f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: < http://www.g-qv.com.br/Tese_Doutorado_Eliete%20Bernal%20Arellano_2008.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.9, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900017>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

BAICKER, K. et al. Workplace wellness programs can generate savings. **Health Affairs**, v. 29, n. 2, p. 304-311, 2010. Disponível em: <[bshp.hul.harvard.edu/.../Workplace%20Wellness%](http://bshp.hul.harvard.edu/.../Workplace%20Wellness%20)>. Acesso em: 26 de agosto de 2014.

BACHA, M. M. et al. Qualidade de vida de estudantes de Psicologia. **In Formação**, ano 16, n. 16, jan./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/PINFOR/article/view/3855/3479>>. Acesso em: 26 de agosto de 2014.

BARRA, S. A. R. **Gestão da estratégica saúde da família. o desafio de consolidar e intersectorialidade**. 2013. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

BARROS, R. T. Avaliação de aspectos da qualidade de vida em pacientes pós implante de marca passo cardíaco. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 29, n. 1, São José do Rio Preto Jan./Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010276382014000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 de agosto de 2014.

BOSSOLA, M. et al. Physicians' knowledge of health-related quality of life and perception of its importance in daily clinical practice. **Health Qual Life Outcomes**, 2010; 8:43. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a17v29n9.pdf>>. Acesso em: 23 de junho de 2015.

BRAVO, M. I. S; CORREIA, M. V. C. **Serv. Soc.Soc** [online]. 2012. Desafios do controle social na atualidade. N. 109, PP. 126-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282012000100008>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://www.lex.com.br/legis_26169625_PORTARIA_N_2446_DE_11_DE_NOVEMBRO_DE_2014.aspx>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes *mellitus*. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [online]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doenças entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Apr 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Desktop/Nova%20pasta/brito.html>>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

CABRAL, D. L. **Comparação dos instrumentos SF-36 e perfil de saúde no nottingham para avaliação da qualidade de vida de indivíduos pós-acidente vascular encefálico**. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://www.ufpe.br/ppgfisioterapia/images/documentos/dlc_dissertao.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R.M.; Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 2, Feb 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892006000200013>. Acesso em: 26 de maio de 2015.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A.V. **Plano Nacional de Saúde. 2011-2016. A qualidade dos cuidados e dos serviços**. Dez. 2010. Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

CARNEIRO, A. C. L. L. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção da saúde**. 2010. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA86AJY6/angeli_ca_cotta_lobo_leite_carneiro.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

CARVALHO, M. A. N. et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medidas de qualidade de vida relacionada à saúde. **Arq. Bras. De Cardiologia**. 2012; 98(5): 442-451. Disponível em:

<<http://www.arquivosonline.com.br/2012/9805/pdf/9805010.pdf>>. Acesso em 27 de agosto de 2015.

CARVALHO, M. V.; SIQUEIRA, L.B.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, liga de Hipertensão Arterial- Brasil. **Arq. Bras. De Cardiologia**. 2013; 100(2): 164-174. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>>. Acesso em: 29 de setembro de 2015.

CARVALHO, P. M. G. **Práticas educativas em saúde ações dos enfermeiros na estratégica saúde da família**. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina. Disponível em: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patr%C3%ADcia%20Maria%20Gomes%20de%20Carvalho%20\(Segura\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patr%C3%ADcia%20Maria%20Gomes%20de%20Carvalho%20(Segura).pdf)>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

CECCHINI, M.; SASSI, F.; LAUER, J.A, et al. **Tackling of Unheathy Diets, Physical Inactivity, and Obesity: Health Effects and Cost-Effestiveness**. Lancet 2010; 376: 1775-84. Disponível em: <http://www.who.int/choice/publications/Obesity_Lancet.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2015.

CESARINO, C. B. C. et al. Qualidade de vida em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável: utilização do questionário SF-36. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc**, Ribeirão Preto, v.26, n. 2, Apr/June 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382011000200014>. Acesso em: 26 de setembro de 2015.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução Para a Língua Portuguesa e Validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol** ,1999; 39: 143-150. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104>. Acesso em: 26 de setembro de 2015.

DUARTE, B. M. **Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população de Belo Horizonte**. 2010. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/645M.PDF>>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

FARINHA, K. O.; ALMEIDA, M. S.; TRIPPO, K.V. Avaliação da qualidade de vida de docentes fisioterapeutas da cidade do Salvador/Bahia. **Rev. Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador. 2013, jul; 3(1): 13-35. Disponível em: <http://www.academia.edu/4254547/AVALIA%C3%87%C3%83O_DA_QUALIDADE_D E_VIDA_DE_DOCENTES_FISIOTERAPEUTAS_DA_CIDADE_DO_SALVADOR_BA HIA1>. Acesso em: 26 de setembro de 2015.

FERNANDES, I. I. B.; VASCONCELOS, K.C.; SILVA, L.L.L. **Análise da qualidade de vida segundo o questionário SF-36 dos funcionários da gerência de assistência nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.** 2009. 76 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Universidade da Amazônia, Belém. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/139471219/Analise-Da-Qualidade-de-Vida-Segundo-Questionario-SF-36#scribd>>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

FERREIRA, F. F. C.; MOREIRA, A. S.; SANTOS, W. M.; SOUSA, M. J. S. Análise da qualidade de vida em pacientes sequelados de acidente vascular encefálico (AVE) na clínica escola integrada da Faculdade de Santa Maria. **Enciclopédia Biosfera.** Centro conhecer científico, Goiânia, v.7, n.13, 2011. 1360 p. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2011b/ciencias%20da%20saude/analise%20da%20qualidade.pdf>>. Acesso em: 27 de setembro de 2015.

FERREIRA NETO. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c46e248cca47.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

FLECK, M. P. A. & COLABORADORES. **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde.** 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 28, 2008. <<http://www.efdeportes.com/efd135/qualidade-de-vida-nos-profissionais-da-saude.htm>>. Acesso em: 28 de maio de 2015

FRAGA, A. B. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Fundação Universidade de Brasília: CEAD. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 144 f. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo---o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

FREIRE, M. E. M. et al. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura.** 2014. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/.../22/...21052014.../MariaElianeMoreiraFreire.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Vivendo o Envelhecer: Vozes de Um Grupo de Idosos. **Revista Enfermagem UFPE** online, v.4, n.1, p.93-100, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=18843&indexSearch=ID>>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

FONSECA, M. O. **Conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem das equipes de saúde da família, de um município do interior de Minas Gerais sobre promoção ao aleitamento materno.** 2010. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)

– Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/.../22/.../MARIANADEOLIVEIRAFONSECA.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

GENEAU, R.; STUCKLER, D.; STACHENKO, S, et al. **Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process.** Lancet 2010; 376: 1689-98. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21074260>>. Acesso em: 25 de setembro de 2015.

GOODSTADT, M. S.; SIMPSON, R. L.; LORANGER, P.O. Health promotion: A conceptual integration. **American Journal of Health Promotion**, (Winter).P. 58-63, 1987.

GOULART, F. A. A. **As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde.** Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: < http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

GREEN, L. W.; KREUTER, M. W. **Health Promotion Planning – an educational and environmental approach**, 2ª ed. Mountain View, Canada, 1991. Mayfield Publishing Company, editor.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/05.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica.** Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2013/>>. Acesso em: 26 de agosto de 2015 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicisociaude/2009/indicisociaude.pdf>>. Acesso em: 09 de março de 2014.

JOINT COMMITTEE ON TERMINOLOGY. Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and promotion Terminology. **American Journal of Health Education**. V.32, n.2, p.89-103, 2001.

KABAD, L. **Qualidade de vida dos funcionários administrativo de uma universidade privada.** 2011. 70 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande. Disponível em: < <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8161->

[qualidade-de-vida-dos-funcionarios-administrativos-de-uma-universidade-privada.pdf](#)>.
Acesso em: 26 de agosto de 2015.

KLUTHCOVSKY A. C.; KLUTHCOVSKY F. A. O WHOQOL-Bref, Um Instrumento Para Avaliar Qualidade de Vida: Uma Revisão Sistemática. **Revista Psiquiatria Rio Gd Sul** 2009; 31(3 Suppl):0-0. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082009000400007&script=sci_arttext>. Acesso em 26 de agosto de 2015.

LARA, B. R. **Uma abordagem psicossocial na promoção da saúde: refletindo criticamente sobre o processo de um grupo de apoio e discussão sobre peso e alimentação.** 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaidsabia/images/BIBLIOTECA/MIGRAR/lara_me.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

LEAL, L. B. **Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2.** 2012. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/picos/arquivos/files/Qualidade%20de%20Vida%20de%20Pessoas%20com%20Diates%20Mellitus%20Tipo%202-1.pdf>>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

LYRA, T. M. **A política de saúde ambiental do Recife em 2001 e 2002. Uma análise a partir do programa de saúde ambiental.** 2009. 300 f. Tese (Doutorado em saúde pública)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009lyra-tm.pdf>> Acesso em: 25 de agosto de 2015.

MAGNOBOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência.** 2007. 123 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP). Disponível em: <<http://www.eeffto.ufmg.br/biblioteca/1727.pdf>>. Acesso em: 23 de julho de 2015.

MALTA, D. C. et al. Política nacional de promoção da saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** Pelotas/RS, v. 19, n 3, p. 286 – 299, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/3427/3280>>. Acesso em: 28 de agosto de 2015.

MARTINS, D. A. Considerações sobre a qualidade de vida no trabalho e o estresse ocupacional. In: VILARTA, R. GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. (Org). **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI.** Campinas: Ipes, 2010. p. 131-140.

MILANI, R. V. & LAVIE, C. J. Impact of worksite wellness intervention on cardiac risk factors and one-year health care costs. **The American Journal of Cardiology**, v. 104, p.

1389 –1392, 2009. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/38069582_Impact_of_worksite_wellness_intervention_on_cardiac_risk_factors_and_one-year_health_care_costs>. Acesso em: 26 de setembro de 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1) :7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 28 de agosto de 2015.

NÓBREGA, W.C. **Qualidade de Vida de Pessoas com Úlceras Venosas Atendidas no Ambulatório de um Hospital Universitário**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14679/1/WalquiriaGN_DISSERT.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

OLIVEIRA, C. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2013, p 873 – 882. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63025680011.pdf>>. Acesso em: 28 de agosto de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Chronic Diseases a vital investments**. 1ª. ed. Geneva., 2005. v. 01. 182 p. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/. Acesso em: 27 de agosto de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde. Saúde nas Américas. Panorama regional e perfis de países**. Washington: OPAS/OMS; 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/Sa%C3%BAde-nas-Am%C3%A9ricas3.pdf>>. Acesso em: 28 de agosto de 2015.

PELLICIOTTI, J. S. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva**. 2009. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/...14052009.../Josikelem_Silva.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2015.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C.L.; PARSONS, M.A. **Health Promotion In Nursing Practice**. 5ª edição. WJ: Person Prentice Hall. 2006. 367p.

PICCOLO, M. S. **Burn specific health scale- brief: tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação**. 2015. 177 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal São Paulo. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dcir/cirtrans/discente/egressos/Biblioteca/doutorado/2015-05-doutorado-monica-sarto-piccolo.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

PIGOU, A. C. The economics of welfare. **Library of economics and liberty**. 1921. 73 p. Disponível em: < <http://www.econlib.org/library/NPDBooks/Pigou/pgEW.html>>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** 54(1): 55-60, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/21.pdf> >. Acesso em: 28 de maio de 2015.

RAMOS, A. M.; OLIVEIRA, F. R.; FREITAS, R.M. **Avaliação da qualidade em indivíduos com hipertensão arterial sistêmica atendidos em Unidades Básicas de Saúde**. 2009. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.effto.ufmg.br/biblioteca/1727.pdf>>. Acesso em: 23 e junho de 2015.

ROCHA, F. L. R. **Análise dos fatores de risco do corte manual e mecanizado da cana-de-açúcar no Brasil segundo o referencial da promoção da saúde**. 2007. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07012008-103708/en.php>>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

ROCHA, P. R. F. **O Trabalhador Doente e Sua Família nos Seus Papéis Como Atores Sociais no Processo de Retorno ao Trabalho**. 2010. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <<http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/1462010141107.pdf>>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

SANTOS, N. C.; ABDALA, G.A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 2014, 17(4): 795-805. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00795.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

SANTOS, P. R. et al. **Qualidade de vida entre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: seguimento de dois anos**. 2009. 98 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Pós Graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00795.pdf>>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. **Available from Scielo Books**. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

SAWADA, N. O. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer Submetidos á Quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n. 3, p. 581-7. 2009. Disponível em:< <http://revistas.usp.br/reusp/article/download/40395/43357>> . Acesso em: 26 de setembro de 2014.

SCHMIDT, B. B. D. et al. **Doenças não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Porto Alegre, 2011 Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/926_Doencas.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de Vida e saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. **Cad de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Mar/Apr. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010000100021&script=sci_arttext> . Acesso em: 26 de setembro de 2014.

SILVA, E. C. **Qualidade de vida e bem estar subjetivo de estudantes universitários**. 2012. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo. Disponível em: < http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3049>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

SILVA, K. L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em:< http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c162ce4bc5b6.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2015.

SOUZA, W. A. **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente**. 2008. Tese (Doutorado em Farmácia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: < <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000443453&opt=1>>. Acesso em: 27 de agosto de 2015.

SOARES, J. A. S.; ALENCAR, L. D.; ALENCAR, L. D.; CAVALCANTE, L. P. S.; ALENCAR, L. D. Impactos da urbanização desordenada na saúde pública: leptospirose e infraestrutura urbana. **Revista Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/9632/7591>>. Acesso em: 27 de agosto de 2015.

SOARES, D. A. et al. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. **Acta paul. enferm.** 2008; 21(2): 243-248. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a02v21n2>>. Acesso em: 05 de maio de 2015.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000188&pid=S01037331201100030000800024&lng=en>. Acesso em: 05 de maio de 2015.

VALENTIM, L.S.O. **Sobre a produção de bens e males nas cidades.** Estrutura urbana e cenários de risco à saúde em áreas contaminadas da região metropolitana de São Paulo. 2010. 266 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1347629899_TESE_LUIS_SERGIO_OZORIO_VALENTIM\[1\].pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1347629899_TESE_LUIS_SERGIO_OZORIO_VALENTIM[1].pdf)>. Acesso em: 26 de agosto de 2015.

XAVIER, H. T. et al. V diretrizes Brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n.4, São Paulo. 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wRfMG1QnCPsJ:publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

WESTPHAL, M.F. Tratado de Saúde Coletiva. In: CAMPOS. G. W. S. et al. **Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

WHO. **Interventions on Diet and Physical Activity: What Works**, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/index>>. Acesso em: 03 de março de 2014.

WHO. **The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)**, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ICCC/en>>. Acesso em: 02 de março de 2014.

ZUQUE, F.T.S. **Saúde e qualidade de vida do trabalhador da construção civil no município de Três Lagoas- MS, no período de 2008 – 2012.** 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Mato Grosso do sul, Três lagoas. Disponível em: <<http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/bitstream/123456789/2050/1/Fabr%20c3%20adcia%20Tatiane%20da%20Silva%20Zuque.pdf>>. Acesso em 26/08/2015.

ANEXO A - PROTOCOLO DE SAÚDE CARDIOVASCULAR

Monitoramento de Enfermagem

In Company

1. Objetivo:

Este documento visa mostrar como seria o papel do Enfermeiro, tornando este profissional a peça chave para a implantação do Gerenciamento de doenças dentro da empresa que tiverem Saúde Corporativa, o chamado (Gerenciamento de Doenças (GD) “in company”)

2. Definições:

Gerenciamento de doenças: Ferramenta de atenção ativa à saúde de prevenção secundária que busca desfragmentar o cuidado ao beneficiário portador de moléstia crônica, além disso, instruí-lo de forma a poder fazer o melhor controle possível de sua doença crônica evitando maiores agravos do quadro.

Atenção Ativa à saúde: Modelo de assistência no qual o beneficiário é atendido pela operadora de saúde de forma ativa ao contrário do modelo tradicional passivo, sendo assim apenas complementar e tem como base a estratificação do risco da morbidade dos beneficiários, dando atenção conforme necessidade de cada um.

Prevenção secundária: Prevenção realizada com portadores de moléstias crônicas, mas ainda sem agravo que limite suas atividades diárias e seu acesso a rede de atenção primária. A Prevenção secundária tem como principal objetivo, fazer com que o paciente não tenha novos eventos agudos de sua doença crônica, mantendo-a estabilizada e controlada.

Consulta ambulatorial de enfermagem: Abordagem feita por Enfermeira. A abordagem busca instruir o doente crônico sobre a doença, visando uma otimização de seus sintomas e controle clínico. É realizado um exame físico focado na doença e dadas informações pertinentes numa linguagem acessível ao beneficiário em questão.

Enfermeiro do GD: Enfermeiro que faz o acompanhamento de clientes do gerenciamento de doenças, através de consultas ambulatoriais de enfermagem e telemonitoramento.

Modelo Transteórico: Modelo proposto por DiClementi e Proschaska (1977) de mudança cognitivo comportamental em que os ciclos são divididos em fases: Pré

contemplação, Contemplação, Preparação para a Ação, Ação, manutenção e Recaída. As ações devem sempre apoiar o sentido da mudança visando o maior tempo possível nas fases de ação e manutenção e evitando as fases de recaída.

Estratificação: Definição do grupo em que o beneficiário será gerenciado.

Formas de Captação:

1. Demanda Espontânea
2. Encaminhamento de Médico do trabalho
3. Encaminhamento via Rede
4. Busca Ativa

3. Procedimento/Responsável

3.1. Busca de Elegíveis

Enfermeiro Coordenador

- a. Realizar busca no sistema de informações da empresa e laboratórios com filtros pré estabelecidos;
- b. Checar cadastro (telefone viável dos mesmos);
- c. Preparar lista de pacientes com telefone viável;
- d. Separar listas conforme os critérios abaixo:
 - d.1.** Paciente com o diagnóstico de:
 - Hipertensão Arterial Sistêmica
 - Doença Arterial Coronariana
 - Insuficiência Cardíaca
- e. Realizar matrícula do beneficiário
 - e.1.** Os beneficiários elegíveis podem ser excluídos quando apresentarem os critérios abaixo:
 - Não aderirem ao protocolo proposto
 - Recusarem o monitoramento
 - Migração para Gerenciamento de Casos (GC)
 - Perda de Seguimento:
 - Óbito do beneficiário

3.2. Avaliação Inicial

Enfermeiros

- a. Realizar exame físico (Pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, cintura, quadril, ausculta cardíaca e pulmonar, palpação abdominal e verificação de edema em membros inferiores)
- b. Solicitar ao beneficiário a assinatura do FR -.Termo de ciência, intenção e consentimento
- c. Responder questionário de consulta inicial
- d. Realizar estratificação do beneficiário utilizando a tabela de Framingham e critérios abaixo:

Questionário para mulheres levando-se em conta o LDL colesterol:

Passo 1 - Idade		Passo 2 LDL		Passo 3 HDL		Passo 4 Pressão arterial	
Anos	Pontos	mg/dl	Pontos	mg/dl	Pontos	PAS (mmHg)	PAD
30-34	-9	<100	-2	<35	5	<120	<80
35-39	-4	100-129	0	35-44	2	120-129	80-84
40-44	0	130-159	0	45-49	1	130-139	85-89
45-49	3	160-189	2	50-59	0	140-159	90-99
50-54	6	≥190	2	≥60	-2	≥160	>100
55-59	7						
60-64	8						
65-69	8						
70-74	8						

Em caso de pts diferentes usar o maior

Passo 5 Diabetes		Passo 6 Tabagismo		Passo 7 - Soma dos pontos:	
Não	0	Não	0	<input type="text"/>	
Sim	4	Sim	2		

Passo 8		Passo 9	
Soma de pontos	Risco CV em 10 anos	Idade (anos)	Risco médio 10 anos / Risco mínimo 10 anos
≤-2	1%	30-34	<1% / <1%
-1	2%	35-39	1% / <1%
0	2%	40-44	2% / 2%
1	2%	45-49	5% / 3%
2	3%	50-54	8% / 5%
3	3%	55-59	12% / 7%
4	4%	60-64	12% / 8%
5	5%	65-69	13% / 8%
6	6%	70-74	14% / 8%
7	7%		
8	8%		
9	9%		
10	11%		
11	13%		
12	15%		
13	17%		
14	20%		
15	24%		
16	27%		
>17	>32%		

Questionário para homens levando-se em conta o LDL colesterol:

Passo 1 - Idade		Passo 2 LDL		Passo 3 HDL		Passo 4 Pressão arterial	
Anos	Pontos	mg/dl	Pontos	mg/dl	Pontos	PAS (mmHg)	PAD
30-34	-1	<100	-3	<35	2	<120	0
35-39	0	100-129	0	35-44	1	120-129	0 pts
40-44	1	130-159	0	45-49	0	130-139	1
45-49	2	160-189	1	50-59	0	140-159	2
50-54	3	≥190	2	≥60	-1	>160	3 pts
55-59	4						
60-64	5						
65-69	6						
70-74	7						

Em caso de pte diferentes usar o maior

Passo 5 Diabetes		Passo 6 Tabagismo		Passo 7 - Soma dos pontos:	
Não	0	Não	0		
Sim	2	Sim	2		

Passo 8		Passo 9		
Soma de pontos	Risco CV em 10 anos	Idade (anos)	Risco médio 10 anos	Risco mínimo 10 anos
<-3	1%	30-34	3%	2%
-2	2%	35-39	5%	3%
-1	2%	40-44	7%	4%
0	3%	45-49	11%	4%
1	4%	50-54	14%	6%
2	4%	55-59	16%	7%
3	6%	60-64	21%	9%
4	7%	65-69	25%	11%
5	9%	70-74	30%	14%
6	11%			
7	14%			
8	18%			
9	22%			
10	27%			
11	33%			
12	40%			
13	47%			
>14	>56%			

- **GRUPO 0** (Baixo risco cardiovascular):

Exames normais, sem eventos cardiovasculares prévios e Baixo risco cardiovascular ou com < 10% chance de terem evento cardiovascular em 10 anos.

Consulta de enfermagem: devem ser realizadas a cada 2 meses, podendo antecipar telefonema ou consulta conforme necessidade levantada no último contato.

Telemonitoramento: Deve ser realizados mensalmente.

- **GRUPO A** (Médio risco cardiovascular):

Sem eventos cardiovasculares prévios ou com 10% a 20% de chance de terem evento cardiovascular em 10 anos.

Consulta de enfermagem: Devem ser realizadas a cada 2 meses, podendo antecipar telefonema ou consulta conforme necessidade levantada no último contato.

Telemonitoramento: Deve ser realizados mensalmente.

- **GRUPO B** (Alto risco cardiovascular):

Sem eventos cardiovasculares prévios ou com > 20% de chance de terem evento cardiovascular em 10 anos ou pessoas portadoras de DM sem eventos cardiovasculares prévios e com eventos prévios sem disfunção ventricular sistólica.

Consulta de enfermagem: devem ser realizadas mensalmente, podendo antecipar telefonema ou consulta conforme necessidade levantada no último contato.

Telemonitoramento: Deve ser realizado a cada 15 dias de acordo com a necessidade.

- **GRUPO C1 e C2** (Altíssimo risco cardiovascular):

Com eventos cardiovasculares prévios evoluindo com disfunção ventricular sistólica .

Consulta de enfermagem: devem ser realizadas mensalmente, podendo antecipar telefonema ou consulta conforme necessidade levantada no último contato.

Telemonitoramento: Deve ser realizado a cada 15 dias de acordo com a necessidade.

- ❖ **São necessários para a estratificação; pré-evento:** LDL, HDL, Conhecimento do status perante o diagnóstico de diabetes. Aceitos exames de até 6 meses de realização.
- ❖ **São necessários para a estratificação; pós-evento:** Teste ergométrico e Ecodopplercardiograma bidimensional. Realizados após o último evento sem limite de validade se não houver outras mudanças no quadro clínico.

ANEXO B- PROTOCOLO DE DIABETES

Monitoramento de Enfermagem

In company

1. Objetivo:

Este documento visa mostrar como seria o papel do Enfermeiro, tornando este profissional a peça chave para a implantação do Gerenciamento de doenças dentro das empresas que tiverem Saúde Corporativa, o chamado (Gerenciamento de Doenças (GD) “in company”).

2. Definições:

Gerenciamento de doenças: Ferramenta de atenção ativa à saúde de prevenção secundária que busca desfragmentar o cuidado ao beneficiário portador de moléstia crônica, além disso, instruí-lo de forma a poder fazer o melhor controle possível de sua doença crônica evitando maiores agravos do quadro.

Atenção Ativa à saúde: Modelo de assistência no qual o beneficiário é atendido pela operadora de saúde de forma ativa ao contrário do modelo tradicional passivo, sendo assim apenas complementar e tem como base a estratificação do risco da morbidade dos beneficiários, dando atenção conforme necessidade de cada um.

Prevenção secundária: Prevenção realizada com portadores de moléstias crônicas, mas ainda sem agravo que limite suas atividades diárias e seu acesso a rede de atenção primária. A Prevenção secundária tem como principal objetivo, fazer com que o paciente não tenha novos eventos agudos de sua doença crônica, mantendo-a estabilizada e controlada.

Consulta ambulatorial de enfermagem: Abordagem feita por Enfermeira no Núcleo de atenção á Saúde. A abordagem busca instruir o doente crônico sobre a doença, visando uma otimização de seus sintomas e controle clínico. É realizado um exame físico focado na doença e dadas informações pertinentes numa linguagem acessível ao beneficiário em questão.

Enfermeiro do GD: Enfermeiro que faz o acompanhamento de clientes do gerenciamento de doenças, através de consultas ambulatoriais de enfermagem e telemonitoramento.

Modelo Transteórico: Modelo proposto por DiClementi e Proschaska (1977) de mudança cognitivo comportamental em que os ciclos são divididos em fases: Pré contemplação, Contemplação, Preparação para a Ação, Ação, manutenção e Recaída. As ações devem sempre apoiar o sentido da mudança visando o maior tempo possível nas fases de ação e manutenção e evitando as fases de recaída.

Formas de Captação:

5. Demanda Espontânea
6. Encaminhamento de Médico do Trabalho
7. Encaminhamento via Rede
8. Busca Ativa

Estratificação: Definição do grupo em que o beneficiário será gerenciado.

Educação em Diabetes: Noções gerais sobre Diabetes e suas complicações; Mudanças de estilo de vida; Orientação Nutricional; Prática de exercícios; Cuidados com os pés; Medicações e Técnicas de aplicação de Insulina; Hipoglicemia e auto monitoramento.

3.Procedimento/Responsável

3.1. Busca de Elegíveis

Enfermeiro

- a. Realizar busca no sistema de informações da empresa e laboratórios com filtros pré-estabelecidos;
- b. Checar cadastro (telefone viável dos mesmos);
- c. Preparar lista de pacientes com telefone viável;
- d. Separar listas conforme os critérios abaixo:
 - d.1. Beneficiários com diagnóstico de:
 - Diabetes Tipo I
 - Diabetes Tipo II
 - Diabetes Gestacional
 - e.1. Os beneficiários elegíveis podem ser excluídos quando apresentarem os critérios abaixo:
 - Não aderirem ao protocolo proposto
 - Recusarem o monitoramento

- Estiverem com o cadastro incompleto
- Migração para Gerenciamento de casos (GC)
- Perda de Seguimento
- Óbito do beneficiário

3.2 Avaliação Inicial

Enfermeiros

f. Realizar exame físico (Pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, cintura, quadril, ausculta cardíaca e pulmonar, palpação abdominal, verificação de edema em membros inferiores e teste de sensibilidade com estesiômetro).

g. Solicitar ao beneficiário a assinatura do FR-.Termo de ciência, intenção e consentimento

h. Responder questionário de consulta inicial

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Grupos	Diabetes <i>mellitus</i> (DM) Sem complicações microvasculares e macrovasculares	Diabetes <i>mellitus</i> Tipo 2 (DM2) com complicações microvasculares	DM2 com complicações microvasculares e / ou macrovasculares
Enfermagem: Questionário / Acompanhamento: avaliação da PA, Peso e Circunferência abdominal/Monitoramento/ Educação em Diabetes	Bimestral	Mensal	Mensal
Telemonitoramento	Mensal	Mensal ou a cada 15 dias de acordo com a necessidade	Mensal ou a cada 15 dias de acordo com a necessidade
Avaliação de Pé de Risco: && &&&	Na primeira consulta e anualmente		Na primeira consulta e; 1) & Sem risco adicional: Anual; 2) && Pé com Risco: no mínimo a cada 6 meses; 3) &&& Alto Risco: no mínimo a cada 3-6 meses; 4) Infecção / úlcera: dentro de 24h.
Orientações			
Avaliação Endocrinológica	Consulta Médica inicial e a cada 6 meses, ou mais freqüentemente se HbA1c > 7%.	Consulta Médica no mínimo de 3-6 meses, ou mais freqüentemente se HbA1c > 7%, com encaminhamento para outras especialidades médicas se necessário .	Consulta Médica no mínimo a cada 3 meses, ou mais freqüentemente se HbA1c > 7%, com encaminhamento para outras especialidades médicas se necessário

Avaliação Cardiovascular	Na primeira consulta e anualmente, nos casos de PA controlada sem outros fatores de risco.	Consulta inicial e semestralmente.	Consulta inicial e trimestralmente.
Microalbuminúria e creatinina sérica	Na primeira consulta e anualmente.	Na primeira consulta e no mínimo anualmente	
Avaliação do fundo de olho	Na primeira consulta e anualmente se ausência de Retinopatia*.	Na primeira consulta e a anualmente se ausência de Retinopatia, ou mais freqüentemente em casos específicos**.	
Hemoglobina Glicada (HbA1c)	A cada 6 meses ou mais freqüentemente se fora da meta ou modificação de tratamento.	A cada 3-6 meses ou mais freqüentemente se fora da meta ou modificação de tratamento.	A cada 3 meses ou mais freqüentemente se fora da meta ou modificação de tratamento.

(*) A cada 2 anos em pacientes selecionados, que não tenham retinopatia e/ou outros fatores de risco.

(**) Mais freqüente em 3-6 meses se piora da retinopatia, durante gravidez; pessoas de alto risco de progressão (hiperglicemia e HAS não controladas ou nefropatia) e em 30-60 dias em caso de edema macular. Situações de Urgência: em 1 dia: perda súbita da visão ou deslocamento de retina; em 1 semana, se evidências de hemorragia vítrea ou pré-retineana.

(&) Sem perda de sensibilidade, sem sinais de doença arterial periférica ou outros fatores de risco (deformidades, calus plantares, ulceração ou amputação prévia)

(&&) Se neuropatia presente ou outro fator de risco.

(&&&): Perda de sensibilidade, mais deformidades ou evidências de doença arterial periférica ou ulceração/amputação prévia.

São necessários para a estratificação: Conhecimento do status perante o diagnóstico de retinopatia diabética, nefropatia diabética, amputação de membros ou eventos isquêmicos, Doença cardiovascular estabelecida.

ANEXO C - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____
 Local de trabalho: _____ Horário: _____
 Comorbidade: _____

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

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

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3

i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

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

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

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

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

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

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente e verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE UMA INDÚSTRIA AUTOMOBILÍSTICA INSCRITOS EM UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Pesquisador: Iramaia Ferreira Barreto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31421814.1.0000.5083

Instituição Proponente: Campus Catalão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 705.333

Data da Relatoria: 30/06/2014

Apresentação do Projeto:

Título: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE UMA INDÚSTRIA AUTOMOBILÍSTICA INSCRITOS EM UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS; **Pesquisador responsável:** Iramaia Ferreira Barreto. Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão Organizacional; **Orientadora:** Renata Alessandra Evangelista; **Instituição Proponente:** Campus Catalão / UFG; **Financiamento** será com recursos dos próprios pesquisadores; **Coleta de dados** prevista para julho a outubro de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística inscritos em um programa de gerenciamento de doenças crônicas. Em específico: Avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde para a população alvo; Identificar quais os domínios do instrumento Short Form-36 (SF 36), estão interferindo na qualidade de vida dos trabalhadores inscritos em um programa de gerenciamento de doenças. Analisar os impactos do programa de gerenciamento de doenças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Alegam "não envolver riscos para os participantes da pesquisa uma vez que serão explicados que

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 705.333

sua participação no estudo não vai ocasionar qualquer tipo de risco físico, moral ou de qualquer natureza, pois os dados só serão utilizados para fins científicos." benefícios: ocorrerá por meio das informações coletadas e analisadas, pois serão gerados resultados compilados retratando a realidade da rotina desses indivíduos em relação a sua qualidade de vida relacionada à saúde. Espera-se que estes dados possam servir de subsídios para o desenvolvimento de ações e projetos visando à prevenção de agravos e a promoção da qualidade de vida para estes indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo transversal; Critérios de Inclusão: participante incluídos no programa de gerenciamento de doenças diagnosticados com hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, que aceitem participar aleatoriamente. Critérios de exclusão: os indivíduos não diagnosticados com doenças crônicas. Número da amostra: 50 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Anuência da Instituição participante somente com assinatura, sem timbre e sem carimbo da Instituição pesquisada. Apresentou os seguintes documentos: Informações básicas do projeto; TCLE; Termo de compromisso pesquisador; Folha de rosto; Projeto; Termo de compromisso pesquisador participante; Resumo; Instrumento de coleta de dados; Solicitação do pesquisador à Instituição pesquisada; Termo de anuência Instituição participante;

Recomendações:

Apresentar documento de anuência da Instituição participante em papel timbrado ou com carimbo do responsável pela mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após leitura dos documentos apresentados, sugerimos aprovação do p.p, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar o documento de anuência sob a forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prppg.ufg@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG




Continuação do Parecer: 705.333

GOIANIA, 01 de Julho de 2014

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

APÊNDICE A - TERMO DE ANUÊNCIA**TERMO DE ANUÊNCIA**

Eu, Hélio Pereira de Andrade, Gerente de Recursos Humanos da MMC Automotores do Brasil LTDA, abaixo assinado, consinto com a participação da Unidade de Ensino citada neste documento, no Projeto de Pesquisa intitulado “**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE UMA INDÚSTRIA AUTOMOBILÍSTICA INSCRITOS EM UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS**”, desenvolvido pela pesquisadora **Iramaia Ferreira Barreto** e pela Professora Doutora **Renata Alessandra Evangelista**. Pesquisa esta vinculada a Universidade Federal de Goiás – Campus Catalão junto ao Programa de Pós Graduação em Gestão Organizacional/Mestrado Profissional.


Catalão, 02 de Maio de 2014.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada “Qualidade de vida relacionada à saúde dos trabalhadores de uma indústria automobilística”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores: Enf. Iramaia Ferreira Barreto e Dr^a Enf. Renata Alessandra Evangelista.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Iramaia Ferreira Barreto no momento da coleta dos dados do estudo que será realizada na empresa.

Na participação você será questionado sobre dados socioeconômicos e de saúde (perguntas sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária). Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. O benefício desse estudo ocorrerá por meio das informações coletadas e analisadas, pois serão gerados resultados compilados retratando a realidade da rotina desses indivíduos em relação a sua qualidade de vida relacionada à saúde. Espera-se que estes dados possam servir de subsídios para o desenvolvimento de ações e projetos visando à prevenção de agravos e a promoção da qualidade de vida para estes indivíduos.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

- Renata Alessandra Evangelista. Mestre em Enfermagem Fundamental. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). Universidade Federal de Goiás. Endereço: Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário, Fone: (64) 3441-5300.
- Iramaia Ferreira Barreto. Pós-Graduação em Gestão Organizacional/Mestrado Profissional, Universidade Federal de Goiás. Endereço: Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário, Fone: (64) 3441-5300. Inclusive atendimento a cobrar pelo telefone (64) 8104-9075.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones (62) 3521-1075 ou (62) 3521- 1076.

Catalão,..... dede 2014.

Prof. Dr^a Renata Alessandra Evangelista

Enf^a Iramaia Ferreira Barreto

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa