

# PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES + SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

**Vol 1**

Orgs.:  
**Ramon Missias-Moreira**  
**Jorge Mota**

+



+



**Pedro & João**  
editores

**PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES  
SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE**

**VOLUME 1**



**RAMON MISSIAS-MOREIRA  
JORGE MOTA  
(ORGANIZADORES)**

**PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES  
SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE**

**VOLUME 1**

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

---

**Ramon Missias-Moreira; Jorge Mota [Orgs.]**

**Perspectivas interdisciplinares sobre Qualidade de Vida e Saúde. Vol 1.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 280p. 16 x 23 cm.

**ISBN: 978-65-265-0263-1 [Impresso]**

**978-65-265-0264-8 [Digital]**

**DOI: 10.51795/9786526502648**

1. Interdisciplinaridade. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde. 4. Perspectivas. I. Título.

---

CDD – 370

**Capa:** Petricor Design

**Ficha Catalográfica:** Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

**Diagramação:** Diany Akiko Lee

**Editores:** Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Como citar: MISSIAS-MOREIRA, Ramon; MOTA, Jorge. (Orgs). **Perspectivas interdisciplinares sobre Qualidade de Vida e Saúde. Vol. 1.** 1 ed. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023.

**Conselho Científico da Pedro & João Editores:**

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/ Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/ Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luis Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



**Pedro & João Editores**

[www.pedroejoaoeditores.com.br](http://www.pedroejoaoeditores.com.br)

13568-878 – São Carlos – SP

2023

## SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b>	<b>9</b>
Carlos Laranjeira	
<b>1. REPERCUSSÕES DA COVID-19 NA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	<b>13</b>
Ramon Missias-Moreira, Jorge Mota	
<b>2. INFLUÊNCIA DO CONFINAMENTO, POR MOTIVO DA COVID-19, SOBRE OS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES EM PORTUGAL</b>	<b>43</b>
Inês Simões, Sónia dos Santos, Olga Sousa Valentim, Paulo Figueiredo	
<b>3. HORTAS URBANAS COMUNITÁRIAS COMO AMBIENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</b>	<b>61</b>
Daniel Sgrancio Uliana, Sara Jarske Gering, Rhaiza Marcia Passos Leal, Caroline Senatore, Alessandra Peres Guimarães, Jackline Freitas Brilhante de São José	
<b>4. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO HOSPITALAR: PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES EM UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE</b>	<b>79</b>
Lorena Estevam Martins Fernandes, Carlos Eduardo Gomes Siqueira, Francis Sodré	

- 5. EFEITOS DA MEDITAÇÃO E DO YOGA NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E NO CLIMA ORGANIZACIONAL NA PERCEPÇÃO DOS PRATICANTES** 97  
Michely Nascimento, João Pinheiro de Barros Neto
- 6. AS LEIS TRABALHISTAS MUDARAM! - IMPACTOS DA PRECARIZAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO** 119  
Maria de Lurdes Costa Domingos, Rodrigo Cardoso Viana
- 7. CONTRIBUIÇÕES PARA APLICAÇÃO DA QVT NOS PROGRAMAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR** 139  
Gilson Cassiano de Góes Filho, Osvaldo Luiz Goncalves Quelhas, Maria de Lurdes Costa Domingos, Gilson Brito Alves de Lima, Níssia Carvalho Rosa Bergiante
- 8. AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS RESIDENTES NAS CAPITAIS DO BRASIL SEGUNDO A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (2013 e 2019)** 155  
Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, Andréa Suzana Vieira Costa, Ana Karina, Bezerra Pinheiro
- 9. EXERCÍCIO FÍSICO NA PROMOÇÃO DA CAPACIDADE MOTORA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON** 175  
Sávio Luís Oliveira da Silva, Carolina Goulart Coelho, Osvaldo Luiz Gonçalves Quelhas, Júlio Vieira Neto, Marco Antônio Araújo Leite

<b>10. AS REPERCUSSÕES DA EXPERIÊNCIA DE ANSIEDADE NA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE JOVENS EM STARTUP</b>	<b>191</b>
Luana Taynara Monteiro de Brito, Lucas Guimarães Bloc, Marselle Fernandes Fontenelle, Maxmiria Holanda Batista, Kassandra Maria de Araújo Moraes, Rodrigo Sérgio da Silva Rodrigues	
<b>11. INDICADORES DE RESULTADO DE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL HUMANIZADA EM CUIDADOS INTENSIVOS E QUALIDADE DE VIDA</b>	<b>209</b>
Aramid José Fajardo Gomes, Sílvia Marlene Barradas Ramos, Ana Sofia Novais Rosinhas, Paula Encarnação	
<b>12. ESTRESSE EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS DURANTE O ENSINO REMOTO NO PERÍODO DE DISTANCIAMENTO SOCIAL DA COVID-19 - Gilmar Antoniassi Junior, Robson Pereira da Silva, Luciana de Araújo Mendes Silva</b>	<b>231</b>
<b>13. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL</b>	<b>247</b>
Patrícia Furtado Gonçalves, Dhelfeson Willya Douglas de Oliveira, José Cristiano Ramos Glória, Timilly Mayra Martins da Cruz, Olga Dumont Flecha	
<b>SOBRE OS ORGANIZADORES</b>	<b>269</b>
<b>SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES</b>	<b>271</b>





## PREFÁCIO

Os coordenadores desta obra tiveram a amabilidade de me solicitar que a prefaciasse, o que aceitei com muita honra. Neste contexto, começo por afirmar que esta obra assume uma abordagem contemporânea ao integrar uma plêiade de aspectos socioculturais, tecnológicos e humanos, com forte influência nas nossas vidas. Na esteira deste pensamento, a literatura sobre Qualidade de Vida é rica e em constante crescimento. No entanto, devido à sua multidimensionalidade e nebulosidade conceptual, o seu significado pode variar de pessoa para pessoa em vários contextos e realidades culturais. As ciências humanas assumem esta complexidade, colocando em evidência que, sob a perspectiva do sujeito, a percepção da qualidade de vida é fundamental para a criação de sociedades mais saudáveis.

Este livro destaca as diferenças sociais e culturais em termos de Qualidade de Vida e contribui para elevar o grau de conhecimentos. Apresenta pistas para problemas complexos e tenta trazer uma imagem mais abrangente da qualidade de vida e do bem-estar global. Os diferentes capítulos oferecem propostas concretas que concorrem para preencher lacunas no ensino e na pesquisa acerca desta temática. Entre aqueles que poderão considerar este livro útil estão os pesquisadores, académicos, profissionais e estudantes de diversas áreas disciplinares. É crucial lembrá-los que a centralidade da ação reside na pessoa e na sua circunstância, pelo que as estratégias de intervenção precisam atender à promoção da qualidade de vida.

Não obstante, e uma vez que me é dada esta oportunidade, gostaria de tecer alguns comentários a propósito e complementares à temática abordada neste livro: perspectivas interdisciplinares sobre qualidade de vida e saúde. Para tanto, socorrer-me-ei da minha experiência enquanto pesquisador, mas principalmente enquanto alguém que se preocupa com o momento que

enfrentamos onde a Qualidade de Vida das pessoas, grupos e comunidades está constantemente ameaçada.

A saúde tem sido definida não apenas como ausência de doenças, mas como uma condição que se relaciona com uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano e abrange a dimensão física, social e psicológica. Desta forma, entendemos que a saúde não é algo inerte, e sim o oposto, ela é dinâmica e construída ao longo da vida. Neste sentido, os conceitos Qualidade de Vida e Saúde relevam-se não apenas através do processo saúde-doença, mas também, e sobretudo, como um processo de viver essencialmente humano. Esta intersecção promove abordagens integradoras e interdisciplinares, compreendidas como frutos de uma construção subjetiva e multidimensional. Na verdade, se assumirmos que o ciclo vital compreende a sucessão de transições humanas, trabalhar a Qualidade de Vida significa ter um acesso privilegiado à realidade da pessoa, promovendo na medida do possível a autonomia e o autocuidado.

Existe uma relevância enorme no estudo da qualidade de vida, numa perspectiva complexa deste fenómeno, tornando quase obrigatório que o conhecimento seja produzido em rede através dos diversos parceiros que procuram objetivos comuns. Nesta obra os autores presenteiam-nos com estudos de natureza académico-científica com uma diversidade de saberes, prismas e representações que colaboram para a compreensão do fenómeno em análise. É por isso, que me coloco ao lado dos autores desta obra nas preocupações entrecruzadas da qualidade de vida, educação e saúde, que tão bem souberam manifestar.

Não gostaria de terminar sem referir duas dimensões que deixarei para cada um de nós, poder reflectir. Primeira, que a multiplicidade de focalizações e preocupações são um convite para pensarmos os modos de pensar sobre Qualidade de Vida. Segunda, que o aparecimento de trabalhos de natureza teórica e trabalhos com componente empírica (de âmbito local e regional), enfatiza a articulação de saberes antropológicos, psicológicos, sociológicos, pedagógicos e clínicos. Estas duas dimensões

reflectem bem os resultados da investigação, que aponta para a transversalidade como um sinal de consolidação das disciplinas.

Acredito, ainda, que a leitura deste livro dispensa a necessidade de uma robusta formação nas suas múltiplas dimensões conceituais, dada a clareza discursiva dos diferentes contributos. Ficam os leitores na posse de um livro que vai ao encontro de diferentes tipos de interesses. Para um leitor mais afastado desta área, o livro certamente ajudará à sensibilização da mesma. Para o leitor que pretende perceber como as áreas da Educação e Saúde concorrem para a Qualidade de Vida, este livro apresenta perspetivas diferenciadas. Para o leitor que seja investigador nestas áreas ou áreas análogas, este livro será um ótimo instrumento de auxílio a atuais e futuras investigações. Finalmente, para o leitor casual, este livro irá estimulá-lo para a importância da Qualidade de Vida na nossa sociedade, dado concorrer diretamente para a sobrevivência do ser humano.

Portanto, são inúmeros os motivos para a leitura desta obra. Resta-me agradecer de novo a oportunidade, enaltecer a iniciativa e desejar a todos uma excelente leitura!

Prof. Dr. Carlos Laranjeira  
Instituto Politécnico de Leiria (IPLeiria), Portugal



# REPERCUSSÕES DA COVID-19 NA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Ramon Missias-Moreira  
Jorge Mota

## Introdução

A COVID-19, foi considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, como pandemia e importante problema de saúde pública, é uma “doença respiratória nova”, sendo identificada pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan na China. Se espalhou pelo mundo e atingiu diversos países e alguns extremamente afetados, como Itália, Espanha, França, Portugal, Estados Unidos e outros. No caso do Brasil a cada dia o número de pessoas afetadas aumentava indistintamente e o isolamento domiciliar, fortalecido pela expressão “Fica em Casa”, se apresentou como o caminho mais adequado para evitar a proliferação da doença, especialmente para grupos de riscos, como: idosos, pessoas de baixa imunidade, casos de diabetes, pressão alta, dentre outras comorbidades (BAI *et al.*, 2020, OPAS/OMS/BRASIL, 2020).

No entanto, considerando essa nova normalidade imposta pela pandemia percebe-se que houve uma redução considerável dos níveis de atividade física (PITANGA; BECK; PITANGA, 2020, LÓPEZ-BUENO *et al.*, 2020; DESCHASAUX-TANGUY *et al.*, 2020; BIELEC; OMELAN, 2022) com consequente aumento do sedentarismo, da ansiedade, depressão e estresse (MAIA; DIAS, 2020; REIGAL *et al.*, 2021, STANTON *et al.*, 2020, WOLF *et al.*, 2020), elevação do consumo de cigarro (UNOESTE, 2020),

problemas com o sono (ARBINAGA, 2019; CHENNAOUI, 2015; ALTENA et al., 2020; CREMASCO et al., 2021, LUCIANO et al., 2021; MARELLI et al., 2021), fatores que implicam diretamente nas condições de saúde, bem-estar e QV dessa população.

Segundo o grupo de QV da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulado *The World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL)*, QV é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por dimensões positivas (como a mobilidade) e negativas (como a dor), sendo baseada em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Nessa direção, há um notório reconhecimento mundial da importância do desenvolvimento sustentável para o crescimento e desenvolvimento das nações. Com isso, houve a formulação da Agenda 2030 que tem a proposição de ser “um plano de ação para pessoas, para o planeta e para a prosperidade” (ONU, 2015, p. 1), estimulando as ações dos países na busca pelo desenvolvimento sustentável. Nesse sentido, essa investigação se enquadrou nos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas para 2030, especificamente no objetivo 3 voltado a uma “Saúde de Qualidade”, evidenciando possibilidades para melhores condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida da população estudada.

Diante do exposto, resolveu-se empreender esta pesquisa com o objetivo de compreender o impacto do isolamento social causado pela pandemia COVID-19 na prática de atividade física e qualidade de vida de estudantes universitários de um curso de graduação em Educação Física.

## **Método**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, com delineamento descritivo-analítico e exploratório, vez que tanto nas ciências sociais, como nas ciências da saúde, tem se apresentado

como um objeto histórico de análise. Todas as formas coletivas e individuais em sua realidade social são constituídas de valores, crenças, experiências, vivências, ação, significados e senso comum (BOSI, 2012; MINAYO, 2012; MINAYO, DELANDES; GOMES, 2012). Atendeu-se ao protocolo recomendado para a investigação qualitativa pelo Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (O'BRIEN et al., 2014), assim como, adotamos total rigor científico com as características éticas para pesquisas qualitativas (MINAYO, 2021).

Collingridge e Gantt (2008) destacam que a investigação qualitativa não minimiza a importância de encontrar resultados semelhantes em contextos semelhantes, e, em geral, isso ocorre. O que a pesquisa qualitativa procura insistentemente é compreender e interpretar da forma mais fiel possível a lógica interna dos sujeitos que estuda e dar conhecimento de sua “verdade” (MINAYO, 2012).

Considerando a pandemia COVID-19 e as orientações dos órgãos internacionais de saúde pública, a pesquisa foi desenvolvida de maneira totalmente *on-line*, no entanto, para fins metodológicos e para apresentar o local da pesquisa, o estudo foi realizado na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Petrolina. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2022.

Este estudo examinou uma amostra de estudantes universitários do curso de Educação Física de uma universidade pública federal de ensino. Um link para a pesquisa foi enviado aos colegas professores e secretário do Colegiado, assim como foi solicitado apoio ao Diretório Acadêmico de Educação Física da UNIVASF, bem como à Pró-reitoria de Ensino da Universidade por e-mail circulado pela universidade. Assim como teve divulgação da pesquisa via whatsapp e redes sociais digitais. Além disso, como forma de aumentar a adesão e participação na pesquisa, estabelecemos contacto com os colegas pares docentes do curso solicitando um tempo de 40 minutos em sua aula para aplicação do questionário online, e alguns professores nos cederam esse espaço/tempo para produção dos dados da pesquisa. A amostra



inicial foi N = 112, correspondente ao total de alunos matriculados no curso de Bacharelado em Educação Física da UNIVASF. No entanto, responderam 93 estudantes, e qualquer participante que não tivesse dados para um ou mais dos itens de interesse (ou seja, respostas subjetivas sobre atividade física, ou quaisquer dos dados objetivos para caracterização clínica e epidemiológica, como comportamento alimentar, sedentário, peso corporal, altura, etc) em qualquer momento da pesquisa foi posteriormente removido do conjunto de dados e o novo tamanho da amostra, sem dados ausentes, foi N = 65. Associado a isso, foi obedecido o critério de saturação teórica dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008) que consiste em suspender a inclusão de novos colaboradores na medida em que é percebido, na avaliação do pesquisador, uma repetição e redundância nas informações apresentadas pelos participantes que não acrescenta ou pouco acrescentaria aos dados já recolhidos.

Para a recolha e produção dos dados foram utilizados instrumentos respondidos pelo próprio participante do estudo através da plataforma *googledocs* e/ou através de questionário enviado por e-mail. O questionário foi dividido em 3 blocos: *a) biosociodemográfico* que avaliou as condições biosociodemográficas (idade, sexo, cor, período/ano, trabalho e tempo de dedicação ao trabalho, regularidade e continuidade no curso); *b) perfil clínico-epidemiológico* (IMC, deficiência, alimentação, alimentação suficiente, sono, problema de saúde, Teve COVID-19, Comportamento Sedentário); *c) 3 questões subjetivas sobre atividade física e qualidade de vida* que avalia a concepção, prática e comportamento frente a atividade física durante o isolamento social e suas implicações na saúde mental e qualidade de vida dos estudantes universitários.

Após a coleta de dados, os mesmos foram organizados e tabulados no programa Microsoft Office Excel de forma descritiva. De maneira mais concreta, os resultados foram tratados, organizados e analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo (AC), segundo Bardin (2011), e obedecendo aos passos: 1ª FASE: pré-análise, 2ª FASE: exploração do material e 3ª FASE:

tratamento dos dados, inferência e interpretação. Após transcrição das entrevistas, os dados foram apresentados em categorias. Ao final de cada recorte realizado nas falas dos atores sociais está indicado entre parênteses um elemento alfanumérico para não identificar os participantes. Por exemplo, E1, correspondente ao estudante 1, e assim sucessivamente (BARDIN, 2011).

Trata-se de um recorte do relatório de pós-doutoramento apresentado ao Centro de Investigação sobre Actividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL), ligado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (FADEUP), Portugal. Esse estudo está integrado a um projeto guarda-chuva mais ampliado do Grupo de Pesquisa sobre Saúde, Educação e Educação Física (GIPEEF/UNIVASF/CNPq), vinculado à UNIVASF, intitulado “Estudo Longitudinal sobre Atividade Física, Saúde (Mental) e Qualidade de Vida de Estudantes Universitários – ELSEU”. Autorização CAAE 31465520.3.0000.8052 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano, CEP/IFSERTÃO-PE.

## **Resultados e discussão**

Consideramos importante apresentar algumas características sociodemográficas dos participantes que são descritas na Tabela 1. Participaram do estudo 65 discentes matriculados no semestre 2021.1, no Curso de Educação Física de uma universidade pública em Petrolina, Pernambuco. Este é um curso de graduação que se desenvolve no turno noturno e a maioria da amostra foi composta por homens CIS (60%), com a variação de idade entre 18 e 47 anos, sendo 2 as faixas etárias mais incidentes com 40% cada, 18-21 e 22-25 anos, 80% do total da amostra e 23,83 anos como média de idade. Quanto à cor, a grande maioria é afro-brasileira, pois 64,63% dos participantes se declararam pardos ou pretos. No que se refere ao período/ano, uma parcela representativa de 41,53% está entre o 3º e 4º período (2º ano), seguido de 36,92% de estudantes entre o 1º e 2º período, sendo que 84,61% encontram-se regulares em sua formação.

No entanto, é curioso destacar que os discentes que referiram estarem irregulares apontaram alguns motivos, no entanto foi mais fortemente comum atribuir o atraso à pandemia, à conciliação entre o trabalho e o estudo, às aulas remotas no formato virtual, além de desenvolvimento de ansiedade e/ou depressão como podemos verificar nos depoimentos representativos a seguir: “Tive depressão na pandemia, assim que começaram as aulas on-line da faculdade e perdi todas as matérias do semestre, eu não tinha vontade de nada, não conseguia fazer nada” (E11), “Tento conciliar trabalho com estudo” (E13), “Não me adaptei com as aulas remotas durante a pandemia, tive crises de ansiedade e acabei desistindo do período” (E42) e “A pandemia atrasou minha turma em praticamente 2 períodos” (E51).

Nessa direção, apenas 13,85% dos estudantes possuem dúvidas sobre a continuidade do curso até a sua finalização. A maioria dos estudantes são trabalhadores 53,84%, destes 42,85% desenvolvem seu processo de trabalho em tempo integral.

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis sociodemográficas de estudantes universitários do curso de Educação Física: sexo, idade, cor, período/ano, regularidade, continuidade, trabalho e tempo de trabalho. Petrolina, Pernambuco, Brasil, 2022.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	
		N	%
<b>Sexo</b>	Homem CIS	39	60
	Mulher CIS	25	38,46
	Pessoa não-binária	1	1,54
<b>Idade</b>	18-21	26	40
	22-25	26	40
	26-47	13	20
<b>Cor</b>	Amarela	1	1,54
	Branca	22	33,83
	Parda	32	49,24
	Preta	10	15,39
<b>Período/Ano</b>	1º - 2º período (1º ano)	24	36,92

	3º - 4º período (2º ano)	27	41,53
	5º - 6º período (3º ano)	8	12,31
	7º - 8º período (4º ano)	4	6,16
	9º - 10º período (5º ano)	2	3,08
<b>Regularidade</b>	Regular	55	84,61
	Irregular	10	15,39
<b>Continuidade</b>	Pretende concluir o curso	56	86,15
	Possuem dúvidas	9	13,85
<b>Trabalho</b>	Sim	35	53,84
	Não	30	46,16
<b>Tempo de trabalho</b>	Tempo Integral	15	42,85
	Períodos alternados ou sem horário fixo	13	37,15
	Apenas um período do dia	7	20

---

Fonte: Dados dessa pesquisa.

Com relação a condição socioeconômica e fatores de risco associados que poderiam levar a uma diminuição da atividade física e/ou aumento do comportamento sedentário que influencia na imagem corporal, na saúde mental, na motivação diária para as tarefas do cotidiano desses estudantes universitários, podemos observar uma prevalência de estudantes do sexo masculino (60%) e embora outros estudos desenvolvidos (FERREIRA *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2018) apontem uma presença feminina em ampla maioria de estudantes no ensino superior nos cursos da área da saúde. Esse contra-senso pode estar acontecendo porque há culturalmente a ideia do movimento corporal ligado ao gênero masculino, estando a área da Educação Física circunscrita dentro dessa representação específica. Além da literatura constantemente comprovar que os homens são mais fisicamente ativos do que as mulheres (GALLO *et al.* 2020).

Como são duas faixas com maior incidência etária, dos 18 aos 21 anos, e dos 22 aos 25 anos, totalizando 80% da amostra como adultos jovens, período em que muitos dos hábitos são definitivamente consolidados e considerando que 78,45% dos estudantes encontram-se no 1º ou 2º ano do curso de graduação, indicando pelo menos, mais dois anos de curso pela frente, são fatores preocupantes no que concerne não somente aos comportamentos nesse período de pandemia. É nesta altura que os jovens adultos formam os seus hábitos comportamentais, pelo que o papel das Universidades Saudáveis e os hábitos saudáveis que adquirem nesta fase são fundamentais na manutenção deste comportamento nos próximos anos. Quando se trata de tornar a atividade física um hábito regular, os elementos que podem estar relacionados foram estudados em profundidade e são descritos no decorrer da discussão destes resultados.

Como é legítimo que com o lockdown imposto e que agora volta a ser mais flexibilizado e normalizado, considerando e cumprindo as questões de biossegurança, são poucos os investimentos em ações voltadas à promoção da atividade física e da promoção da saúde da comunidade acadêmica no ambiente universitário, necessitando de melhoria dos ambientes construídos, ampliação das possibilidades de participação, investimento em programas de atividade física, saúde e qualidade de vida em geral, melhora da formação do quadro técnico e profissional de saúde da Universidade envolvidos nesse tema, etc.

Enfim, contribuir para a modificação de diversos determinantes da prática de atividade física entre os estudantes universitários é também missão de uma Universidade Promotora de Saúde inclusive humanizando mais o processo de inovação e desenvolvimento de projetos voltados a contribuir para o alcance do objetivo de desenvolvimento sustentável 3 estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2015; ONU, 2018), que trata de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Além de que a Universidade é um local capaz de disseminar e construir saberes, cultura e valores, dentre

estes, o incentivo à prática de atividades físicas, precisa ser incluída neste processo para prevenção de doenças e contribuição com o sistema público de saúde que não será onerado por esta população.

Pela maioria parda (49,24%) e preta (15,39%), correspondendo a 64,63% desse grupo de estudantes, também notamos que estes geralmente possuem condições financeiras mais reduzidas, portanto possuem menos acesso a recursos e equipamentos para exercer a atividade física em seu restrito tempo de lazer. Os resultados deste trabalho indicam que mais da metade dos estudantes desenvolvem atividade laboral (53,84%) entre 40 ou 44 horas semanais, o que corresponde a uma média de 8 horas diárias de dedicação ao trabalho de maneira integral (42,85%), seguido de 37,15% que trabalham em períodos alternados ou sem horário fixo.

Considerando que eles possuem uma média de 3 horas a 3h30min diariamente de segunda à sábado, de aulas no curso de graduação em Educação Física de sua Universidade, e que acontece no turno noturno, exceto aos sábados que é matutino, há um direcionamento de aproximadamente 50% do dia somente para o trabalho/estudo, restando pouquíssimo tempo para conciliar outras atividades essenciais como: atividades da própria formação inicial, demandas familiares, sociais, tarefas domésticas, atividades religiosas, prática de atividade física, dentre outras. Esse fator do trabalho integral ou de horários alternados também pode ter contribuído para a redução dos níveis de atividade física (BIELEC; OMELAN, 2022) nessa população e se intensificam quando atrelados ao isolamento social e restrições impostas pelos órgãos mundiais, nacionais, regionais e locais de saúde para enfrentamento da pandemia COVID-19 causada pelo novo coronavírus. Outros estudos apresentaram esses resultados (BRANCACCIO *et al.* 2021; GUTHOLD *et al.*, 2018; REIGAL *et al.*, 2021), podendo essas tarefas realizadas concomitantemente entre trabalho e estudo, vir a interferir razoavelmente no desenvolvimento e desempenho das atividades ligadas ao aprendizado formativo, bem como em sua qualidade de vida de uma maneira em geral.

Na Tabela 2, observa-se a distribuição das variáveis clínicas e antropométricas dos estudantes universitários: IMC, deficiência, quantidade de refeições por dia, percepção sobre suficiência na alimentação, sono, problema de saúde, COVID-19 e comportamento sedentário.

**Tabela 2** – Distribuição das variáveis clínicas e antropométricas de estudantes universitários do curso de Educação Física: IMC, deficiência, alimentação, alimentação suficiente, sono, problema de saúde, Teve COVID-19, Comportamento Sedentário. Petrolina, Pernambuco, Brasil, 2022.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	
		N	%
IMC	Abaixo do peso (< 18,5)	2	3,08
	Peso normal (18,5 a 24,9)	33	50,76
		28	43,08
	Sobrepeso (25 a 29,9)	2	3,08
Deficiência	Obesidade I (30 a 34,9)		
	Não	65	100
Alimentação	Duas refeições	3	4,62
	Três refeições	18	27,69
	Quatro refeições	27	41,54
	Cinco ou mais refeições	17	26,15
Alimentação suficiente	Sim	51	78,46
	Não	6	9,23
	Em partes	8	12,31
Sono	Comecei a ter problemas de sono	14	21,53
	Continuei a ter os mesmos problemas de sono	10	15,39
	Já tinha problemas e eles pioraram bastante	10	15,39

	Não afetou, continuo dormindo bem	31	47,69
<b>Problema de saúde</b>	Sim	8	12,31
	Não	57	87,69
<b>Teve Covid-19</b>	Sim	34	52,31
	Não	31	47,69
<b>Sedentarismo em dias da semana (Tempo sentado)</b>	11 a 16 horas diárias	9	13,85
	8 a 10 horas diárias	26	40
	5 a 7 horas diárias	17	26,15
	1 a 4 horas diárias	13	20

Fonte: Dados dessa pesquisa.

Destarte, 34 (52,31%) participantes afirmaram ter sido contaminados pelo novo coronavírus SARS-COV-2 adquirindo o COVID-19, sendo que 6 declararam terem estado assintomáticos, 16 tiveram um ou mais sintomas leves (dor de cabeça, nariz congestionado, garganta inflamada, febre, tosse, cansaço, coriza, dores musculares, leve falta de ar, arritmia cardíaca, perda de paladar e olfato), estes também referiram preocupação em passar a doença para os seus familiares, em alguns casos foram citados pais e mães especificamente, bem como demonstraram consciência coletiva com o cumprimento das regras de restrição e de isolamento social. Contudo, alguns sinalizaram o quanto sentem-se sozinhos, como desvela um participante do estudo “Sim, tive sintomas gripais. A Covid-19 me fez conhecer a solidão de um isolamento forçado e enxerguei que não somos nada quando estamos sozinhos” (E11).

Ainda, 4 estudantes tiveram sintomas mais acentuados nos primeiros dias que depois ficaram mais amenos, 4 participantes foram infectados por duas vezes, 3 tiveram sintomas graves sendo que 1 destes referiu que nas duas vezes esteve muito doente e em estado considerado crítico. Um dos estudantes (E51) trouxe um pensamento equivocado e que foi validado pelo chefe de Estado brasileiro em determinado período, mas que foi circulante no senso comum sobre cuidados alternativos, ao afirmar que apesar dos



sintomas fortes que teve, “tenho absoluta certeza de que o kit de tratamento precoce me livrou de algo mais grave, claro, com a misericórdia do Senhor Jesus. Tomei Ivermectina, Hidroxicloroquina, Prednisolona, Azitromicina, Vitaminas C e D, Cloridrato de Bromexina (xarope), boa alimentação, bastante água e sono de qualidade”. A partir dessa informação advinda de um professor em formação, faz-se necessário e urge que o corpo docente e a Universidade sintam-se desafiada a demonstrar o seu papel na construção da Ciência, enfrentamento dos mitos e *fake news* que levam à desinformação e propagação de informações que vão em contracorrente ao que é preconizado pela Ciência. Isso gera a infodemia e conseqüentemente gerou hesitação vacinal por boa parte da população no início da campanha para a vacinação (GALHARDI et al., 2022).

Ao mesmo tempo, a população, especialmente os grupos de estudantes, deve ser informada sobre os efeitos da atividade física na saúde de uma forma apropriada para esse grupo-alvo e apoiada no que diz respeito à melhoria das habilidades individuais de saúde relacionadas à atividade física e ao comportamento da atividade física (BIELEC; OMELAN, 2022; SHEYKHANGAFSHE, 2022). As conseqüências do COVID-19 a curto, médio e longo prazo também devem ser sistematicamente examinadas do ponto de vista da pesquisa em atividade física, implementação e uso da prevenção, e cuidados relacionados à atividade física, pois há sempre que considerar não apenas as conseqüências físicas, mas também psicossociais e econômicas da inatividade física, sob várias perspectivas.

Nessa direção, estudantes relataram suas vivências de atividade durante ou após terem estado positivos para o COVID-19.

“A covid afetou de forma negativa inicialmente, pois tive que passar por um processo de adaptação devido a todas as restrições e cuidados” (E5)

“Peguei covid na academia, então isso prejudicou um pouco minha vida ativa, e parei por alguns meses de realizar atividade física (E6).

“Sim, depois de ter apanhado covid (duas semanas atrás) ainda sinto algum cansaço” (E7)

Mas também há relato dos benefícios preventivos da atividade física em relação a sintomas mais graves da doença, conforme compartilha o estudante “*É uma necessidade do ser humano. Ela (atividade física) aliviou e evitou sintomas maiores*” (E54). Em relação às doenças transmissíveis, a atividade física melhora a resposta imune às infecções, o que pode reduzir tanto o risco de infecção pelo SARS-CoV-2 quanto a gravidade dos sintomas do COVID-19 (ZHOU et al., 2020).

Os resultados deste estudo evidenciaram que a altura dos participantes na amostra estudada variou entre 150cm e 194cm e o peso entre 46kg e 103kg, correspondendo a uma média de Índice de Massa Corporal (IMC) em 24,06 que se classifica como um peso normal, tendo maior incidência de 50,76% nessa mesma classificação. No entanto, torna-se preocupante notar que 43,08% estão em sobrepeso e suscetíveis ao ganho de peso, levando algumas que estavam acima do peso para índices de obesidade (3,08%). Um baixo nível de condicionamento físico do corpo o deixará cansado, com sobrepeso e propenso a sintomas de doenças sedentárias.

Durante esse período de maior isolamento social com aumento da reclusão domiciliar, os estudos (DING *et al.*, 2020; SYED, 2020; SILVA *et al.*, 2021) vêm apontando para a tendência em desenvolvimento de hábitos e rotina mais sedentária, o que gera inatividade física (PITANGA, BECK, PITANGA, 2020) e conseqüentemente aumento de peso corporal inclusive nos estudantes universitários, doenças cardiometabólicas (RODRÍGUEZ-LARRAD *et al.*, 2021; RIVERA, NYS, FIESTAS, 2021) acentuando-se o risco cardiovascular, tais como hipertensão, obesidade, diabetes tipo 2, além de transtornos psicossociais como ansiedade, depressão (Maia & Dias, 2020), estresse, e influência na própria imagem corporal que eles possuem de si mesmos.

A obesidade e a falta de condicionamento físico estão surgindo como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas e complicações mais graves se alguém se infectar com COVID-19 (BARKLEY *et al.*, 2020; CARTER, BARANAUSKAS, FLY, 2020;

DIETZ, SANTOS-BURGOA, 2020; LIGHTER *et al.*, 2020). Por exemplo, no estudo de Lighter et al. (2020), pacientes obesos hospitalizados com COVID-19 com menos de 60 anos de idade tinham duas vezes mais chances de serem internados em cuidados agudos e críticos do que pacientes semelhantes que não eram obesos.

A concepção sobre atividade física, neste estudo, refere-se à percepção dos estudantes universitários do curso de Educação Física no que concerne ao seu conceito, considerando sua formação inicial em construção na área da motricidade humana, mas que também revela um alinhamento no geral com o que diz a literatura.

Seguem abaixo alguns dos conteúdos manifestos que sustentaram essa categoria de discussão conceitual, e percebemos evidência nos discursos para o reconhecimento conceitual e importância da atividade na promoção da saúde.

"São coisas que fazemos no dia a dia, como varrer, arrumar a casa..." (E1)

"A atividade física é toda atividade realizada pelo corpo humano, que tenha um gasto de energia" (E14)

"A atividade física é prática de se exercitar, mover-se" (E35)

"A atividade física é qualquer movimento resultado da contração muscular voluntária, que resulte no gasto de energia acima dos valores de repouso, como por exemplo lavar a louça, cortar a relva e tomar banho" (43)

"Atividade física é qualquer movimento que me possibilite ter algum gasto de energia fora do repouso" (E52)

"É o ato de movimentar o corpo de formar natural que resulta em gasto energético" (E61)

"É correr ar livre e ir à academia" (E64)

O movimento na ideia de atividade física é entendido como "movimento do corpo e membros gerados pelos músculos esqueléticos, que leva a um aumento do gasto energético acima do repouso" (CASPERSEN, POWELL E CHRISTENSON, 1985). Portanto, ocorre em várias formas e contextos e o termo "movimento" não está restrito ao esporte ou treinamento físico, mas também se relaciona com toda e qualquer atividade física que seja possibilitada pelos músculos nos tempos livres, para a locomoção e transporte, bem como no lar ou no local de estudo/trabalho

(CASPERSEN, POWELL E CHRISTENSON, 1985; BRASIL, 2021; SHEYKHANGASFSHE, 2022; BIELEC E OMELAN, 2022).

Da mesma forma, nosso estudo mostra não apenas os efeitos positivos da prática da atividade física por estudantes universitários, mas também seu papel em ajudar os indivíduos a lidar com um grande evento estressante (CHEVAL et al., 2021). De acordo com Brasil (2021, p. 7), “a atividade física faz parte do dia a dia e traz diversos benefícios, como o controle do peso e a melhora da qualidade de vida, do humor, da disposição, da interação com as outras pessoas e com o ambiente” no contexto de uma pandemia, confirmando assim que a atividade física pode desempenhar um papel vital no enfrentamento dos estressores.

Pode ser oportuno promover a atividade física entre os graduandos fora de situações de emergência como a pandemia de Covid-19. Durante todo o período da pandemia de COVID-19, órgãos internacionais de saúde e do governo brasileiro, estados e municípios introduziram restrições como forma de retardar a progressão do surto viral. A primeira fase de restrições foi aplicada a partir de março de 2020 com a mensagem central do “Fique em casa” e depois foi passando por variações de acordo à manifestação da doença no seio da sociedade/localidade (AQUINO et al., 2020).

Destarte, isso foi variando de forma diversa durante diferentes fases epidemiológicas da pandemia, oferecendo uma paisagem interessante para se observar as mudanças de rotinas em determinados grupos populacionais e analisar os impactos dessas medidas nos níveis de atividade física, saúde mental e qualidade de vida da população durante os períodos de lockdown devido à pandemia do COVID-19.

Nessa direção, 9 unidades de sentido dão sustentação para essa categoria *Maior isolamento social menos movimento físico*, conforme observamos nos relatos dispostos a seguir:

“Afetou na fase de confinamento em que as pessoas se movimentavam menos” (E10)

“No início me incapacitou, mas com a diminuição das restrições sociais voltei a realizar atividade física diariamente” (E26)

“a pandemia afetou pela necessidade de ficar mais em casa para a preservação da vida” (E31)

“afetou devido ao isolamento social” (E38)

“Estava fechada em casa na quarentena, logo não me mexia tanto” (E43)

“Diretamente, pois sendo profissional de saúde sou contra multidões em um contexto anormal” (E57)

“Com a orientação de evitarmos aglomerações, visto que a realização de algumas modalidades se dá de forma coletiva e são essas as mais praticadas, ficou difícil de jogar aquela pelada com os amigos. Pra quem não gosta de fazer atividade sozinho, ficou bem difícil” (E58)

“E a pandemia afetou no fato de que tive que tomar mais cuidado, afetou em outras também já que não pode ter o contato social e tal” (E61)

“A pandemia afetou consideravelmente a prática da atividade física por causa do confinamento em casa” (E63)

O surto global de COVID-19 resultou em medidas restritivas de isolamento em muitas partes do mundo. Isso visava também reduzir a carga em nossos sistemas de saúde, ou seja, “achatar a curva”. A rotina de toda população, e especialmente dos estudantes universitários foi modificada, viagens e serviços foram limitados, exceto os essenciais, e todos os serviços não essenciais, incluindo academias, instalações esportivas e de lazer, foram fechados; nem o exercício ao ar livre era permitido.

Os estudantes destacam as influências e impactos desses regulamentos e decretos em suas rotinas, vez que possuem um custo para a elevação dos fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis, portanto, devem ser muito bem estruturadas de modo que contribua para o desenvolvimento e não impeça e a comunidade acadêmica de alcançar os níveis ideais de atividade física e de sono para a sua saúde psicofísica (CHEVAL *et al.*, 2020). Embora eficaz para conter surtos, hábitos interrompidos envolvendo medidas estritas de isolamento podem afetar negativamente a saúde física e mental, com efeitos potencialmente exacerbados entre os jovens adultos que dependem de interações positivas entre pares para seu bem-estar geral (GALLO *et al.*, 2020).

O fechamento de instalações projetadas para atividade física por conta da pandemia pode afetar desproporcionalmente os

estudantes ativos e também os inativos fisicamente. No entanto, acreditamos que os ativos fisicamente foram mais prejudicados porque esses estão mais propensos a utilizarem esses equipamentos de prática de atividade física do que estudantes inativos ou sedentários, conforme notamos nas seguintes unidades de análise:

“A pandemia afetou bastante principalmente quando as academias foram fechadas” (E16)

“Impactou diminuindo o espaço que existe para a prática esportiva” (E18)

“Afetou enquanto as academias estavam fechadas, mas depois voltei normalmente” (E21)

“No início da pandemia, muitas atividades que eu praticava foram interrompidas, mas agora já estou voltando com as práticas habituais” (E24)

“a única forma que eu praticava era nas academias, com o fechamento houve uma diminuição da prática durante os meses, mas a vontade de retornar me fez ser mais assídua após a abertura das academias” (E25)

“A pandemia Covid-19 delimitou espaços para as pessoas fazerem suas rotinas diárias, o que dificultou para grande parte da população” (E27)

“Sim, principalmente no começo quando fecharam as academias” (E32)

“a pandemia afetou de modo que as academias ficam fechadas durante esse período” (E34)

“Afetou porque as academias tinham fechado, muitas restrições” (E36)

“A pandemia afetou de diversas maneiras, nos locais fechados onde praticava a atividade física, companheiros que me acompanhavam tiveram que se afastar e a dificultou manter-se ativo” (E39)

“A covid fechou todas as academias onde eu treinava me deixando em casa por meses” (E42)

“Fechou a academia, mudou a rotina de treino, trabalho e alimentação” (E43)

“Consegui manter nós dois primeiros meses, depois só ladeira abaixo” (E44)

“A pandemia atrapalhou a modo que fechou as academias” (E51)

“Afetou na falta de academia para ir no início” (E64)

O fechamento de instalações de saúde, fitness e de esportes ou a possível eliminação ou prevenção de atividades de transporte para o trabalho (por exemplo, transporte público e caminhadas) obviamente não levam necessariamente a uma redução na atividade física geral. No entanto, notamos nos resultados desse estudo que corroboram com pesquisas desenvolvidas com estudantes universitários em outros países (YAZAN *et al.* 2022;

MARELLI *et al.*, 2021; LUCIANO *et al.* 2021), que há redução na quantidade de atividade física em fases prolongadas de inatividade física em condições de lockdown.

Aqui notamos uma grande contradição estatal, porque na mesma medida que órgãos internacionais de saúde constroem e disseminam diretrizes para que toda a população mantenha níveis mínimos de atividade física, por outro lado, com o fechamento dos espaços destinados à atividade física e práticas esportivas, fica muito difícil de alcançar esses objetivos. Considerando que são necessários mais investimentos em espaços públicos de lazer, quadras, praças, equipamentos esportivos para ampliação do acesso de toda a população, assim como, dos estudantes universitários (CHEVAL *et al.*, 2020).

Com base nos dados que foram obtidos do estudo, constata-se que os estudantes universitários experimentam mudanças nos padrões de desenvolvimento da atividade física devido à pandemia de Covid-19, tanto nos estudantes que se consideram pouco ativos como nos que tiveram uma diminuição no nível habitual de atividade física diária.

A concepção sobre *estilo de vida – diminuição do nível da prática de atividade física*, neste estudo, refere-se à percepção dos alunos no que concerne ao seu modo de vida nesse contexto de pandemia, considerando seus hábitos, que são influenciados por um conjunto de fatores a partir das escolhas deles e das regras impostas pelos governos, quanto ao seu lazer, educação, hábitos alimentares, práticas de atividades físicas, cuidado com a saúde e bem-estar.

Considerando os recortes apresentados a seguir, observamos a sustentação para esta categoria, a qual foi composta por 12 unidades sentido.

“Durante a pandemia me senti muito preguiçosa e acabei deixando de realizar algumas atividades com frequência, como organizar meu quarto, etc” (E2)

“Sim. Desde que a pandemia começou, eu perdi a vontade de fazer atividades físicas, não me sinto mais motivado” (E8)

“Antes da pandemia eu era bem ativo devido a academia e aos esportes, agora está voltando ao antigo normal (E9).

“Sim, parei e diminuí muito meu rendimento, apesar de continuar praticando exercícios físicos 3x por semana” (E23)

“sim, antes da pandemia eu jogava vôlei frequentemente. Agora não sinto mais segurança em praticar esportes coletivo” (E33)

“Faço menos Atividade Física devido à pandemia” (E47)

“Diria que tive uma queda de 20% na soma total do antes e durante a pandemia” (E51)

“Como eu dançava e tinha muitas aulas presencias, a pandemia impossibilitou que as aulas continuassem presencialmente, e que eu me exercitasse com a mesma frequência” (E52)

“Diminuí consideravelmente a prática de exercício físico uma vez que presenciei pela primeira vez o fato de não ter dores musculares” (E53)

“Afetou muito, pratiquei bem menos” (E60)

“Sim eu praticava ativamente como atleta federado natação e claramente sem piscina este não é possível” (E62)

Também nos chama atenção o seguinte depoimento “sou sedentária” (E3), o que já indica o comportamento pré-pandemia porque a estudante se define como sedentária. Atividade física e comportamento sedentário são fatores de risco independentes para uma variedade de distúrbios cardiometabólicos (CHEVAL et al., 2021). Portanto, o aumento do comportamento sedentário independente da manutenção ou mesmo aumento da atividade física poderia aumentar o risco de desenvolvimento da doença coronariana. Isso é preocupante, pois tanto a diminuição da atividade física quanto o aumento do comportamento sedentário estão positivamente associados a uma variedade de resultados negativos de saúde.

Validando essa expressão da estudante (E3) acima, avaliamos outro fator de risco preocupante que é comportamento sedentário durante os dias da semana (segunda a sexta-feira) da amostra estudada e verificamos neste estudo que 40% (26) dos estudantes referem ficar de 8 a 10 horas diárias sentados, 13,85% (9) afirmam ficarem de 11 a 16 horas diárias, 26,15% (17) dos universitários revelam ficarem de 5 a 7 horas diárias em comportamento sedentário, e apenas 20% (13) da amostra demonstra o menor nível



de comportamento sedentário diário, estando sentados entre 1 a 4 horas por dia. Os resultados desse estudo coadunam com os dados encontrados em outras duas pesquisas que apontam para o fato de que em estudantes universitários, o tempo sentado pode ultrapassar 9 horas por dia (CASTRO *et al.*, 2020; ROMERO-BLANCO *et al.*, 2020).

Não se trata de entender aqui esse comportamento sedentário como preguiça, embora eventualmente isso possa acontecer com um ou outro participante, mas perceber que um evento estressante dessa magnitude pode levar os indivíduos a sentirem dificuldades de aderirem a programas de exercício em casa e outras barreiras como a falta ou ausência de equipamentos adequados. Outro estudo (BARKLEY *et al.*, 2020) realizado, aponta que a adesão a programas domiciliares de exercício físico pode ser baixa.

A maioria dos estudos anteriores mostrou diminuição da atividade física durante o confinamento causado pela pandemia de COVID-19. A este respeito, o estudo de Rodríguez-Larrad (2021), desenvolvido com 13.754 estudantes de 16 universidades também identificou uma significativa redução nos níveis de atividade física da amostra estudada. Da mesma forma, mais da metade das pessoas em um estudo francês de Deschasaux-Tanguy *et al.* (2020), diminuiu a atividade física durante o confinamento.

O sono é um outro elemento essencial para a nossa sobrevivência, pois possui muitas funções, como o processamento de vários tipos de memória e liberação hormonal. Investigamos essa variável e quanto ao sono, outro dado preocupante é que 21,53% começaram a ter problemas de sono, 15,39% continuaram com os mesmos problemas de sono, 15,39% pioraram bastante os problemas de sono, totalizando cerca de 52,31% da amostra estudada com problemas relacionados ao sono. A intensa imersão nesse contexto pandêmico de ansiedade, múltiplas tarefas de muitas disciplinas, modo remoto (on-line) diferente do habitual, novos modos de ser, de se relacionar, de estar que podem gerar esse desalinhamento no sono (LUCIANO *et al.*, 2021).

Outros estudos (BRUNO *et al.*, 2022; ELLAKANY *et al.*, 2022; YAZAN *et al.*, 2022) desenvolvidos avaliaram a relação do sono e da atividade física em estudantes universitários e constataram diminuição considerável e significativa frente a esse importante fator. De acordo com as recomendações atuais da Academia Americana de Medicina do Sono (AASM), adultos de 18 a 60 anos devem dormir pelo menos 7 horas por noite (BRUNO, 2022).

O fator relacionado à saúde é também apontado na literatura como sendo uma das principais razões para adultos iniciarem nos programas, principalmente entre os que acreditam nos benefícios da prática da atividade física (SILVA, BEZERRA, SOARES *et al.*, 2020). Como adultos jovens, os alunos universitários devem realizar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada (ou 75 minutos de intensidade vigorosa) por semana e atividades de fortalecimento muscular dois ou mais dias por semana (WHO, 2020; BRASIL, 2021). As universidades podem informar e educar os alunos sobre essas diretrizes, ajudá-los a alocar tempo para atividade física, fornecer instalações adequadas e ilustrar as possibilidades de exercícios em casa em caso de um novo bloqueio ou confinamento.

Nenhum participante de nosso estudo declarou a presença de algum tipo de deficiência, o que nos leva a questionar onde estão inseridas as pessoas com deficiência que não aparecem representadas com nenhuma porcentagem na amostra? Essa é a nossa problematização frente a esse resultado. Embora essa seja uma população considerada saudável e por isso não tem uma atenção especial por parte dos próprios gestores das Universidades e Instituições do Ensino Superior, bem como das políticas públicas de saúde, avaliamos as condições de saúde que os estudantes participantes se encontravam, no que concerne a presença ou ausência de comorbidades. Com relação as enfermidades, a grande maioria (87,69%) da amostra não registra doenças, no entanto 8 participantes (12,31%) referiram alguns problemas de saúde, dentre elas: “asma” (E3), “condromalácia patelar, displasia, hiperfrouxidão ligamentar, enxaqueca, miopia, astigmatismo,

deficiência hormonal” (E7), “Glaucoma” (E22), “Hipotireoidismo, tireoidite, ovários policísticos, ansiedade e depressão. Todos diagnosticados” (E34), “Miopia, síndrome do intestino irritável, hérnia inguinal, duodenite, varicocele” (E39), “Síndrome do ovário policístico” (E55), “SOP - Síndrome dos Ovários Policísticos” (E61), “Vitiligo que é ligado mais ao meu emocional devido ao fato de ser ansioso demais e isso acaba afetando meu estômago também” (E64), e estamos certos da ligação dessa última questão com a noção de imagem corporal. Sabe-se que indivíduos infectados com COVID-19 apresentam doenças respiratórias e aqueles com condições médicas subjacentes correm maior risco de desenvolver complicações graves da doença, portanto, essa população de 12,31% de estudantes necessita ter atenção e cuidados redobrados em relação ao novo coronavírus e aos comportamentos de saúde.

Analisando alguns aspectos alimentares em nossa pesquisa, identificamos que cerca de 73,85% apresentam quantidade de refeições diárias abaixo de 5 refeições por dia, sendo 41,54% que fazem 4 refeições, seguido de 27,69% que fazem apenas 3 refeições e 4,62% realizam 2 refeições diárias. Embora esse preocupante panorama, 78,46% dos estudantes acreditam que possuem uma alimentação suficiente em suas percepções. No entanto, a quantidade de refeições e a sensação de suficiência não correspondem a mesma definição de uma alimentação saudável, vez que percebemos um IMC demarcado em sobrepeso e uma outra pequena parcela em obesidade ou baixo peso.

Evidências de uma pesquisa multicontinental durante a pandemia de Covid-19 (n = 1.047) entre adultos indicaram que tiveram aumentos significativos no consumo de alimentos não saudáveis, alimentação fora de controle e lanches entre as refeições (AMMAR *et al.*, 2020). As descobertas fornecem evidências para apoiar nossas hipóteses, ou seja, a pandemia de COVID-19 aumentou significativamente o comportamento sedentário dos alunos, reduziu seu nível de atividade física e afetou negativamente sua ingestão de nutrientes e calorias. No estudo de Linda Gallo *et al.* (2020), a ingestão calórica aumentou entre

estudantes universitárias na Austrália como resultado do aumento do comportamento de consumo de lanches durante o confinamento.

Ao interpretar os achados deste estudo, várias limitações precisam ser consideradas (VARGAS; MANCIA, 2019). É importante destacar que, em estudos de natureza qualitativa, a relação entre exposição e desfecho é avaliada em um mesmo momento, o que limita o estabelecimento de relação causal (TAQUETE; MINAYO, 2016). A pesquisa foi delineada para o desenvolvimento presencial, mas pelas limitações do contexto pandêmico atual, uma das limitações do estudo atual incluem a pesquisa online.

Além disso, todos os dados foram autorelatados e a pesquisa exigia que os participantes se lembrassem de comportamentos, com isso é possível que eles tenham sub ou superestimado o peso, a altura e o tempo gasto em comportamento sedentário, no entanto, apresenta as informações obtidas de forma prospectiva (ARRUDA; CANTIERE; COLEDAM et al., 2022), permitindo compreender as mudanças nos comportamentos analisados nas diferentes dimensões.

O principal ponto forte dessa pesquisa, é que esta é a primeira pesquisa que examina qualitativamente as mudanças na prevalência de comportamentos de atividade física, IMC, alimentar, sono, sedentarismo, durante a pandemia de COVID-19, entre estudantes universitários do curso de Educação Física da UNIVASF, o que poderia fomentar políticas institucionais de promoção de hábitos ativos e saudáveis durante o presente e os próximos tempos de maneira permanente, independente de isolamento social, mas também com foco na diminuição da ansiedade, nível de estresse e depressão causado pelo sofrimento psíquico, para que tenhamos uma Universidade compromissada e promotora qualidade de vida de sua comunidade acadêmica de maneira sustentável.

Outro ponto forte, destaca-se pela capacidade dessa pesquisa em caracterizar a necessidade de promoção da atividade física com

foco na saúde e elevação da qualidade de vida dessa população, vez que a gestão (Reitoria e Pró-reitorias) poderá destinar ênfase em ações intra e intersetoriais, com outros órgãos de saúde igualmente responsáveis pela saúde dos cidadãos, como Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde conjuntamente com o Ministério da Saúde, direcionando aos grupos mais expostos aos riscos desses fatores, pode favorecer como caminho de diminuição dos potenciais problemas à saúde em consonância com a construção de campus mais saudáveis comprometidos com a sustentabilidade.

Conclui-se que houve o nítido impacto da pandemia Covid-19 na mudança de comportamentos de saúde dos estudantes universitários, percebendo-se dois ou mais fatores de risco (IMC, Comportamento alimentar, sono, sedentarismo) associados ao estilo de vida de um grupo de estudantes de Educação Física investigados. Por isso, torna-se fundamental que as universidades reconheçam essa problemática e discutam estratégias que visem à implementação de ações e serviços de promoção de saúde e à prevenção de sintomas, comportamentos, e atitudes que comprometem a saúde física e mental dos acadêmicos

## **Referências**

AL-AJLOUNI, Yazan A. et al. Staying Physically Active Is Associated with Better Mental Health and Sleep Health Outcomes during the Initial Period of COVID-19 Induced Nation-Wide Lockdown in Jordan. *International journal of environmental research and public health*, v. 19, n. 2, p. 776, 2022.

ALCANTARA-SILVA, Luanda Raquel et al. Relação entre imagem corporal e estado nutricional de universitários. **Revista de psicología (Santiago)**, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2021.

ALTENA, E. et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical

recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. **Journal of Sleep Research**, e13052, 2020.

AMMAR, Achraf et al. Effects of COVID-19 home confinement on physical activity and eating behaviour Preliminary results of the ECLB-COVID19 international online-survey. **MedRxiv**, v. 12, 2020

ARBINAGA, Félix et al. Level of physical activity and sleep characteristics in university students. **Sleep Science**, v. 12, n. 4, p. 265-271, 2019.

ARRUDA, G. A. et al. Tracking of adolescents physical activity and sedentary behavior in different domains: a three-year study. **Acta Scientiarum Health Sciences (ONLINE)**, v. 44, p. e58253, 2022.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p. 2423-46, 2020.

BAI, Yan et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. **Jama**, v. 323, n. 14, p. 1406-1407, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARKLEY, J. E. et al. The acute effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in university students and employees. **International journal of exercise science**, v. 13, n. 5, p. 1326, 2020.

BIELEC, Grzegorz; OMELAN, Aneta. Physical Activity Behaviors and Physical Work Capacity in University Students during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(2):891.

BOSI, Maria Lucia Magalhaes. Productivity and academic assessment in Brazil: Challenges for qualitative health research. **International Journal of Leadership in Education**, v. 15, n. 4, p. 451-462, 2012.

BRANCACCIO, Mariarita et al. Effects of the COVID-19 pandemic on job activity, dietary behaviours and physical activity habits of university population of Naples, Federico II-Italy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1502, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021, 54 p.

BRUNO, S. et al. Poor sleep quality and unhealthy lifestyle during the lockdown: an Italian study. *Sleep medicine*, v. 90, p. 53-64, 2022.

CARTER, S. J.; BARANAUSKAS, M. N.; FLY, A. D. Considerations for obesity, vitamin d, and physical activity amid the covid-19 pandemic. **Obesity**, v. 28, n. 7, p. 1176-1177, 2020.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CASTRO, O. et al. How Sedentary Are University Students? A Systematic Review and Meta-Analysis. **Prev. Sci.**, v. 21, p. 332–343, 2020.

CHENNAOUI, M. et al. Sleep and exercise: A reciprocal issue? **Sleep Medicine Reviews**, v. 20, p. 59–72, 2015.

CHEVAL, Boris et al. Relationships between changes in self-reported physical activity, sedentary behaviour and health during the coronavirus (COVID-19) pandemic in France and Switzerland. **Journal of sports sciences**, v. 39, n. 6, p. 699-704, 2021.

COLLINGRIDGE, D. S.; GANTT, E. E. The quality of qualitative research. **American Journal of Medical Quality**, v. 23, p. 389-395, 2008.

DESCHASAUX, M. et al. Diet and physical activity during the COVID-19 lockdown period (March-May 2020): Results from the French NutriNet-Sante cohort study. **Am J Clin Nutr.** À paraître en, 2021.

DIETZ W, SANTOS-BURGOA C. Obesity and its implications for covid-19 mortality. **Obesity**, v. 28, n. 6, p. 1005-1005, 2020.

DING, Ding et al. Is the COVID-19 lockdown nudging people to be more active: a big data analysis. **British Journal of Sports Medicine**, v. 54, n. 20, p. 1183-1184, 2020.

FERREIRA, Gislene et al. Perfil alimentar e antropométrico de um grupo de universitários da área da saúde. **Revista Ciência e Saúde On-line**, v. 6, n. 1, 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

GALHARDI, Cláudia Pereira et al. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1849-1858, 2022.

GALLO, Linda A. et al. The impact of isolation measures due to COVID-19 on energy intake and physical activity levels in Australian university students. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1865, 2020.

GUTHOLD, R. *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077–e1086, 2018.

LIGHTER, Jennifer et al. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for Covid-19 hospital admission. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 15, p. 896-897, 2020.

LÓPEZ-BUENO, R. et al. Immediate impact of the covid-19 confinement on physical activity levels in spanish adults. **Sustainability**, v. 12, n. 14, p. 1-10, 2020.

LUCIANO, F. et al. COVID-19 lockdown: Physical activity, sedentary behaviour and sleep in Italian medicine students. **European Journal of Sport Science**, v. 21, n. 10, p. 1459-1468, 2021.

MAIA, B. R., DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 37, p. e200067, 2020.

MARELLI, Sara et al. Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. **Journal of neurology**, v. 268, n. 1, p. 8-15, 2021.

MINAYO, Maria Cecilia. Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 9, n. 22, p. 521-539, 2021.



MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

O'BRIEN, Bridget C. et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Academic medicine**, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, 2014.

OLIVEIRA, A. L. O. et al. Sobre fazer ciência na pesquisa qualitativa: um exercício avaliativo. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 392-394, 2012.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Documentos básicos**. Edição 26, Genebra: 1976.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2018. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/pos2015/>> Acesso em 01/03/2022.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp->

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde; Organização Mundial de saúde. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em 19 jan. 2022.

PITANGA, Francisco José Gondim; BECK, Carmem Cristina; PITANGA, Cristiano Penas Seara. Inatividade física, obesidade e COVID-19: perspectivas entre múltiplas pandemias. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-4, 2020.

REIGAL, Rafael E. et al. Physical activity is related to mood states, anxiety state and self-rated health in COVID-19 lockdown. **Sustainability**, v. 13, n. 10, p. 5444, 2021.

RIVERA, P. A.; NYS, B. L.; FIESTAS, F. Impact of COVID-19 induced lockdown on physical activity and sedentary behavior among university students: A systematic review. **Medwave**, v. 21, n. 8, p. e8456, 2021.

RODRÍGUEZ-LARRAD, Ana et al. Impact of COVID-19 confinement on physical activity and sedentary behaviour in Spanish university

students: Role of gender. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 2, p. 369, 2021.

ROMERO-BLANCO, Cristina et al. Physical activity and sedentary lifestyle in university students: changes during confinement due to the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 18, p. 6567, 2020.

SILVA, Caroline Ramos de Moura et al. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, p. e00081019, 2020.

SILVA, Gabriela Avelino da et al. Consumo de formulações emagrecedoras e risco de transtornos alimentares em universitários de cursos de saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 239-246, 2018.

STANTON, Robert et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 11, p. 4065, 2020.

SYED, Iffath UB. Diet, physical activity, and emotional health: What works, what doesn't, and why we need integrated solutions for total worker health. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 417-434, 2016.

THE WHOQOL GROUP. (1998). **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties**. *Social Science and Medicine*, v. 46, n. 12, p. 1569-85.

UNOESTE. 46% dos tabagistas relatam maior consumo na pandemia. Disponível em: <https://www.unoeste.br/noticias/2020/6/46-dos-tabagistas-relatam-maior-consumo-na-pandemia>  
Acesso em 02 de maio de 2021.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; MANCIA, Joel Rolim. The importance and earnest of the researcher in pointing out the study limitations. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, p. 832-833, 2019.

WHO. **Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour**: at a glance. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020.

WOLF, Sebastian et al. Can physical activity protect against depression and anxiety during the COVID-19 pandemic? A rapid systematic review. 2020.

ZHOU, Fei et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020.

# INFLUÊNCIA DO CONFINAMENTO, POR MOTIVO DA COVID-19, SOBRE OS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES EM PORTUGAL

Inês Simões  
Sónia dos Santos  
Olga Sousa Valentim  
Paulo Figueiredo

## Introdução

A doença designada por COVID-19 (do inglês *coronavirus disease of 2019*, em português, doença por coronavírus 2019), causada pelo SARS-CoV-2 (coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 ou também denominado por vírus da COVID-19), surgiu nos finais de 2019 na China e rapidamente expandiu-se pelo mundo. Essa rápida propagação levou a Organização Mundial de Saúde a declarar a existência de uma emergência de saúde internacional, em 30 de Janeiro de 2020 e uma pandemia em 11 de Março desse mesmo ano (WHO - EUROPE, 2022). Para tentar reduzir a transmissão da doença, as autoridades dos diversos países decretaram medidas de distanciamento físico, incluindo o confinamento em casa. Como consequência, da própria doença, mas também destas medidas sociais, muitos países sofreram perdas de vidas, desafios às estruturas de saúde pública e perturbações sociais. Em Portugal, os primeiros casos confirmados de COVID-19 datam de 2 de Março de 2020, levando o governo a rapidamente decretar medidas restritivas, incluindo o confinamento, que durou até final de Maio (MAMEDE; PEREIRA; SIMÕES, 2020). No início do ano seguinte, a situação viria a

agravar-se fortemente, pelo que foi decidido um novo período de confinamento, que duraria de 22 de Janeiro a 4 de Abril de 2021 (DOS SANTOS, 2021).

Em surtos anteriores (MERS, SARS e gripe A), têm sido observadas respostas psicológicas adversas, tanto ligadas directamente às doenças como às medidas de restrição social adoptadas, manifestando-se sobretudo como sintomas relacionados com stresse, ansiedade e depressão (NIA et al., 2021; PAULINO et al., 2021; VANAKEN et al., 2020). Durante os primeiros meses, após a eclosão da COVID-19, foi relatada a existência de pessoas com sintomas de stresse associados a um trauma, causados pelo aumento de casos, pelas dificuldades sentidas por profissionais de saúde, pelo confinamento, pela intensa cobertura mediática e por uma baixa literacia em saúde (HAO et al., 2020; LI et al., 2020; MERTENS et al., 2020; QIU et al., 2020; WANG et al., 2020). Esta associação de perturbações psicológicas com surtos virais torna importante a sua monitorização, de modo a adoptar estratégias de saúde mental que ajudem a lidar com o stresse das populações.

A Escala de Impacte de um Evento-Revista (IES-R, no original em inglês) é um dos instrumentos mais usados na investigação de stresse pós-traumático, em múltiplas situações (WEISS, 2004). Esta escala já foi aplicada na medição do impacte psicológico da COVID-19 em alguns países (HAO et al., 2020; IFTHIKAR et al., 2021; NIA et al., 2021; PARK; PARK; LEE, 2021) incluindo Portugal (PAULINO et al., 2021). A IES-R foi inicialmente criada como um questionário de auto-relato de 15 itens, que media perturbações subjectivas relacionadas com um evento específico (HOROWITZ et al., 1979). A escala inicial media duas dimensões, Intrusão (pensamentos ou imagens intrusivas, sentimentos dissociativos, pesadelos) e Evitamento (de ideias, pensamentos, situações). Mais tarde, após revisão, foi acrescentada uma terceira dimensão, Hipervigilância (irritabilidade, agressividade, dificuldade em dormir) (WEISS, 2004).

Tem sido demonstrada uma relação directa entre acontecimentos traumáticos e perturbações nos comportamentos alimentares (CUMMINGS et al., 2021; SCHULTE; KRAL; ALLISON, 2022; SIDOR; RZYMSKI, 2020). Já foram relatados aumentos no consumo de alguns alimentos e bebidas alcoólicas durante o período da pandemia por COVID-19 (AMMAR et al., 2020; CUMMINGS et al., 2021; PANNO et al., 2020). A adição alimentar é um caso particular desses comportamentos e é frequentemente avaliada através da Escala de Adição Alimentar de Yale modificada (mYFAS 2.0, em inglês), uma versão simplificada da escala YFAS 2.0, que contempla os onze critérios de diagnóstico utilizados para transtorno por uso de substâncias (APA, 2013). A mYFAS 2.0 contém apenas treze questões, duas de diagnóstico clínico mais onze que definem os onze critérios de diagnóstico do DSM-5. A escala tem demonstrado boa consistência interna e boas propriedades psicométricas, conservando também a estrutura de factor único presente na escala original (IMPERATORI et al., 2019; SCHULTE; GEARHARDT, 2017), tendo já sido aplicada em Portugal (RODRIGUES, 2019).

De uma forma mais geral, é também reconhecido que situações de carácter traumático influenciam as escolhas dos alimentos consumidos pelas populações afectadas (SHEN et al., 2020; SNUGGS; MCGREGOR, 2021). Estas escolhas são influenciadas por factores biológicos, fisiológicos, psicológicos, culturais, económicos, entre outros e são vistas, não como preferências individuais, mas como estruturas complexas e que evoluem ao longo do tempo (PEREIRA, 2015). O comportamento dos indivíduos ao escolher alimentos pode ser avaliado através de escalas psicométricas, entre as quais se salienta o Questionário sobre Escolhas Alimentares (FCQ, no original), constituído por 36 itens, divididos em nove dimensões. Estas dimensões são Saúde, Disposição, Conveniência, Apelo sensorial, Conteúdo natural, Preço, Controlo do peso, Familiaridade e Preocupações éticas (STEPTOE; POLLARD; WARDLE, 1995). A escala FCQ já se

encontra validada para aplicação na população portuguesa (FERRÃO et al., 2017).

Os objectivos do presente trabalho foram: avaliar a existência de sintomas traumáticos associados ao segundo período de confinamento por COVID-19, em Portugal e verificar a possível associação desses sintomas a comportamentos de adição alimentar e às escolhas alimentares.

## **Método**

Estudo quantitativo, do tipo descritivo, transversal e correlacional, aplicado a duas amostras paralelas, de conveniência, não aleatórias, pretendendo representar a população maior de idade residente em Portugal. Amostra 1 com 338 participantes e amostra 2 com 207 participantes.

Foram aplicados dois questionários independentes, no período subsequente ao segundo confinamento, decretado em Portugal, devido à pandemia por COVID-19 (22 de Janeiro a 4 de Abril de 2021). Os questionários foram disponibilizados através da plataforma Google Forms e publicitados através de contactos pessoais de e-mail e redes sociais, usando a técnica de bola de neve. Ambos os questionários continham questões sobre características sociodemográficas, perguntas relacionadas com a COVID-19 e a escala IES-R. Distinguiam-se por um apresentar questões relativas à adição alimentar (escala mYFAS 2.0) e o outro perguntas sobre escolhas alimentares (escala FCQ).

Na realização deste trabalho de investigação foram respeitadas as normas éticas constantes na declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. A cada pessoa das amostras, após esclarecimento sobre os objectivos do estudo, processo de colheita de dados e confidencialidade, foram solicitados o consentimento informado e a participação voluntária, consoante o princípio da autonomia. Garantiu-se ainda, aos participantes, o sigilo de todas as informações recolhidas. Ambos os estudos e

respectivos questionários foram previamente aprovados pela Comissão de Ética da Atlântica – Instituto Universitário.

## **Instrumentos**

### **1) Questionário sociodemográfico**

Constituído por questões, de resposta fechada, sobre sexo, idade, peso, estatura, escolaridade, composição do agregado familiar durante o confinamento, ocupação durante o confinamento, consumo de drogas e historial de transtornos mentais. Foram ainda colocadas questões relacionadas com a doença COVID-19, de modo a perceber se o participante, familiares ou amigos contraíram o vírus durante o período de confinamento.

### **2) Escala de Impacte de um Evento-Revista (IES-R)**

A escala IES-R tem sido utilizada na investigação de reacções de stresse pós-traumático em diversas situações, incluindo o surto de COVID-19 (HAO et al., 2020; IFTHIKAR et al., 2021; NIA et al., 2021; PARK; PARK; LEE, 2021; PAULINO et al., 2021). É constituída por 22 questões, respondidas numa escala de Likert, de 0 (nada) a 4 (extremamente) e baseia-se nos critérios de diagnóstico do impacte psicológico de um evento traumático (APA, 1994). A ferramenta está dividida em três subescalas, que quantificam sintomas de Intrusão (8 itens), Evitamento (8 itens) e Hipervigilância (6 itens) (WEISS, 2004). A classificação resulta da soma da pontuação em todas as questões, considerando-se que 24 ou mais pontos indicam a presença de alguns sintomas típicos de perturbação de stresse pós-traumático (PSPT), a partir de 33 pontos considera-se provável um diagnóstico de PSPT e a partir de 37 pontos indica existência de alterações no funcionamento do sistema imunitário (CRAPARO et al., 2013).



### **3) Escala de adição alimentar de Yale 2.0 modificada (mYFAS 2.0)**

Esta escala de auto-relato é composta por treze questões, pontuadas numa escala de Likert de oito pontos, de 0 (nunca) a 7 (todos os dias), que permitem a avaliação por dois métodos complementares, um contínuo e outro categórico. Na versão contínua da escala são pontuados os critérios de diagnóstico do DSM-5 (de 0 a 11 sintomas) e na versão categórica são consideradas três classes de adição alimentar, leve, moderada e acentuada, em função dos sintomas e de dois critérios clínicos de diagnóstico (RODRIGUES et al., 2021; SCHULTE; GEARHARDT, 2017).

No questionário que continha a escala mYFAS 2.0 foram excluídas do universo de respondentes grávidas e lactantes. O período de recolha de respostas decorreu entre 5 e 19 de Abril de 2021.

### **4) Questionário sobre Escolhas Alimentares (FCQ)**

O questionário era constituído por 36 perguntas, que definem nove diferentes dimensões, para avaliar a importância atribuída pelos indivíduos a diversas motivações relacionadas com as escolhas de alimentos. No presente estudo, foi decidido optar por uma classificação em escala de Likert de cinco pontos (0 = discordo totalmente a 4 = concordo totalmente) anteriormente validada num estudo realizado em Portugal (GUINÉ et al., 2020).

As respostas ao questionário que continha a FCQ foram recolhidas no período entre 19 de Abril e 4 de Maio de 2021.

### **Análise estatística**

As variáveis sociodemográficas foram apresentadas como percentagens. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da amostra.

A consistência interna das três escalas utilizadas foi avaliada através do valor de alfa de Cronbach e a adequação dos dados obtidos para análise dimensional foi verificada com a ajuda dos testes de

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett. A dimensionalidade das escalas foi testada através de Análise de Componentes Principais e a sua estrutura factorial determinada por recurso a Análise Factorial Exploratória (EFA) com rotação promax.

A aplicação do teste ANOVA unilateral permitiu analisar possíveis associações entre as pontuações nas escalas e as características sociodemográficas. O teste *post-hoc* de Tukey foi usado para avaliar a existência de diferenças significativas entre grupos, nos casos em que foram detectadas associações.

Foi utilizado o teste de correlação de Pearson para verificar possíveis associações entre as respostas às escalas IES-R e FCQ, no questionário à amostra 2. Foi ainda utilizada uma análise de clusters com dados mistos para analisar a influência das variáveis sociodemográficas sobre os dados das escalas, em ambas as amostras.

Os dados foram recolhidos e compilados no programa MS Excel® e toda a análise estatística foi realizada com a ajuda do programa R versão 4.2.1 (R CORE TEAM, 2022).

## **Resultados e Discussão**

### **Características sociodemográficas das amostras**

A tabela 1 resume as características sociodemográficas das duas amostras paralelas que responderam aos dois questionários aplicados. A amostra 1 respondeu ao questionário contendo as escalas IES-R e mYFAs 2.0, enquanto a amostra 2 engloba os respondentes ao questionário que incluía as escalas IES-R e FCQ.

Através do teste de Shapiro-Wilk ( $p < 0,05$ ) concluiu-se que ambas as amostras não apresentavam distribuição normal. No entanto, o número de respostas obtido legitima a utilização de testes paramétricos no tratamento de dados. Verificou-se ainda uma assinalável diferença na distribuição por sexo, idade e escolaridade, relativamente ao total da população portuguesa (PORDATA, 2021).

## Avaliação das perturbações psicológicas durante o confinamento

A escala IES-R foi utilizada para averiguar a existência de sintomas indicadores de PSPT durante o segundo período de confinamento por COVID-19, em Portugal. A amostra 1 apresentou uma pontuação média de 20,5 ( $\pm$  15,6) e a amostra 2 uma média de 20,7 ( $\pm$  14,9), em ambos os casos abaixo do ponto de corte inferior (24) indicador da presença de alguns sintomas de PSPT. No entanto, em ambas as amostras, foi verificada a presença de uma percentagem considerável de participantes (20,1 % na amostra 1 e 19,8 % na 2) com pontuações iguais ou superiores a 33, o que já indica um risco elevado de diagnóstico de PSPT. Sendo este um estudo transversal, não foi possível concluir da existência de uma relação causa-efeito entre o confinamento e o possível diagnóstico de PSPT. A IES-R também pode ser analisada a partir das médias das pontuações em cada uma das três subescalas que a compõem, variando entre 0 e 4. Em ambas as amostras, as médias obtidas nas subescalas que definem os sintomas de Intrusão, Evitamento e Hipervigilância situaram-se entre 0,9 e 1,0, denotando baixas pontuações em todos estes constructos.

Tabela 1 – Caracterização dos respondentes aos dois inquéritos.

		Amostra 1 (n = 338)	Amostra 2 (n = 207)
		%	%
Idade	18-39	40,8	39,1
	40-69	54,2	56,5
	> 69	5,0	4,4
Sexo	Feminino	76,0	73,9
	Masculino	24,0	26,1
Ocupação durante confinamento	Estudante	14,2	15,9
	Desempregado	3,0	4,4
	Empregado no local habitual	29,0	28,0
	Teletrabalho	32,0	33,3

	Aposentado	10,4	11,1
Historial de transtornos mentais	Sim	14,2	12,6
	Sim, actualmente	1,8	2,4
Uso de drogas	Sim, não actualmente	1,2	1,0
	Não	96,5	95,7
	Não superior	26,3	33,3
Nível educacional	Superior	42,3	36,7
	Superior/Saúde	31,4	29,0
	Baixo peso	2,1	2,4
Classe IMC	Normoponderal	56,8	59,4
	Pré-obesidade	29,9	29,5
	Obesidade	11,3	8,8
	Casal com filhos	37,3	31,9
	Casal sem filhos	16,6	14,5
Agregado durante confinamento	Família monoparental	8,0	8,7
	Vive com pais	14,5	22,7
	Vive sozinho	13,0	14,5
Isolamento durante confinamento	Sim	33,7	40,1
Quarentena durante confinamento	Sim	24,9	25,1
COVID-19 durante confinamento	Sim	6,8	10,1
Amigos/familiares com COVID-19	Sim	55,3	53,6

O teste ANOVA unilateral demonstrou diferentes tipos de possíveis associações entre as pontuações na escala e as características sociodemográficas de cada amostra. Assim, na amostra 1, verificaram-se associações mais significativas com o historial prévio de transtornos mentais dos indivíduos e ter ou não estado em isolamento durante o confinamento; na amostra 2, os valores mais significativos estavam associados às variáveis sexo,

uso de drogas, ter estado em quarentena ou ter amigos ou familiares doentes com COVID-19. As associações entre a pontuação na escala e o ter estado em isolamento ou quarentena poderão indicar que, de facto, existe uma relação de causalidade entre o confinamento e um possível diagnóstico de PSPT.

### **Consistência interna e estrutura factorial da IES-R**

A consistência interna da escala, na sua totalidade e em cada um dos constructos, foi avaliada através do cálculo do seu coeficiente alfa de Cronbach, com um intervalo de confiança de 95 %. Obtiveram-se valores globais de 0,95 na amostra 1 e 0,94 na 2, enquanto nas subescalas variaram entre 0,86 e 0,91. Todos estes valores são indicadores de uma boa consistência interna da ferramenta (CRONBACH; SHAVELSON, 2004).

O teste de esfericidade de Bartlett mostrou elevada significância ( $p < 0,001$ ) em ambas as amostras, sinal de uma elevada correlação entre as questões, e os valores de KMO de 0,96 para a amostra 1 e 0,93 para a 2 indicam que as questões partilham variância suficiente para justificar a realização de análise dimensional (HAIR et al., 2018). A correlação de Pearson entre as três subescalas, em ambas as amostras, denotou valores não muito elevados, mas significativos, indicando que cada uma media dimensões diferentes. Por outro lado, esta existência de correlação sustenta a utilização de procedimentos de rotação oblíqua (critério promax).

Os gráficos de auto valores (*scree plots*) e o critério de Kaiser aplicados ao tratamento de PCA às duas amostras, sugerem a retenção de três componentes, que explicam 61,0 % (amostra 1) e 60,5 % (amostra 2) da variância total. Já a análise factorial exploratória apresentou resultados diferentes para as duas amostras. Na amostra 1, foi encontrado um melhor ajuste para um modelo com três factores, enquanto quatro factores resultam num melhor ajuste para os dados da amostra 2. Esta discrepância entre estruturas factoriais para a IES-R já foi reportada anteriormente

(PARK; PARK; LEE, 2021; WEISS, 2004) e será alvo de uma análise mais aprofundada numa publicação futura (em preparação).

### **Medição da adição alimentar durante o confinamento**

A escala mYFAS 2.0 foi usada para avaliar a existência de adição alimentar durante o segundo período de confinamento por COVID-19 em Portugal, tendo evidenciado uma boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach de 0,88 na classificação categórica e 0,85 na contínua, tal como já anteriormente verificado (RODRIGUES et al., 2021). A análise factorial exploratória confirmou também a unidimensionalidade da escala, já que revelou cargas factoriais superiores a 0,3 apenas para a solução com um factor.

Verificou-se que 25 dos participantes (7,4 %) apresentavam indicação de adição moderada ou acentuada, enquanto os restantes não apresentaram sinais de adição por alimentos. Este valor é ligeiramente superior aos medidos em Portugal e outros países, antes da pandemia por COVID-19 (IMPERATORI et al., 2019; NUNES-NETO et al., 2018; RODRIGUES et al., 2021). Através da ANOVA unilateral, verificou-se existir uma associação ( $p < 0,001$ ) entre esta pontuação elevada e o historial de transtornos mentais dos indivíduos, bem como com o terem estado isolados durante o confinamento (DOS SANTOS, 2021).

### **Influência das perturbações psicológicas sobre a adição alimentar**

Também através de ANOVA unilateral verificou-se a existência de associações significativas ( $p < 0,001$ ) entre as pontuações nas duas versões da mYFAS 2.0 e as da IES-R, sendo que o teste *post-hoc* de Tukey indicou existir diferença entre os indivíduos com e sem diagnóstico de adição alimentar.

A análise de *clusters* com dados mistos apontou para uma solução com dois *clusters*, em que no *cluster* 1 se situavam os respondentes com pontuações mais elevadas nas escalas mYFAS 2.0 e IES-R e no *cluster* 2 aqueles com valores mais baixos. O *cluster* 1 era

ainda caracterizado por conter os indivíduos mais velhos, com nível superior de educação, não normoponderais e que viviam em casal com filhos, tendo estado em teletrabalho ou aposentados; no *cluster* 2 estavam aqueles que viviam sozinhos, eram mais novos, estavam empregados no local habitual de trabalho e eram normoponderais (DOS SANTOS, 2021). Estes dados sugerem que as situações de confinamento mais restrito, como isolamento e teletrabalho, serão factores de stress, o qual, por sua vez, conduzirá a uma maior adição alimentar. A existência de indivíduos com formação na área da saúde, no grupo com pontuações mais baixas, poderá significar que um mais sólido conhecimento nessa área está relacionado com comportamentos mais relaxados, ou seja, com menor propensão para a adição alimentar.

### **Caracterização das escolhas alimentares durante o confinamento**

O questionário sobre escolhas alimentares (FCQ) permitiu avaliar a importância que os respondentes atribuíam a um conjunto de factores quando escolhiam alimentos durante o segundo confinamento por COVID-19 em Portugal. A escala apresentou uma elevada consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,92), embora em três das suas dimensões (Preço, Familiaridade e Preocupações éticas) tenha apresentado valores inferiores a 0,80, mas superiores a 0,6 (SIMÕES, 2021). A análise por PCA sugere a caracterização da escala em oito dimensões, parecendo indicar que o constructo Preocupações éticas não seja individualizado. Resultados semelhantes já tinham sido apontados por outros autores, levando à discussão sobre a inclusão de algumas questões no FCQ e a sua estrutura factorial (CARDOSO; VALE, 2010; FOTOPOULOS et al., 2009).

As médias das pontuações, em cada uma das nove dimensões, revelaram valores mais elevados nos constructos Saúde, Conteúdo natural e Apelo sensorial (cerca de 3 num máximo de 5 pontos) e os mais baixos em Familiaridade e Disposição (< 2,5 pontos). O teste ANOVA unilateral sugeriu a existência de associações mais significativas das pontuações nas subescalas da FCQ com as

variáveis sociodemográficas Classe de IMC, Sexo, Idade, Isolamento durante o confinamento e Nível educacional (SIMÕES, 2021). Em particular, essa associação era muito forte entre os constructos Saúde, Controlo do peso e Conteúdo natural e os indivíduos com maior obesidade, reflectindo uma maior preocupação dessas pessoas com o que consomem e a sua saúde e era também forte entre a dimensão Conveniência da FCQ e o sexo dos participantes, talvez indicando que a escolha de alimentos era maioritariamente feita por pessoas do sexo feminino.

### **Influência das perturbações psicológicas sobre as escolhas alimentares**

O teste de Pearson indicou existirem associações significativas ( $p < 0,001$ ) entre a existência de perturbações psicológicas e os constructos Conveniência e Disposição da FCQ. A relação entre Disposição e um diagnóstico de PSPT era esperada, já que este constructo contém itens relacionados com o humor, relaxamento e controlo do stress; por outro lado, uma perturbação psicológica poderá explicar a maior importância dada a comportamentos relacionados com a compra e preparação dos alimentos, itens componentes da dimensão Conveniência.

Investigando o conjunto de dados da amostra 2 por análise de *clusters* com dados mistos, foram identificados dois *clusters*, em que, no primeiro, se situavam as pessoas com pontuações mais baixas na escala IES-R e em alguns dos constructos da FCQ, sendo essas pessoas mais velhas, com excesso de peso, nível educacional superior, tendo estado em teletrabalho e vivendo em casal, com ou sem filhos; no segundo *cluster*, situavam-se os normoponderais, com historial de transtornos mentais, mais jovens, com menor nível educacional, a trabalhar no local habitual, a viver com os pais e tendo COVID-19 (SIMÕES, 2021). Esta estratificação sugere que os participantes mais jovens, com mais actividades no exterior (trabalho ou escola) e mais contacto com a COVID-19, estariam mais susceptíveis a estados traumáticos, os quais condicionaram a



sua disposição em relação a alimentos, preocupações com o controlo do peso e preocupação em consumir alimentos familiares.

## **Conclusões**

O presente estudo evidenciou a existência de perturbações dos comportamentos alimentares em indivíduos com maior propensão para PSPT durante o segundo confinamento por COVID-19 em Portugal, sendo estes mais fortes em pessoas com historial de transtornos mentais e que estiveram em isolamento.

Seria importante realizar estudos longitudinais nesta área, de modo a verificar mais rigorosamente o impacto do evento traumático. O aumento de problemas de saúde mental requer o continuado estudo da influência de perturbações psicológicas nos comportamentos alimentares, de modo a permitir intervenções mais eficazes e baseadas em melhor informação, em futuros surtos pandémicos.

## **Referências**

- APA. **DSM - IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- APA. **DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
- AMMAR, A. et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1583, 28 maio 2020.
- CARDOSO, P. R.; VALE, S. P. DO. Avaliação de Critérios de Escolha Alimentar - Uma Aplicação Do Food Choice Questionnaire. **Revista da Faculdade de Ciência da Saúde**, v. 7, p. 62-72, 2010.
- CRAPARO, G. et al. The Impact of Event Scale - Revised: Psychometric properties of the Italian version in a sample of flood

victims. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 9, p. 1427–1432, 2013.

CRONBACH, L. J.; SHAVELSON, R. J. My Current Thoughts on Coefficient Alpha and Successor Procedures. **Educational and Psychological Measurement**, v. 64, n. 3, p. 391–418, 2 jun. 2004.

CUMMINGS, J. R. et al. COVID-19 Stress and Eating and Drinking Behaviors in the United States during the Early Stages of the Pandemic. **Appetite**, v. 162, p. 105163, 2021.

DOS SANTOS, S. **Relação entre trauma causado pelo confinamento por motivo da COVID-19 e a existência de compulsão alimentar**. BSc Thesis—Barcarena: Atlântica - Instituto Universitário, fev. 2021.

FERRÃO, A. C. et al. Development of a Questionnaire to Assess People’s Food Choices Determinants. **Current Nutrition & Food Science**, v. 15, n. 3, p. 281–295, 2017.

FOTOPOULOS, C. et al. Food Choice Questionnaire (FCQ) revisited. Suggestions for the development of an enhanced general food motivation model. **Appetite**, v. 52, p. 199–208, 1 fev. 2009.

GUINÉ, R. P. F. et al. Study about Food Choice Determinants According to Six Types of Conditioning Motivations in a Sample of 11,960 Participants. **Foods**, v. 9, n. 7, 2020.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate Data Analysis**. 8th edition ed. Andover: Cengage, 2018.

HAO, F. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 87, p. 100–106, 1 jul. 2020.

HOROWITZ, M. et al. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 41, p. 209–218, 1979.

IFTHIKAR, Z. et al. Post-traumatic stress disorder following COVID-19 pandemic among medical students in Riyadh: a cross-sectional study. **Middle East Current Psychiatry**, v. 28, 2021.

IMPERATORI, C. et al. Psychometric properties of the modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0 in an Italian non-clinical sample. **Eating and Weight Disorders**, v. 24, n. 1, p. 37–45, 2019.

LI, S. et al. The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, p. 2032, 2 mar. 2020.

MAMEDE, R. P.; PEREIRA, M.; SIMÕES, A. Portugal: Uma análise rápida do impacto da COVID-19 na economia e no mercado de trabalho. **Organização Internacional do Trabalho**, p. 1–26, 2020.

MERTENS, G. et al. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 74, p. 102258, 1 ago. 2020.

NIA, H. S. et al. Psychometric Properties of the Impact of Events Scale-Revised (IES-R) Among General Iranian Population During the COVID-19 Pandemic. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 692498, 2 ago. 2021.

NUNES-NETO, P. R. et al. Psychometric properties of the modified Yale food addiction scale 2.0 in a large Brazilian sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 4, p. 444–448, 2018.

PANNO, A. et al. COVID-19 Related Distress Is Associated With Alcohol Problems, Social Media and Food Addiction Symptoms: Insights From the Italian Experience During the Lockdown. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, n. November, p. 1–10, 2020.

PARK, Y. S.; PARK, K. H.; LEE, J. Validation of the korean version of impact of event scale—Revised (IES-R) in korean nurses during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 21, p. 11311, 1 nov. 2021.

PAULINO, M. et al. COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. **Psychology, Health and Medicine**, v. 26, n. 1, p. 44–55, 2021.

PEREIRA, D. S. D. **Escolhas e Preferências alimentares: Um estudo com estudantes universitários**. MSc Thesis—[s.l.] Universidade do Minho, 2015.

PORDATA. **População**. Disponível em: <<https://www.pordata.pt/Tema/Portugal/População-1>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

QIU, J. et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. **General Psychiatry**, v. 33, p. 100213, 2020.

R CORE TEAM. **A language and environment for statistical computing**. Vienna, Austria, 2022.

RODRIGUES, H. et al. Medição da Adição Alimentar em Portugal Através da Escala de Adição Alimentar de Yale Modificada (mYFAS 2.0). Em: **Qualidade de Vida e saúde em uma Perspectiva Interdisciplinar**. Curitiba: Editora CRV, 2021. v. 12p. 117–132.

RODRIGUES, H. B. **Avaliação da Compulsão Alimentar da População Portuguesa Através da Escala de Compulsão Alimentar de Yale modificada (mYFAS 2.0)**. BSc Thesis—Barcarena: Atlântica - EUCESTE, 2019.

SCHULTE, E. M.; GEARHARDT, A. N. Development of the modified Yale Food Addiction Scale version 2.0. **European Eating Disorders Review**, 2017.

SCHULTE, E. M.; KRAL, T. V. E.; ALLISON, K. C. A cross-sectional examination of reported changes to weight, eating, and activity behaviors during the COVID-19 pandemic among United States adults with food addiction. **Appetite**, v. 168, p. 105740, 1 jan. 2022.

SHEN, W. et al. A humanities-based explanation for the effects of emotional eating and perceived stress on food choice motives during the COVID-19 pandemic. **Nutrients**, v. 12, n. 9, p. 1–18, 2020.

SIDOR, A.; RZYMSKI, P. Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: Experience from Poland. **Nutrients**, v. 12, p. 1657, 2020.

SIMÕES, I. **Relação entre trauma causado pelo confinamento por motivo da COVID-19 e as escolhas alimentares**. BSc Thesis—Barcarena: Atlântica - Instituto Universitário, fev. 2021.

SNUGGS, S.; MCGREGOR, S. Food & meal decision making in lockdown: How and who has Covid-19 affected? **Food Quality and Preference**, v. 89, p. 104145, 1 abr. 2021.

STEPTOE, A.; POLLARD, T. M.; WARDLE, J. Development of a Measure of the Motives Underlying the Selection of Food: the Food Choice Questionnaire. **Appetite**, v. 25, p. 267–284, 1995.

VANAKEN, L. et al. Validation of the Impact of Event Scale With Modifications for COVID-19 (IES-COVID19). **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 738, 28 jul. 2020.

WANG, C. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, p. 1729, 2020.

WEISS, D. S. The Impact of Event Scale-Revised. Em: WILSON, J. P.; KEANE, T. M. (Eds.). **Assessing psychological trauma and PTSD**. 2nd. ed. New York: The Guilford Press, 2004. p. 168–189.

WHO - EUROPE. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. Disponível em: <<https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>>. Acesso em: 7 set. 2022.

## HORTAS URBANAS COMUNITÁRIAS COMO AMBIENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Daniel Sgrancio Uliana  
Sara Jarske Gering  
Rhaiza Marcia Passos Leal  
Caroline Senatore  
Alessandra Peres Guimarães  
Jackline Freitas Brilhante de São José

### **Introdução**

O estilo da alimentação moderna traz diversos prejuízos à saúde humana e aos ecossistemas. Os agrotóxicos, os transgênicos e o demasiado desmatamento caracterizam o atual sistema produtivo (AMARO FILHO, 2018). Além disso, a urbanização tende a facilitar a expansão da indústria alimentícia em larga escala, a disponibilidade de alimentos não saudáveis e a transição nutricional dos moradores do meio urbano (AUDATE; CLOUTIER; LEBEL, 2021). Neste contexto, as hortas comunitárias podem propiciar uma melhor qualidade de vida ao produzir alimentos naturais, mais saudáveis e de boa qualidade, sem o uso de agrotóxicos no cultivo. Além disso, possibilita o cultivo de plantas medicinais, melhora o convívio em sociedade, favorece a adoção de um estilo de vida mais saudável e vai ao encontro de algumas políticas públicas que dão legitimidade a tais práticas (AMARO FILHO, 2018; GOMES et al. 2020).

As hortas comunitárias são espaços de cultivo, onde há troca de experiência, nos quais os indivíduos interagem expressando sua

cultura e seu conhecimento, desenvolvem habilidades sociais e cultivam amizades. Estes espaços possuem o propósito de ocupação de áreas ociosas para o cultivo de hortaliças, plantas medicinais, frutas, leguminosas, entre outros vegetais (ALMEIDA, 2018; SEABRA JÚNIOR et al., 2010). Trata-se de uma iniciativa comunitária, criada e gerada por um coletivo cidadão (DOURADO et al., 2016). Ademais, são uma excelente estratégia de sustentabilidade ambiental, visto que além de difundir a prática do cultivo de hortaliças, também ensinam a implementar e manter ecossistemas produtivos por meio de técnicas interdisciplinares, como a realização da reeducação alimentar, o estímulo ao uso de alimentos orgânicos e a educação ambiental, contribuindo para a sustentabilidade do planeta (GOMES et al. 2020).

Além disso, as hortas comunitárias atuam fortemente na promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), no contexto do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (RODRIGUES, 2016). A SAN consiste em garantir o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006). Diante disso, as hortas comunitárias facilitam o acesso ao alimento; provocam melhoria na qualidade alimentar, por meio do consumo diversificado de frutas e vegetais frescos; e fortalecem a autonomia do sujeito em relação à alimentação, contribuindo, portanto, para a promoção da SAN (ALMEIDA, 2018; SANTOS; MACHADO, 2019). É importante destacar que as hortas comunitárias atuam em todas as dimensões da SAN, de modo que abordam os componentes alimentares, como a disponibilidade, produção, comercialização, acesso ao alimento e as práticas alimentares; e nutricionais, como a utilização biológica do alimento, incorporando práticas que envolvam os diversos setores da sociedade (CONSEA, 2006, RODRIGUES, 2016).

A agricultura urbana vem ganhando reconhecimento na área da saúde por ser considerada uma estratégia para amenizar alguns dos problemas que interferem no estado saúde-doença da população. Esta prática incentiva formas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular. Esse sentido, o desenvolvimento da agricultura urbana favorece escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletivos, aperfeiçoando a comensalidade, a interação comunitária e contribuindo no bem-estar das pessoas envolvidas e na sustentabilidade (SANTOS; MACHADO, 2019; COSTA et al., 2015). Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, o cultivo de hortas pode contribuir para uma alimentação mais saudável, por meio da produção de alimentos *in natura*, os quais precisam ser a base da alimentação e colaboram para a prevenção de doenças (BRASIL, 2014).

As hortas articulam o sistema alimentar em sua integralidade, desde o acesso à terra, água e meios de produção, até o consumo suficiente e permanente dos alimentos. Somado a estes fatos, vale destacar que as hortas também implementam modos de produção, abastecimento, comercialização e consumo de alimentos de forma sustentável tanto no âmbito socioeconômico, como no meio ambiente, de modo a respeitar a diversidade cultural, promover saúde e garantir o DHAA (RODRIGUES, 2016). Deste modo, o presente capítulo tem como objetivo apresentar e discutir os aspectos relacionados à utilização das hortas urbanas comunitárias como instrumento na promoção da saúde e da qualidade de vida, incluindo a SAN, educação ambiental e em saúde.

## **Metodologia**

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura de cunho descritivo e bibliográfico. Para elaboração do presente capítulo buscou-se avaliar e discutir achados sobre o tema proposto utilizando como base estudos disponíveis na literatura.



## **Desenvolvimento**

### **Agricultura Urbana**

A partir da década de 60, iniciou-se no Brasil o processo de urbanização que foi caracterizado principalmente pelo uso de mão de obra barata com participação de indivíduos em condições econômicas desfavoráveis. Este fato impulsionou o êxodo rural estimulando a busca por diferentes formas de sobrevivência, o que culminou em expressiva diferença social (SOUSA et al., 2020). Somado a este fato, tem-se a ampliação da industrialização dos alimentos que contribuiu para mudanças de hábitos na alimentação da população. Deste modo, a agricultura urbana surgiu como uma alternativa para produção de alimentos de forma mais sustentável no âmbito das cidades (SOUSA et al., 2020). De acordo com Sousa et al. (2021), na literatura há variação na definição de agricultura urbana, sendo que há abordagens relacionadas ao processo de produção, transformação, comercialização e prestação de serviços, outras que destacam a realização de atividades compartilhadas com foco na comunidade, sobrevivência individual e da família com objetivos de obtenção de lucro, e outras relacionam como atividade que proporciona aspectos sociais positivos, segurança alimentar e desenvolvimento local. Santandreu e Lovo (2007) destacaram que a Agricultura Urbana e Periurbana refere-se a um conceito que abrange diferentes dimensões incluindo produção, agroextrativismo e coleta, transformação e prestação de serviços, para proporcionar produtos agrícolas e pecuários. Segundo os autores supracitados, são atividades destinadas ao autoconsumo, trocas e doações ou comercialização, com uso sustentável dos recursos e insumos locais.

A agricultura urbana está relacionada ao cultivo de alimentos em áreas urbanas ou nas proximidades, como por exemplo fazendas urbanas, hortas escolares e associações. Este tipo de atividade visa atender principalmente o consumo regional e é

comumente praticado em redes públicas e/ou propriedades privadas (MEDEIROS et al., 2020).

De acordo com dados da ONU, 50% da população mundial vive em áreas urbanas e se espera um aumento para aproximadamente 75% até 2050. Dessa forma, as cidades passam a possuir um papel fundamental no fornecimento de alimentos saudáveis em um contexto mais sustentável e resiliente do sistema alimentar (ONU, 2019). Acompanhando esta dinâmica, percebe-se que a agricultura urbana tem se expandido mundialmente, diante de vários desafios que se colocam às sociedades urbanas contemporâneas (DOURADO et al., 2016). Pesquisas mostram que a produção de alimentos através da agricultura urbana está aumentando, com pelo menos 100 milhões de pessoas envolvidas e potencial de produção de 50 kg/m<sup>2</sup> anual. Entretanto, na América Latina e cidades caribenhas, esta atividade não atingiu pleno potencial e requer maior apoio (DA CUNHA et al. 2020). No Brasil, a Portaria n. 467, de 7 de fevereiro de 2018, instituiu o Programa Nacional de Agricultura Urbana e Periurbana com objetivo de estimular a produção agroecológica de alimentos nas cidades; incentivar hábitos saudáveis de alimentação; e implantar a produção com fins pedagógicos em instituições de ensino, principalmente em regiões de vulnerabilidade social (BRASIL, 2018). Sob esta ótica, as hortas urbanas são um exemplo de agricultura urbana a ser aplicado (PEREIRA, 2021).

Entretanto, apesar das hortas urbanas se enquadrem na categoria de agricultura urbana, apresentam características contrastantes, como o trabalho manual realizado muitas vezes em família, baixo investimento de capital e menor área de cultivo. Isso deve-se ao fato de os alimentos produzidos serem principalmente para autoconsumo ou subsistência, e, também não envolver uso de fertilizantes e/ou pesticidas (MEDEIROS et al., 2020).

## Utilização da horta urbana comunitária na promoção da saúde

As hortas urbanas comunitárias permitem a conservação de saberes e práticas culturais expressas em formas de manejo e sistemas de cultivo, e envolvem trocas e manutenção do conhecimento botânico. A existência desses espaços é fundamental para a prática da agricultura e para a continuidade da transmissão de conhecimentos. Sua contribuição vai além da diversidade de frutas e vegetais produzidos, pois também é manifestada pela riqueza de saberes sobre o uso e consumo em preparações do dia a dia (RANIERI; ZANIRATO, 2021).

A temática das hortas urbanas é comumente voltada à produção para o autoconsumo e à geração de renda. Contudo, estes espaços devem ser utilizados também na perspectiva da área da saúde. Estes locais possibilitam a produção de alimentos e plantas medicinais que junto às políticas públicas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a Política Nacional de Plantas Medicinais e a Política Nacional de Educação em Saúde, agregam valor à saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as hortas comunitárias também apresentam potencial para contribuições, haja vista que o sistema se baseia na promoção da saúde e busca desenvolver ações relacionadas ao processo saúde-doença, a fim de atuar sobre os determinantes sociais de saúde, favorecendo a participação social e escolhas mais saudáveis (COSTA et al., 2015).

O acesso a alimentos frescos tem efeitos positivos sobre a qualidade de vida dos indivíduos, de modo a contribuir para a saúde física e, inclusive, o estado psicológico (RICHTER et al., 2022). Atualmente, percebe-se que a população mundial tem mudado hábitos alimentares, com redução do consumo de alimentos *in natura* e substituindo-os por alimentos ultraprocessados, motivada pela praticidade que estes proporcionam. Entretanto, esses alimentos são fatores de risco para a saúde e, por isso, devem ser evitados (BRASIL, 2014). Nesse contexto, a horta pode contribuir sob o ponto de vista nutricional,

por ser uma estratégia que possibilita estímulo à hábitos alimentares saudáveis e, também, na prevenção de doenças (LEAL; SCHIMIM, 2016).

De acordo com Palar et al. (2019), as hortas urbanas podem melhorar a saúde de populações com alto risco cardiometabólico, alterando o ambiente comunitário ou doméstico de modo a fornecer uma fonte sustentável de frutas e vegetais frescos, oportunidades para atividade física e redução do estresse. Estes autores desenvolveram pesquisa para avaliação dos impactos da participação em um programa de hortas urbanas na saúde dos participantes e observaram que houve aumento no acesso aos alimentos, aumento do consumo de produtos frescos, e a diminuição do consumo de *fast food*. Além disso, os participantes atribuíram essas mudanças à maior acessibilidade, frescor, sabor e conveniência dos produtos de horta; aumento da motivação para a saúde devido ao envolvimento nas atividades de seus jardins; e melhor conhecimento nutricional. Outro aspecto positivo observado foi a melhoria em relação à prática de atividade física, saúde mental e controle do estresse.

Em outra pesquisa, Beavers et al. (2021) avaliaram os efeitos de atividades de jardinagem na saúde física e mental e observaram impactos positivos no manejo de doenças crônicas, melhoria do funcionamento físico e do humor, redução do estresse, e proporcionou uma oportunidade de ajudar os outros. Os autores apontaram que muitos dos participantes da pesquisa não realizavam atividade física e que o envolvimento com as tarefas de cuidados com hortas e jardins se tornou uma maneira agradável para se tornarem ativas. Resultados similares foram observados por Mattos et al. (2018) ao avaliarem o impacto de oficinas de horticultura como ferramenta de cuidado em um centro de atenção psicossocial à usuários de álcool e outras drogas. Estes autores verificaram que as ações relacionadas às hortas apresentaram efeito positivo nos pacientes como melhora na interação, socialização, responsabilidade, protagonismo e autonomia dos usuários e produção de vínculo.

## **Hortas Urbanas Comunitárias como espaços para incentivo a Segurança Alimentar e Nutricional**

Hortas urbanas podem ser iniciativas promissoras para a utilização de áreas ociosas, como terrenos baldios, e proporcionar melhorias em relação à segurança alimentar. Tais ações são importantes para estabelecer interação entre comunidades, melhor acesso aos sistemas alimentares e contribuir na resolução de problemas de saúde pública como a obesidade e a falta de acesso a alimentos de qualidade (MACK et al., 2017). O acesso é um precursor do consumo de alimentos saudáveis e este influencia diretamente na saúde (MACK et al., 2017). De acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), a SAN:

Consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006, p. 4).

No entanto, cerca de 36,7% dos domicílios brasileiros vivem em insegurança alimentar (IA), sendo 24,0% IA leve; 8,1% IA moderada e 4,6% IA grave (IBGE, 2020). Nesse sentido, entre as principais contribuições das hortas urbanas estão o fortalecimento da SAN; a melhoria da nutrição, alimentação e saúde da população e das comunidades, reduzindo a ingestão de agrotóxicos; além de criarem um ambiente físico mais saudável (CARVALHO; SCHMITT; PEREIRA, 2021; COSTA et al., 2015). Atualmente, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) tem promovido e apoiado as hortas comunitárias como ferramenta eficaz para responder aos desafios da segurança alimentar e da sustentabilidade urbana (DOURADO et al., 2016).

As hortas urbanas comunitárias servem como base para o consumo de alimentos frescos e saudáveis, bem como diminuem o tempo e o espaço entre o produtor e o consumidor, visto que o tempo entre a colheita e a chegada à casa do consumidor é reduzido, quando comparado à produção-consumo de longa distância. Dessa forma, influenciam positivamente na SAN e na soberania alimentar, por meio da propagação do conhecimento tradicional, de uma dieta mais saudável e muitas vezes orgânica (RICHTER et al., 2022).

A vida nos centros urbanos pode ser cara para a população de baixa renda, em que a compra de alimentos pode representar quase 60% da renda familiar. Além disso, é comum que alimentos *in natura* possuam preços mais elevados que os alimentos ultraprocessados. Desse modo, as hortas urbanas comunitárias podem contribuir na oferta de alimentos frescos a preços menores, reduzir gastos com alimentação, diversificar a dieta e hábitos alimentares, recuperar lavouras e possibilitar renda para a comunidade (MEDEIROS et al., 2020; RICHTER et al., 2022).

De acordo com Medeiros et al. (2020), hortas urbanas podem colaborar para a segurança alimentar e nutricional ao produzirem maiores variedades de alimentos para consumo. Entretanto, a insegurança alimentar em famílias que produzem alimentos para consumo privado no ambiente urbano ainda é significativa.

Ademais, as hortas comunitárias podem ser utilizadas como estratégia de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Segundo o Marco de Referência em Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas (BRASIL, 2012), é preciso fazer o uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto à indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso de vida; etapas do sistema alimentar e as interações; e significados que compõem o comportamento alimentar. Assim, as hortas são reconhecidas como espaço de aprendizado, com trocas interpessoais, em que todos podem contribuir com conhecimentos e perspectivas na construção do projeto. Além disso, estimula a participação ativa do

sujeito, permitindo agir na produção da sociabilidade, com resgate e construção de vínculos e cuidados consigo, com os outros e com a natureza. Assim, contribui para mudanças pessoais e coletivas na alimentação da comunidade em que está inserida (COELHO; BÓGUS, 2016).

As hortas também podem contribuir para o resgate de plantas de consumo restrito a determinadas tradições, e para o resgate de minorias culturais escassas nos mercados convencionais, mas que podem ser cultivadas através da agricultura urbana. Muitas dessas plantas são consideradas Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANC), que, em sua maioria, não fazem parte do cardápio cotidiano de grande parte da população, e não são produzidas ou comercializadas nos grandes mercados, incluindo espécies cultivadas ou não, nativas ou exóticas, espontâneas ou não e passíveis de uso na alimentação (KINUPP; LORENZI, 2014; LIBERALESSO, 2019; RANIERI; ZANIRATO, 2021; TULER; PEIXOTO; SILVA, 2019). Essas plantas podem contribuir nutricionalmente, uma vez que possuem elevado valor nutricional, como riqueza em compostos bioativos (flavonoides, carotenoides, tocoferóis e compostos fenólicos), fibra alimentar, aminoácidos essenciais, vitaminas, proteínas, carboidratos, antioxidantes e ômega-3 (JACOB, 2020; LIBERALESSO, 2019). Além do mais, estão associadas a manutenção de práticas culturais tradicionais, visto que seu consumo está desaparecendo devido ao modismo alimentar, à industrialização e ao modelo agrícola de monocultura, o qual tem feito com que apenas uma parcela mínima de alimentos seja consumida pelos brasileiros (KINUPP; LORENZI, 2014; VIERA; CAMILLO; CORADIN, 2018; BOTREL et al., 2020; RANIERI; ZANIRATO, 2021).

Por se tratarem de ambientes produtivos, as hortas urbanas podem funcionar como estratégia complementar à promoção da segurança alimentar e nutricional, principalmente para famílias de baixa renda. Entretanto, para consolidar práticas agrícolas em áreas urbanas, o caminho é mais longo e árduo, sendo preciso ampliar a

discussão com envolvimento de setores do governo, instituições de pesquisa, organizações civis e agricultores (MEDEIROS et al., 2020).

### **Horta urbana comunitária como instrumento de educação ambiental**

O desenvolvimento sustentável consiste no atendimento às necessidades do momento presente sem afetar àquelas de gerações futuras. Para isto, ações de preservação do meio ambiente, responsabilidade social, qualidade de vida e uso consciente dos recursos da natureza, tornam-se peças fundamentais para consolidar a sustentabilidade (RODRIGUES, 2016). Neste sentido, tornam-se fundamentais ações de estímulo à integração de visões educacionais relacionadas à saúde e ao ambiente para alcançar uma educação de qualidade com formação de cidadãos conscientes, responsáveis, críticos e capacitados (SILVA et al., 2020).

Considerando o atual cenário global de riscos ambientais e da crescente desigualdade e injustiça social, praticar modos sustentáveis configura resistência às lógicas que o capitalismo assume na sociedade. As hortas urbanas surgem a partir de discussões sobre a resignificação dos espaços públicos degradados ou subutilizados e redução da pegada ecológica das cidades, reivindicam o direito à cidade e ao uso do solo para agricultura de pequena escala, de caráter coletivo, com orientação ecológica de cultivo e comercialização (CARVALHO; SCHMITT; PEREIRA, 2021; NÓBREGA; FERREIRA, 2020). Seu marco conceitual engloba a produção, a transformação e a prestação de serviços, de forma segura e gerando alimentos voltados ao autoconsumo, trocas e doações ou até mesmo comercialização, aproveitando de forma eficiente e sustentável os recursos e insumos, tais como solo, água, resíduos sólidos, mão de obra e saberes (COSTA et al., 2015).

Segundo Araújo e França (2022), a Educação Ambiental possui abordagem humanista, holística, democrática e participativa. Além disso, cabe ressaltar que há destaque para a sustentabilidade, abrangendo o meio ambiente em interdependência com os



aspectos plurais, diversos, socioculturais e econômicos. De acordo com Othman et al. (2022), hortas urbanas podem ser utilizadas como laboratório vivo para a realização de atividades pedagógicas em educação ambiental e alimentar. As relações entre ambiente e aprendizagem constituem uma questão interdisciplinar fundamental para enfrentar os desafios de uma educação ambiental preocupada com a promoção de uma cultura de sustentabilidade (CARVALHO; SCHMITT; PEREIRA, 2021). Sendo assim, as hortas urbanas surgem como possibilidade de desenvolvimento sustentável e coesão social com potencial de contribuir para a manutenção das áreas verdes e da permeabilidade do solo, aumento da biodiversidade urbana e recuperação de áreas de risco (KLÖCKNER; OLIVEIRA, 2020; NÓBREGA; FERREIRA, 2020).

As hortas urbanas podem ser utilizadas para ações de educação ambiental, nas quais pode-se abordar temas como reciclagem de matéria orgânica, nutrição humana, solo e interações dos ecossistemas. A utilização deste espaço como ambiente de aprendizagem aproxima o público participante da prática, favorece a interdisciplinaridade e estimula o desenvolvimento de competências para a comunidade (OTHMAN et al., 2022).

Repensar a alimentação é fundamental quando se trata de desenvolvimento sustentável. O ser humano transforma a natureza para se alimentar, contudo, essa transformação tem gerado consequências drásticas devido a intensa exploração dos recursos naturais devido ao ideal de desenvolvimento defendido e desejado pela sociedade capitalista. Portanto, é preciso adotar práticas de desenvolvimento sustentável, por meio da redução das desigualdades sociais, promoção do desenvolvimento econômico e exploração controlada dos recursos da natureza, a fim de evitar a degradação ambiental (KLÖCKNER; OLIVEIRA, 2020).

Conforme já mencionado neste capítulo, as hortas urbanas trazem inúmeros benefícios aos locais onde fazem sua prática. No contexto ambiental, é importante destacar que este tipo de atividade colabora com os microclimas, conserva os recursos

hídricos urbanos, mantém uma superfície permeável entre o ar e o solo, contribui para a paisagem e para o desenvolvimento sustentável da cidade (KLÖCKNER; OLIVEIRA, 2020). Nesse sentido, o aprendizado coletivo sobre a noção de horta, que incorpore os preceitos da agroecologia e que estimule a produção orgânica e a maior biodiversidade local, acaba por se enquadrar na função educativa das hortas comunitárias (NAGIB, 2019). A agroecologia consiste no emprego de uma agricultura sustentável, de modo a diminuir os impactos causados pelos insumos agrícolas muito usados na agricultura convencional e de forma que ajude os agricultores a sustentar seus cultivos e suas comunidades produtoras. (SOUZA, 2015).

A utilização de hortas urbanas como espaços de educação ambiental permite o incentivo à agroecologia. Dessa forma, pode auxiliar a promover mudanças nos sistemas agroalimentares, estimulando novos paradigmas de produção e consumo consciente dos alimentos e garantia da soberania alimentar. Além disso, permite a utilização das hortas urbanas como ferramentas de estímulo a agroecologia permitindo conexões conceituais com o DHAA, principalmente para os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para a SAN e para o desenvolvimento econômico. (LÖSCH; BRICARELLO; GAIA, 2022).

### **Considerações finais**

As hortas urbanas comunitárias proporcionam vários benefícios sendo estes ambientais, sociais (proporciona a interação da comunidade e a alimentação mais saudável) e econômicos (geração de renda e emprego). Estes espaços são um excelente ambiente de promoção de práticas mais saudáveis por propiciar alimentos de qualidade e na maioria das vezes sem agrotóxicos, além da produção de plantas medicinais. Além disso, podem ser excelentes ferramentas para realização de ações de Educação Ambiental contribuindo para redução da pegada ecológica em cidades, promovendo manejos sustentáveis de produção de

alimentos, desde o plantio até o consumo. Desta forma, a implementação de hortas urbanas comunitárias deve ser estimulada pois a criação de ambientes verdes urbanos é benéfica para promoção da saúde e qualidade de vida.

## Referências

ALMEIDA, Natália Peres. Contribuição da horta comunitária para alimentação saudável dos agricultores e suas famílias. **Nutrição-Pedra Branca**, 2018.

AMARO FILHO, Roberto Carlos. **Agricultura urbana e hortas comunitárias: práticas emergentes sobre intersectorialidade no SUS**. 2018. 43f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

ARAÚJO, I. O. DE, & FRANÇA, S. L. G. Nutrindo o saber: educação popular e ambiental com recorte em segurança alimentar e nutricional. **Brazilian Journal of Development**, 8(4), 23199–23211, 2022.

AUDATE, Pierre Paul; CLOUTIER, Geneviève; LEBEL, Alexandre. The motivations of urban agriculture practitioners in deprived neighborhoods: A comparative study of Montreal and Quito. **Urban Forestry & Urban Greening**, v. 62, p. 127171, 2021.

BEAVERS, Alyssa W. et al. How Gardening in Detroit Influences Physical and Mental Health. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 13, p. 7899, 2022.

BLUME, Elena; REINIGER, Lia. **Fundamentos da agroecologia**. 2007.

BOTREL, N., FREITAS, S., FONSECA M. J. O., MELO, R. A. C., MADEIRA, N. Valor nutricional de hortaliças folhosas não convencionais cultivadas no bioma Cerrado. **Brazilian Journal of Food Technology**, v. 23, e2018174, 2020

BRASIL. Lei nº. 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Lei de Segurança Alimentar Nutricional**. Brasília, 15 set. 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2 ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2014.

BRASIL. Institui o Programa Nacional de Agricultura Urbana e Periurbana. **Portaria Nº 467, de 7 de fevereiro de 2018**. Brasília, 07 fev. 2018.

CARVALHO, I. C. DE M.; SCHMITT, L. A.; PEREIRA, M. V. Educação e sustentabilidade: aprendizagens em uma horta urbana. **Pedagogia Social Revista Interuniversitaria**, n. 37, 18 jan. 2021.

COELHO, D. E. P.; BÓGUS, C. M. Vivências de plantar e comer: a horta escolar como prática educativa, sob a perspectiva dos educadores. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 761–770, set. 2016.

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **\_\_\_\_\_ Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional GT – Alimentação Adequada e Saudável**, 2006.

COSTA, C. G. A. et al. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3099–3110, out. 2015.

DA CUNHA, M.A., PARAGUASSÚ, L.A.A., ASSIS, J.G.D. ET AL. Urban gardening and neglected and underutilized species in Salvador, Bahia, Brazil. **Journal Ethnobiology Ethnomedicine** 16, 67 (2020).

DOURADO, N. P. et al. **Horta comunitária para promoção da educação ambiental e segurança alimentar: experiências e perspectivas futuras**. 12p. 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, Ouro Preto, set. 2016.

GOMES, A. P. W. et al. **A sustentabilidade na horta comunitária do IFMG – campus ponte nova: integração ensino, pesquisa e extensão**, 2020. 12p. X Congresso Brasileiro de Engenharia de Produção, Paraná, 2020.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017 - 2018: Perfil das despesas no Brasil: análise da segurança alimentar no Brasil**. Coordenação de Trabalho e Rendimento, 65 p., Rio de Janeiro, 2020.

JACOB, M. M. Biodiversidade de plantas alimentícias não convencionais em uma horta comunitária com fins educativos. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 15, p. e44037, 30 jan. 2020.

KINUPP, V.F.; LORENZI, H. **Plantas alimentícias não convencionais (PANC) no Brasil**: guia de identificação, aspectos nutricionais e receitas ilustradas. Nova Odessa: Instituto Plantarum de estudos da flora Ltda., 2014.

KLÖCKNER, L. M.; OLIVEIRA, T. D. DE. Hortas urbanas e periurbanas: contribuições para o desenvolvimento de um espaço urbano sustentável. **Revista Amor Mundi**, v. 1, n. 1, p. 53–61, 30 dez. 2020.

LEAL R. C.; SCHIMIM E. S. **Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE**: a horta como possibilidade de alimentação saudável. *Cadernos PDE*. v. 1, Paraná, 2016.

LIBERALESSO, A.M. **O futuro da alimentação está nas Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANC)?** 2019. Dissertação (Mestrado em Agronegócios) - Programa de Pós-Graduação em Agronegócios do Centro de Estudos e Pesquisas em Agronegócios (CEPAN), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

LÖSCH, E. L.; BRICARELLO, P. A.; GAIA, M. C. M. de. Agroecologia e segurança alimentar em tempos de pandemia de Covid-19. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 551-559, dez. 2022.

MACK, E.A., TONG, D., CREDIT, K. Gardening in the desert: a spatial optimization approach to locating gardens in rapidly expanding urban environments. **International Journal of Health Geographics**, v.16 (1), p.1-16, 2017.

MATTOS, A.C.E., DA SILVA ROCHA, L., & RODRIGUES, L. Dialogando sobre alimentação e nutrição na saúde mental: Ações promotoras de saúde por meio de oficinas de horticultura. **Revista Da Associação Brasileira De Nutrição**, v.9(2), p.17–24, 2018.

MEDEIROS, N.S., DO CARMO D.L., PRIORE, S.E., SANTOS, R.H.S. Diverse food in urban gardens in the promotion of food and

nutrition security in Brazil: a review. **Journal of Science Food and Agriculture**, v.100(4), p.1383-1391, 2020.

NAGIB, G. Processos e materialização da agricultura urbana como ativismo na cidade de São Paulo: o caso da horta das corujas. **Cadernos Metrópole**, [S.L.], v. 21, n. 46, p. 715-740, dez. 2019.

NÓBREGA, Stéfanny da Cruz; FERREIRA, Lara Cristine Gomes. **Agricultura urbana agroecológica: uma experiência com hortas escolares em Goiânia-GO**. Goiânia: [S.N.], 2020. 54 p.

OTHMAN, S., RAMOS, R.; LOBO, W. Hortas cidadinas como laboratório de Educação Ambiental. **EduSer**, 14(1), 1-11, 2022.

**ONU- Organização das Nações Unidas**. ONU prevê que cidades abriguem 70% da população mundial até 2050. 2019.

PALAR, Kartika et al. Nutrition and health improvements after participation in an urban home garden program. **Journal of nutrition education and behavior**, v. 51, n. 9, p. 1037-1046, 2019.

PEREIRA, P.G. **Hortas urbanas: importância social, econômica e ambiental para famílias de baixa renda**. 37 f. TCC (Graduação em Tecnologia em Agronegócio), Instituto Federal Goiano – Campus Rio Verde, 2021.

RANIERI, G. R.; ZANIRATO, S. H. Comidas da horta e do mato: plantas alimentícias em quintais urbanos no Vale do Paraíba. **Estudos Avançados**, v. 35, n. 101, p. 269–286, abr. 2021.

RICHTER, M. F. et al. Hortas urbanas – História, Classificação, Benefícios e Perspectivas. **Confins**, n. 55, 15 maio 2022.

RODRIGUES, Ana Paula Maia Espíndola. **Hortas comunitárias, educação popular e segurança alimentar e nutricional: aprendizados e desafios com base em uma experiência**. 83 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

SANTANDREU, A.; LOVO, I. C. **Panorama da agricultura urbana e periurbana no Brasil e diretrizes políticas para sua promoção**. Belo Horizonte: FAO/MDS/SESAN/DPSD, 2007

SANTOS, Maira dos; MACHADO, Mariana Campos Martins. **Agricultura Urbana e Periurbana. Segurança Alimentar e**

**Nutricional**, [S.L.], v. 27, p. e020010, 2 dez. 2019. Universidade Estadual de Campinas.

SEABRA JÚNIOR, Santino et al. Projeto Comunidade Feliz: horta comunitária com idosos. **Horticultura Brasileira** v. 28 p. S529-S534, 2010.

SILVA, M.H.T., GALVÃO, J.P.G.; PEREIRA, V.S.; SILVA, R.M.; BERALDO, K.A. Horta agroecológica, segurança alimentar e educação ambiental no lar Batista. **Revista Capim Dourado: Diálogos em Extensão**, v. 2, n. 3, p. 125-133, 2019.

SOUSA, T.O.; SARAIVA, A. F. S.; SILVA, N. G.; LOPES, W. S. BAZOLLI, J. A.; . Agricultura urbana: contribuições para segurança alimentar e a renda familiar das famílias horticultoras de Palmas, TO. **Humanidades & Inovação**, v. 7, p. 63-71, 2020.

SOUSA, T.O.; DELGADO, C.M.N.; BAZOLLI, J. A.. Agricultura Urbana e alimentação: hortas urbanas empreendedoras em Palmas, TO. **Humanidades & Inovação**, v. 8, p. 283-294, 2021.

SOUZA, Jacimar Luis de. **Agroecologia e agricultura orgânica: princípios, métodos e práticas**. 2. ed. Vitória: Incaper, 2015. 34 p.

TULER, A. C.; PEIXOTO, A. L.; SILVA, N. C. B. DA. Plantas alimentícias não convencionais (PANC) na comunidade rural de São José da Figueira, Durandé, Minas Gerais, Brasil. **Rodriguésia**, v. 70, p. e01142018, 2019.

VIERA; CAMILLO; CORADIN. **Espécies nativas da flora brasileira de valor econômico atual ou potencial: plantas para o futuro**: Região Centro-Oeste. Brasília, DF: MMA, 2018., 2018.

# SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO HOSPITALAR: PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES EM UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

Lorena Estevam Martins Fernandes  
Carlos Eduardo Gomes Siqueira  
Francis Sodré

## Introdução

O desafio de pesquisar a qualidade de vida dos trabalhadores atuantes no ambiente corporativo da saúde pública brasileira é de grande relevância e consiste no ponto central deste trabalho. A proposta direciona olhares atentos aos profissionais, assim como à gestão dos serviços de saúde, que fazem do cuidado em saúde uma realidade na vida e na história de outras pessoas.

A expressão 'Qualidade de Vida' integra duas concepções importantes: a subjetividade ou os aspectos percebidos pela pessoa sobre suas condições físicas, emocionais e sociais; e a objetividade presente nas condições materiais, na vida, nas relações entre a pessoa e o ambiente ou a sociedade. Ao analisar as pessoas envolvidas pelos ambientes de trabalho coletivo, amplo senso, precisamos considerar os modos de interagir presencial e virtual, e o quanto tais ambientes corporativos afetam a subjetividade e a objetividade, tendo grande expressão e influência sobre a vida, a espiritualidade e a saúde do trabalhador (VILARTA, 2008).

Como marco histórico da interface-trabalho e saúde, destacamos a concepção neoliberal que se alastrou na década de 1990 e pautou-se na privatização, na terceirização de serviços e na flexibilização das relações de trabalho. Desde então, houve



mudanças na forma de inserção e nos vínculos de trabalho, no perfil remuneratório e no jeito de se trabalhar, formando ambientes excessivamente competitivos, individualizados e altamente adoecedores (MACHADO, 2006).

Tornaram-se bastante comuns os impactos incidentes nos trabalhadores da saúde causados pela implementação de novos modelos de atenção, pela introdução de novas tecnologias e pela mudança do perfil epidemiológico da população. A globalização, o envelhecimento da população e as novas expectativas dos consumidores podem também mudar as demandas sobre a força de trabalho em saúde (DAL POZ, 2013).

Na tentativa de enfrentar os desafios da globalização e dos déficits das políticas em matéria de crescimento e emprego, a OIT<sup>1</sup> estabeleceu o “trabalho decente” como um objetivo central de suas políticas e programas. A noção de trabalho decente recomenda a promoção de oportunidades para mulheres e homens conseguirem um trabalho produtivo, adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna e garantir direitos (OIT, 2015). O direito à saúde coloca-se como um dos principais.

É essencial promover e proteger o direito ao gozo do grau máximo de saúde ao trabalhador. A promoção da saúde deve ser compreendida como um conjunto de ações articuladas intra e intersetorialmente, que viabilizam intervir nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, atuar em situações de

---

<sup>1</sup> A Organização Internacional do Trabalho (OIT) é uma agência da Organização das Nações Unidas (ONU) fundada em 1919 com o objetivo de promover a justiça social, sendo a única agência da organização que possui estrutura tripartite, com representantes de governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores de 183 Estados-membros. Desde a sua criação, os membros adotaram 188 Convenções Internacionais de Trabalho e 200 Recomendações sobre temas como emprego, proteção social, recursos humanos, saúde e segurança no trabalho. Em 1998, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou a Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Disponível em <https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>.

vulnerabilidade e de violação de direitos e garantem a dignidade do trabalhador no trabalho.

Santos-Filho (2007) destaca os seguintes problemas trabalhistas como empecilhos à consolidação dos direitos: baixos salários; degeneração dos vínculos, negando e omitindo os direitos constitucionais dos trabalhadores; precarização das condições e dos ambientes de trabalho; desorganização na gestão e nas relações sociais. A precarização do trabalho em saúde é visível e crescente nos ambientes e por isso tem mostrado a importância das políticas e da gestão de recursos humanos, principalmente por causa dos ocorridos nas condições de emprego, suas consequências na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores.

Promover saúde significa, também, promover ambientes e processos de trabalhos saudáveis. Isso inclui políticas de desenvolvimento social e econômico da sociedade, entendendo que qualidade de vida e saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis, com dignidade, impedindo o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. Dignidade no trabalho denota garantia das relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, reconhecimento de direitos, como o direito à informação, participação e livre manifestação. A dignidade compreende, portanto, a defesa e a promoção da qualidade de vida do trabalhador como valores absolutos e universais (BRASIL, 2012; UFMG, 2013).

Um olhar organizacional direcionado para lidar com tais questões, pautado em propostas de transformações do trabalho e da gestão a partir da percepção dos trabalhadores, incluindo formação e a consolidação dos direitos, pode propor ações efetivas que promovam a qualidade de vida e a saúde do trabalhador.

Assim, este estudo pretendeu apontar a qualidade de vida como um componente essencial de promoção e proteção à saúde integral do trabalhador. Os resultados enfatizaram que a perda da qualidade de vida impacta diretamente na saúde, gerando no trabalhador adoecimento, sofrimento e afastamento do trabalho.

## Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa aplicada, de abordagem qualitativa, exploratória, com elementos bibliográficos e documental. Além de observação participante, a entrevista foi o instrumento principal de coleta dos dados.

Foram analisadas 40 (quarenta) entrevistas semiestruturadas; com perguntas sobre saúde, satisfação no trabalho, qualidade de vida e gestão; feitas durante quatro meses outubro de 2019 a janeiro 2020, com trabalhadores de um hospital público estadual no estado do Espírito Santo, Brasil. Destaca-se que a instituição pesquisada estava sob gestão de uma organização privada dita sem fins lucrativos, conhecida como Organização Social de Saúde (OSS), por cerca de dois anos no momento da pesquisa. Os trabalhadores incluídos eram de diversas profissões, cujas características estão mostradas o Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização profissional dos entrevistados

Equipe/ sigla	Médica (MED)	Enfermagem (ENF)	Equipe Multiprofissional (EQM)	Administrativa (ADM)
Quantidade de Profissionais / Formação e Cargo	1 Anestesiologista	5 Técnicos de enfermagem	1 Assistente Social	1 Recursos Humanos
	1 Médico do Trabalho	5 Enfermeiros coordenadores	1 Psicólogo	1 Comunicação
	1 Residente	5 Enfermeiros assistenciais	1 Fisioterapeuta	1 SESMT
	2 Neonatologistas		1 Fonoaudiólogo	1 Limpeza
	2 Pediatras		1 Nutricionista	1 Portaria
	1 Cardiologista		1 Farmacêutico	1 Recepção
	1 Psiquiatra		1 Coordenador	1 Monitoramento e Gestão
	1 Ginecologista e Obstetra			1 Diretoria
Total: 40	10	15	7	8

Fonte: Elaboração própria

Apesar de haver uma pergunta específica e direta sobre a qualidade de vida do trabalhador: "Você diria que sua qualidade de vida melhorou ou piorou após a inserção neste trabalho? Por quê?", a temática foi ampla e frequentemente abordada nas

respostas dos entrevistados nas mais diversas questões sobre saúde, satisfação, motivação, remuneração; mostrando a importância e valorização do tema para o trabalhador. As respostas eventualmente citaram atuação em outros serviços de saúde, demonstrando que muitas situações também ocorrem em outros trabalhos.

Na análise dos dados foi utilizado Software de Análise de Dados Qualitativos (SADQ) MAXQDA 1 escolhido pela qualidade e facilidade na codificação e indexação de textos e informações qualitativas. Fizemos análise temática desses dados, cujos principais resultados encontram-se expostos a seguir.

A pesquisa atendeu as normas éticas brasileiras exigidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre Pesquisa com Seres Humanos, incluindo a obtenção do consentimento informado dos participantes, aprovada na Plataforma Brasil pelo registro CAAE nº 52909416.1.0000.5073.

## **Resultados**

Os principais resultados mostraram a percepção do que é a qualidade de vida, cujo significado variou muito para cada trabalhador, categoria profissional e contexto social: "Para mim, é fácil dizer que tenho qualidade de vida, só tenho um emprego, meu marido também trabalha, tenho casa própria, não tenho filhos, eu moro aqui do lado, vou embora às 15h", afirmou um dos membros da equipe multiprofissional (EQM.7).

Apesar dos traços subjetivos específicos constatados, ter qualidade de vida, para a maioria dos profissionais, foi considerado algo bom e necessário, que gera satisfação e saúde. Foram apontados três principais responsáveis, isto é, qualidade de vida deve resultar de ações do governo, do empregador e do empregado.

Considerando as respostas mais vezes citadas, a figura 1, a seguir, representa o principal termo relacionado à qualidade de vida, ou seja, o que gera qualidade de vida para o trabalhador:

Figura 1 - Temas que representam a qualidade de vida para o trabalhador



Fonte: Elaboração própria

Indo muito além do autocuidado, alguns trabalhadores acreditam que a qualidade de vida inclui medidas de cuidado da instituição empregadora para com os trabalhadores, independentemente do tipo de vínculo entre eles

Se eu falar sobre contrato de trabalho, então falo de uma questão. Mas se eu falar sobre pessoas e seu ambiente de trabalho, estou falando de seres humanos, independente da forma do contrato que ele tenha, ele está aqui para trabalhar, para desenvolver o potencial de trabalho dele. Precisa, então, haver um olhar de cuidado sobre esse colaborador, não importa o vínculo dele (EQM.6).

As falas conectam o tema qualidade de vida ao trabalho ainda que não se refiram propriamente à qualidade de vida no trabalho. Elas tratam da importância do ambiente e das relações de trabalho, e da qualidade de vida compondo a política de Recursos Humanos (RH). A relação da qualidade de vida com o dinheiro foi evidenciada ao citarem a remuneração e a necessidade de se ter mais de um emprego.

A área de qualidade de vida poderia estar dentro de um RH. Ter programas voltados para o funcionário, de apoio ao trabalho, de suporte emocional. A quantidade de funcionários que ficam abordando as psicólogas é grande. Eles querem desabafar, serem acolhidos (EQM.1).

Falta investimento no tempo do colaborador. Qualidade de vida não é dar festa com comes e bebes. É ter um programa com projetos contínuos para o colaborador ter qualidade de vida. Inclui área de descanso, área de convivência, enfim, espaço físico e investimentos no local de trabalho (EQM.6).

Os dias de folga dão qualidade de vida, por isso não penso em 2 empregos nunca. Trabalhar em um emprego só é outra coisa: você fica menos preocupado, consegue dormir direito, ter descanso, viver. A gente precisa trabalhar, mas também precisa viver! Se as pessoas que trabalham em dois locais tivessem um salário melhor, trabalhariam só em um (ENF.2).

Os depoimentos dos participantes mostram a importância da disponibilidade de tempo para, dentre outros, desfrutar da vida social e familiar. Também houve falas quanto ao bem-estar gerado por hábitos saudáveis, a trabalhar em apenas um local, a estar satisfeito e mais perto de casa.

Optei pela minha qualidade de vida. Escolhi trabalhar em um lugar apenas e diminuir a renda. Alguns acham que sou uma médica 'pobre'. Tudo bem, são escolhas individuais que cada um faz. Respeitar compromissos com a família é importante para mim. Não trabalho mais que 48h por semana, viajo todo ano para algum cantinho, visito meus familiares (MED.5).

A qualidade de vida melhorou porque eu mudei de estado, de cidade e estou muito feliz e realizada profissionalmente. Melhorou porque eu estou satisfeita. Vejo os resultados, as coisas acontecendo, mesmo na confusão toda da transição (ADM.1)

Quando tinha dois trabalhos e era longe, não dava tempo de nada. A distância diminuiu do trabalho diminuiu, posso ir em casa almoçar e voltar tranquila. Agora dá tempo de até tomar banho. Antes era correria, ia direto faculdade. Chegava lá e não tinha rendimento, estava cansada e com sono (ENF.4).

Os resultados mostraram a origem da qualidade de vida, ora, o que pode dar qualidade de vida para o trabalhador do serviço de saúde. Seguem as 10 (dez) respostas mais dadas, do primeiro ao décimo, expostas pela frequência com que foram mencionadas:

Tabela 1 - Ações representativas da qualidade de vida

1º. Trabalhar menos horas Estar com a família e amigos
2º. Remuneração adequada
3º. Praticar exercícios físicos e atividades ao ar livre
4º. Dormir Descansar
5º. Satisfação profissional
6º. Morar perto do trabalho Finais de semana e feriados livres Sair/ passear
7º. Programas para o trabalhador (acolhimento, suporte emocional, apoio ao trabalho, <i>feedback</i> , investimentos na estrutura física que possibilitem convivência e descanso) Aprendizado e crescimento no trabalho Boa relação com a chefia, sem cobrança excessiva Condições para estudar Tempo para estudar Tempo livre

- 8º. Tempo para se cuidar
  - Tempo para comer
  - Ter casa própria
  - Comer em casa
  - Estar com peso corporal adequado
  - Estar sem doenças
  - Estar em ambiente saudável
  - Não dar plantões
  - Ter férias
  - Viajar
  - Alimentação saudável
  - Comprar e trocar bens (casa, carro, moto, televisão, celular)
- 9º. Preocupar-se menos
  - Diminuir o estresse
- 10º. Aposentar-se
  - Dormir em casa

Fonte: Elaboração própria

## Discussão

Para entender a importância da qualidade de vida no trabalho é preciso compreender o que significa qualidade de vida. Tal percepção é individual e poderá significar algo diferente para cada pessoa. Este estudo reforçou essa ideia.

A percepção individual tem ligação com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, o qual determinará os níveis de satisfação individual. É um cenário mutável que, desde a Revolução Industrial, vem caracterizado por avanços e retrocessos. Tal 'revolução' apresentava níveis praticamente inumanos, e apenas na segunda metade do século passado começou a noção de QVT. O autor afirma que desde então os padrões de qualidade de vida do trabalhador se elevaram, o trabalho foi humanizado, houve diminuição legal das jornadas, melhoria nas condições de trabalho, substituição do fardo braçal. Em contrapartida, as exigências foram ampliadas, o tempo de não-trabalho foi diminuído, as



possibilidades de emprego foram reduzidas. Houve a coisificação e mecanização do trabalhador (PILATTI, 2007).

Ao analisar os significados da qualidade de vida para os entrevistados, percebeu-se que ao alcance daquilo que pode trazer qualidade de vida, pode revelar mais satisfação e motivação para o trabalho.

Avaliar possibilidades de as organizações produzirem qualidade de vida no trabalho (QVT) para seus trabalhadores, baseada na percepção do indivíduo dos pontos favoráveis e desfavoráveis em seu ambiente de trabalho, é um caminho viável para a motivação (PILATTI, 2008). É perceptível que o empregador com isso não tem apenas a intenção de promover saúde, mas de conquistar "a disposição dos trabalhadores para a execução das tarefas" (p. 61).

É necessária atenção da gestão corporativa dos serviços de saúde quanto às relações de trabalho e saúde. Conhecer a saúde do trabalhador na sua instituição é essencial para o gestor criar políticas preventivas de doenças e interventivas visando à saúde. Ele precisa se atentar quanto aos efeitos das políticas de recursos humanos (RH) e as condições de trabalho desfavoráveis e buscar soluções para os problemas de saúde mais comuns e suas causas.

Contudo, não foi observado durante a pesquisa a presença de iniciativas da instituição gestora do hospital nesse sentido. Pelo contrário, houve relatos de que, desde a troca da gestão pública direta para a gestão privada, neste trabalho acadêmico foi a primeira vez em que os trabalhadores foram ouvidos sobre seus pontos de vistas e necessidades.

Também é de fundamental importância atentar-se às evidências já encontradas em pesquisas anteriores. Acidentes de trabalho, exposição a materiais biológicos nos estabelecimentos sanitários e prevalência de infecção em grupos ocupacionais mostraram-se frequentes no trabalho em saúde (BRASIL, 2006; MACHADO E ASSUNÇÃO, 2012). Constatou-se também sinais de perda do sentido do trabalho e os efeitos dessa perda sobre a

satisfação e autoestima, repercutindo no campo físico e mental dos trabalhadores (UFMG, 2013).

Os trabalhadores entrevistados apontaram que ambientes e relações laborais saudáveis trazem qualidade de vida no trabalho. Vilarta (2008) registra que a organização do espaço físico e a interação relacional no trabalho são muito importantes na condução dos processos laborais. O ambiente físico adequado se destaca como elemento essencial na melhoria da autoestima, na prevenção de doenças crônicas e do estresse elevado comum no local de trabalho. O ambiente físico e material deve incluir, adaptar e superar o ponto de vista ergonômico, ampliando o olhar financeiro, tecnológico e legal. Já a interação relacional ganha ênfase ao atuar na prevenção do sofrimento institucional e moral e do adoecimento físico e psicológico no trabalho.

Concorda-se que implementar políticas e programas efetivos de melhoria da qualidade de vida em ambientes corporativos não é algo simples ou frequente nas instituições corporativas brasileiras. Para Gutierrez (2008), isso exige conhecimento do ambiente organizacional e as pressões exercidas sobre seus membros, os limites de tolerância, as relações mais amplas com de questões econômicas, políticas e culturais. Exige também reflexão multidisciplinar, em que a esfera empírica e o conhecimento concreto da prática compartilham espaço.

Os resultados mostraram que os trabalhadores percebem que a qualidade de vida está intrinsecamente ligada a saúde. No entanto, as respostas abordaram que a qualidade de vida vem mais da adoção de hábitos saudáveis por parte dos trabalhadores que por meio de políticas e ações públicas e corporativas que promovam saúde e previnam doenças.

Resultado semelhante foi observado em pesquisa feita por Presoto (2008) sobre promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador nos hospitais estaduais da cidade de São Paulo. A autora constatou pouca ou nenhuma clareza dos trabalhadores quanto ao conceito de promoção da saúde. A maioria dos entrevistados desconhecia os objetivos da promoção da saúde do trabalhador,

confundindo-o com prevenção de doenças ocupacionais que limitam o funcionário de desempenhar sua função.

A elaboração e publicação de políticas federais de saúde do trabalhador começaram na década de 1990 e se estenderam para além da primeira década seguinte (BRASIL, 2012; CHIAVEGATTO, 2013; ASCARI, 2014), todavia pode-se perceber que ainda hoje não são de conhecimento ampliado da população trabalhadora.

Em coerência com tais políticas, acredita-se que intervir em questões de saúde no ambiente corporativo requer olhar além do problema, ou do sintoma apresentado. Exige entender e estar disposto a mudar características do próprio ambiente organizacional. Significa perceber que as tensões cotidianas na organização podem estar submetendo ou expondo o trabalhador a práticas de assédio e reforçando o sofrimento no trabalho, isso pode leva-lo a manter hábitos pouco saudáveis, ou autodestrutivos e patológicos. Ainda que o alcance do programas possa ser limitado e de difícil sucesso, eles se colocam como necessários e urgentes para aliviar sintomas de uma situação mais ampla que, provavelmente não poderá ser profundamente modificada no momento (GUTIERREZ, 2008).

Os entrevistados relataram sua insatisfação em trabalhar excessivamente e sobrecarregados, assim como a necessidade de terem remuneração adequada e mais tempo disponível para descanso e atividades fora do local de trabalho. Para Braverman (1974) tais problemas devem-se às praticas gerencialistas adotadas pelas instituições públicas e, principalmente, as privadas.

O autor defende que o gerencialismo foi a estratégia do capitalismo para lidar com uma grande quantidade de trabalhadores em um mesmo espaço. O capitalista empreende todos os meios para aumentar a produção da força de trabalho, gastando menos. Os elementos que ele utiliza podem variar desde obrigar o trabalhador a trabalhar por longas jornadas, até a utilização de instrumentos de trabalho mais produtivos com o aumento da intensidade deste. O capitalista ao comprar a força de trabalho adquire, ao mesmo tempo,

qualidade e quantidade de trabalho indeterminadas. A potência de tal força é infinita, mas a concretização do trabalho é limitada devido à subjetividade dos trabalhadores: sua história, as condições sociais sob as quais vivem e trabalham, as condições da empresa e as condições técnicas do trabalho.

Considerando que os trabalhadores estudados atuam numa instituição pública sob gestão privada terceirizada, é papel do gestor público normatizar e monitorar as práticas de gestão internas, incluindo o trato com a saúde da força de trabalho hospitalar. Ao gestor privado cabe cumprir fielmente a política pública que o regula, assim como o instrumento contratual firmado com o gestor público. Principalmente, ele deve prestar um trabalho de excelência à população (BRASIL, 1997; 1998; 2012). Argumenta-se que uma entidade que se presta a atender com qualidade tal demanda, deve de forma razoável e com motivações que superem às econômicas, ouvir e cuidar dos profissionais para que atendam e prestem serviços de saúde de qualidade à comunidade (DUARTE e BOTAZZO, 2009; FERNANDES, 2017).

Assim, questiona-se que instituições empregadoras, quer privadas, públicas ou filantrópicas, ao optarem por determinado processo produtivo, precisam considerar que estão delineando, de certo modo, as possibilidades de adoecimento, de problemas e de riscos no trabalho, e ao meio ambiente. Elas precisam ser mais éticas nos processos decisórios. Também a sociedade tem um papel fundamental em relação às políticas públicas nas áreas prioritárias de saúde, trabalho, educação e meio ambiente, em todas as esferas de governo - federal, estadual e municipal, atuando ativamente e cobrando legislação adequada (MONTEIRO, SIQUEIRA e FILHO, 2008).

## **Conclusão**

A proposta deste trabalho de acessar dados sobre trabalhadores, ouvindo os próprios trabalhadores para conhecer dados, condições e necessidades força de trabalho trouxe reflexões

importantes e apontou para a necessidade de mudanças institucionais na gestão e execução dos serviços para melhores impactos na relação trabalho e saúde.

Um tipo de gestão institucional demasiadamente autocentrada e que não se atenta devidamente para as necessidades e percepções dos sujeitos que nela atuam tende a perpetuar culturas de precarização do trabalho, afetando a saúde e qualidade de vida do trabalhador.

Este estudo nos alerta acerca da importância da qualidade de vida dos trabalhadores de hospitais públicos sob gestão privada, mostrando que priorizar a qualidade de vida dos trabalhadores pode promover neles saúde e satisfação.

Além de se orientar pelas expectativas e protagonismo deles, ou seja, dentre outros, desenvolver escuta, empatia e diálogo fluido entre trabalhador e gestão, ao empregador cabe promover ambientes saudáveis e oferecer condições dignas de trabalho, prevenir e intervir nas situações de violência e de sobrecarga, protegendo a saúde do trabalhador e implementando políticas afins.

Por fim, instituir programas institucionais colaborativos e contratar equipe multiprofissional habilitada para oferecer tais cuidados, pode ser um meio interessante para integrar ao trabalho práticas relacionais mais humanizadas que valorizam o profissional e que reconheçam, garantam e ampliem os direitos dos trabalhadores.

## **Referências**

- ASCARI, R. A. Retrospectiva das políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios do Sistema Único de Saúde – SUS. **Acta Jus** - Periódico de Direito, Maringá, v. 4, n. 1, p. 5-9, jun./ago, 2014.
- BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por

Organizações Sociais, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 18 maio 1998. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm)>.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais** / Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (**Cadernos MARE da reforma do estado**; v. 2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria Ministerial da Saúde nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 (Federal). Institui a **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no séc. XX**. Parte I: Trabalho e Gerência. LTC Editora, 1ª Ed., 1974.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2013, v. 38, n. 127, pp. 25-27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0303-7657201300100005>>. Epub 23 Jul 2013. ISSN 2317-6369. <https://doi.org/10.1590/S0303-7657201300100005>.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. out, p.1924-1926, **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2013.

DUARTE, I.G., BOTAZZO, C. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Rev. Adm. Saúde**. v.11. nº45, 2009.

FERNANDES, L. E. M. Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde. [Dissertação de Mestrado]. **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, Vitória, 2017. 156 f. :il.

GUTIERREZ, G. L. Limites e Possibilidades das Intervenções em Qualidade de Vida nas Empresas In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis

- Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 11-16.
- MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: **Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- MACHADO, J. M. H. ASSUNÇÃO, A. A. (Orgs.) **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte : UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.164p.
- MONTEIRO, M. I.; SIQUEIRA, C. E. G.; FILHO, H.R.C. Produção Justa e Sustentável, Meio Ambiente e Qualidade de Vida Corporativa. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 43 -50.
- OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social**. Laís Abramo. Genebra: OIT, 2015. ISBN: 978-92-2-829683-9 (print); 978-92-2-829684-6 (web pdf).
- PILATTI, L. A. Qualidade de Vida e Trabalho: perspectivas na Sociedade do Conhecimento. In: VILARTA, Roberto et al. (orgs.). **Qualidade de vida e novas tecnologia**. Campinas: IPES, 2007.
- PILATTI, L. A. Qualidade de vida no trabalho e a teoria dos dois fatores de Herzberg: possibilidades-limite das organizações. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 51-62.
- PRESOTO, L. H. Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, **Faculdade de Saúde Pública**, São Paulo, 2008.
- SANTOS-FILHO, S. B. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: Construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer!**

**Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.**  
Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Disciplina Saúde do Trabalhador Caderno de Estudos.** Professora Ada Ávila Assunção. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. 66p. 2013.

VILARTA, R. Apresentação. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo.** 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, p. 09-10.





# **EFEITOS DA MEDITAÇÃO E DO YOGA NO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E NO CLIMA ORGANIZACIONAL NA PERCEPÇÃO DOS PRATICANTES**

Michely Nascimento  
João Pinheiro de Barros Neto

## **Introdução**

Poucas horas de sono, engarrafamentos no trânsito, horas de deslocamento até o trabalho, lotação e atrasos do transporte público, chefes insensíveis, metas superestimadas, lanche rápido na hora do almoço, refeições não saudáveis etc. tudo isso pode aumentar os níveis de estresse das pessoas. Não à toa a nossa sociedade atual está sofrendo dos chamados males do século XXI, ou seja, de estresse, ansiedade e depressão e tudo repercutindo na saúde física, psíquica e espiritual (SAVIOLI, 2019).

Shors (2022) alerta que traumas podem acontecer inesperadamente e eles podem ser devidos a um episódio trágico, como por exemplo um acidente grave, mas também podem ser causados por pequenas e frequentes agressões tanto físicas quanto verbais ou psicológicas. Não obstante, as consequências independem do grau do evento traumático e, quase sempre, são estresse e ansiedade. A recorrência de tais situações, se não estivermos preparados, pode causar efeitos permanentes e em longo prazo na mente e no corpo.

De fato, a vida pessoal e profissional consiste em uma sucessão contínua de desafios repletos de aspectos que estão fora do nosso controle e nos dominam. A verdade é que quarenta e quatro horas

ou mais de trabalho por semana, prazos apertados, tarefas pesadas e dilemas diariamente, podem transformar o trabalho em uma experiência carregada de tensão. Não obstante há maneiras simples de minimizar a ansiedade, o nervosismo e as preocupações e assim aproveitar o melhor de si e dos outros, pois todos podemos enfrentar o mundo de uma perspectiva melhor se tivermos disposição para praticar algumas estratégias simples capazes de transformar o comportamento e gerar o bem-estar necessário para encarar a vida (CARLSON, 2021).

Com efeito, mudar nossas ações para um padrão conciliador, atento e cuidadoso, poderá nos levar a ter uma vida bem mais rica, calma e livre de estresses desnecessários. Para isso, existem inúmeras técnicas e ferramentas eficazes que podem reduzir esses maus efeitos e até pôr fim a pensamentos negativos aumentando a nossa resiliência.

Cosenza (2021) exemplifica que a prática regular de meditação por praticantes habituais traz impactos positivos no âmbito pessoal e profissional do praticante e conseqüentemente influencia no clima organizacional, mostrando que a meditação age diretamente no cérebro, aumentando a capacidade de autorregulação do praticante. O autor cita ainda como benefícios a melhora na atenção e cognição, bem como da motivação, fatores que direcionam o indivíduo a uma vida saudável e serena que aumentam a sensação subjetiva de bem-estar.

Nesse contexto, o objetivo principal da pesquisa descrita neste capítulo foi verificar se a prática regular de meditação e yoga, além dos benefícios relatados pelos autores levantados no referencial teórico, também influencia nas relações interpessoais e contribui para melhoria do clima organizacional. Para tanto, foi realizado um *survey* com praticantes regulares de yoga e meditação visando captar a percepção deles sobre o assunto, para identificar, com base na fundamentação teórica, se a prática frequente de meditação influenciou positivamente suas relações interpessoais e o clima organizacional das equipes a que pertencem. Não houve a pretensão

de se obter uma amostra estatisticamente significativa para generalizar os resultados, pois se tratou de um estudo exploratório.

## **Fundamentação teórica**

Somos uma pessoa única, nossas ações refletem um conjunto amplo de variáveis, tais como física, emocional, espiritual e cultural, dessa forma, nosso estado de espírito interfere na forma como nos comportamos e agimos dentro e fora das organizações.

Sandrin (2019) descreve o burnout como um estado de exaustão intensa e prolongada em relação ao trabalho e essa síndrome tem chamado a atenção por sua frequência e gravidade. As pessoas que adquirem burnout sentem-se cansadas, desgostosas com o trabalho e desencantadas com a vida, sendo que em muitos casos, a pressão é tão forte, que as pessoas acometidas chegam a deixar de ter as condições mínimas necessárias para exercer eficazmente a sua própria profissão.

É fato que vivemos em uma sociedade cuja cultura do sucesso profissional faz parte das obrigações que nos são impostas e essa cobrança vem se agravando com a influência das redes sociais que nos sujeitam e ditam os comportamentos que devemos ter. Na opinião de Lanier (2018), elas acabaram com o nosso livre-arbítrio, estimulam emoções negativas, distorcem a percepção da verdade trazendo enfim, inúmeros efeitos degradantes que só contribuem para o aumento da ansiedade, depressão e do estresse. É crucial hoje em dia, ter discernimento para reconhecer o problema e buscar uma solução.

## **Meditação**

De acordo com Trungpa (2014, p. 25) quando uma pessoa “pratica a meditação e segue o caminho espiritual, os problemas encontrados na interação com a sociedade deixam de serem obstáculos e se tornam oportunidades criativas. As situações da vida diária passam a fazer parte da prática de meditação”.

Assim, para mantermos nossa integridade física, emocional e espiritual é essencial darmos atenção à nossa saúde mental, buscarmos ferramentas que nos conectem com nós mesmos, que nos coloquem nos eixos, que nos possibilitem tomarmos decisões centradas, com clareza e de maneira assertiva. Para Hermógenes (2016, p. 121),

Somos o que somos, fazemos o que fazemos, reagimos como reagimos, sofremos ou gozamos, temos nossas crises e nossos remansos, e até mesmos pensamos e cremos, não de acordo com o nível conhecido da mente, mas sim movidos, manobrados, determinados pelas camadas mais profundas, das quais não temos conhecimento claro. Sendo a mente comparada a um *iceberg*, a parte aflorada, que é a mente consciente, é mínima e relativamente incapaz, enquanto a parte submersa, o inconsciente, tem poder incomparavelmente maior.

O cuidado que temos com nossas emoções e os registros no nosso inconsciente refletem na nossa maneira de nos comportarmos nas nossas relações interpessoais, no respeito às divergências e na maneira como nos cobramos diante aos desafios diários. Conforme Fiorelli (2000, p. 112),

A pessoa traz à Organização sua “bagagem psicológica”, conhecimentos, características, preconceitos, experiências anteriores. O indivíduo afeta a Organização e recebe sua influência, modificando seus comportamentos, atitudes e visão de mundo, como consequência do desempenho de papéis e das experiências compartilhadas nas diversas interações.

Diante do exposto, nos questionamos se ao cuidarmos de nossa saúde mental e se nos mantivermos bem e centrados no presente, se nossa contribuição ao clima organizacional será mais positiva. O Ser Humano, como ser integral, comporta-se nos diversos papéis que desempenha, como por exemplo, empregado, marido, pai, filho e amigo, de forma integrada. Assim, ao exercitar

a paciência e a concentração nas atividades fora do trabalho, terá mais autocontrole e menor ansiedade quando cobrado pela entrega de resultados no ambiente de trabalho.

É aí que entra a meditação, pois aqueles que meditam regularmente apresentam um nível diário de ansiedade muito menor do que os que não meditam. Têm muito menos problemas psicológicos ou psicossomáticos, como resfriados, dores de cabeça e insônia. Além disso, as pessoas que meditam são capazes de resistir aos golpes da vida e lidar muito bem com o estresse diário, sofrendo menores consequências diante deles (GOLEMAN, 1999).

Uma organização pautada em seus funcionários e nas relações que estes desenvolvem, entende que quando uma pessoa chega ao local de trabalho “ela é um ser integral, e não apenas profissional, e sabe que primar por um ótimo ambiente trará inúmeros benefícios pelos quais vale a pena investir” (QUEIROZ et al., 2005, p. 1873).

De acordo com Trungpa (2014, p. 77) “Outro obstáculo a ser trabalhado é a rapidez, que impede a pessoa de se relacionar com o trabalho verdadeiro. Há com frequência um mal-entendido ou confusão entre realização e rapidez”.

Para Chiavenato (2003, p. 413) “O clima organizacional é a qualidade ou propriedade do ambiente organizacional que é percebida ou experimentada pelos participantes da organização e que influencia o seu comportamento”. Diante disso, percebe-se que a variável clima organizacional trata da percepção que cada funcionário de uma equipe tem sobre o ambiente de trabalho. Se tratando de percepção, ou seja, variável subjetiva, o estado de espírito individual tem uma grande influência.

As pessoas que têm o hábito de meditar regularmente desenvolvem por meio da prática um estilo de vida mais centrado, uma maior conexão com o todo e menor nível de ansiedade e de estresse. Assim, contribuem de forma positiva para o clima organizacional, pois ao estarem conectadas com o todo têm maior facilidade em se colocarem no lugar do outro, exercitando a empatia, por exemplo.

A meditação treina a capacidade de prestar atenção. Isso a diferencia de muitas outras formas de relaxamento que permitem que a mente divague à vontade. A atenção manifesta-se de várias maneiras, como por exemplo, na escuta ativa, assim, a meditação aperfeiçoa a habilidade de a pessoa captar sutis manifestações no ambiente e de prestar atenção ao que está realmente acontecendo no momento presente, sem divagações. Isso reflete nas relações interpessoais, pois ao conversar com alguém que medita regularmente estabelece-se uma relação de maior empatia, porque consegue prestar uma atenção especial no que a outra pessoa está realmente dizendo.

Os funcionários de uma organização que praticam meditação frequentemente têm uma facilidade maior para aceitar mudanças, menor predisposição ao estresse e maior capacidade de concentração, além de estabelecer uma relação de mais empatia com os colegas, conseqüentemente, contribuem positivamente para o clima da equipe da qual fazem parte e produzem melhores resultados para a organização.

De acordo com Packer (2013, p. 9) a “reorganização da mente para o foco de concentração é o meio de acalmá-la, de serená-la a ponto de criar um espaço entre um pensamento e outro até que nenhum outro pensamento ocupe a mente exceto o pensamento-objeto de concentração”. Cabe registrar que meditação não é sinônimo de relaxamento, pois aquela é o esforço para exercitar a atenção, o que proporciona a obtenção de conhecimento, aumento da concentração e capacidade de relacionar-se com empatia. Para Osho (2002, p. 8)

Sempre que você conseguir, pare todo o resto e encontre tempo para apenas ser. Pensar também é fazer, concentrar-se também é fazer, contemplação é fazer. Mesmo que seja um único momento em que você não esteja fazendo nada e esteja apenas em seu centro, completamente relaxado, isto é meditação.

Segundo Trungpa (2014, p. 78) a “aceleração também está ligada a uma sensação de territorialidade, uma sensação de que você está envolvido na sua velocidade; portanto, todos em volta deveriam sair

do seu caminho e recuar para seu próprio território”. Já para Masetti (2015, p.19) a meditação é “um relacionamento ativo com um objetivo elevado, por meio do qual adquirimos certas qualidades positivas relacionadas àquele objeto, e, por fim, entendemos sua natureza última que é também a nossa própria natureza”.

A meditação, caracterizada como o treino da atenção plena à consciência do momento presente, tem sido associada a um maior bem-estar físico, mental e emocional (SHAPIRO, SCHWARTZ, & SANTERRE, 2005). Entendendo o estresse como fenômeno coletivo, Bliese e Castro (2000) realizaram uma pesquisa empírica que revelou como a clareza do papel que o grupo deve desempenhar mitiga os efeitos negativos da sobrecarga de trabalho, mas somente em grupos com liderança apoiadora.

Ainda com relação à importância sobre a manutenção de relações interpessoais positivas, de acordo com Puente-Palácios et al. (2010, p. 9) “torna-se pertinente esperar que relações afetivas vistas como favoráveis impactem positivamente no estabelecimento de um vínculo afetivo com a equipe de trabalho”. Bastos e Borges-Andrade (2002) destacam que o comprometimento pode ocorrer em relação a diferentes focos de maneira simultânea. Em pesquisa relatada por estes autores, eles evidenciaram que as pessoas podiam ter ao mesmo tempo, elevado comprometimento com a organização e baixo com a profissão. Assim, pondera-se a respeito da possibilidade de o fator reconhecimento ter um papel importante no comprometimento com a organização.

Davidson et al. (2003), afirmam que a meditação pode ativar áreas cerebrais associadas ao bem-estar. Assim, considerando-se a plasticidade dos circuitos emocionais, sugere-se que a quantidade de práticas pode associar-se à magnitude destes efeitos cerebrais, gerando padrões comportamentais mais estáveis a partir deles. Contribui com o exposto pelo autor o fato de que há estudos que foram realizados em escolas, como por exemplo, o que ocorreu em duas escolas públicas do município de Rio Claro - SP, o qual avaliou, durante dois meses, as relações de alunos com a prática meditativa. Os resultados obtidos mostraram que a meditação foi



eficiente em muitos aspectos que envolvem a atividade escolar: o comportamento em sala de aula, o interesse por atividades escolares e pela própria pesquisa (DENARDO, 2013).

Funcionários sobrecarregados de tarefas, prazos para cumprir, pressão, metas a alcançar, competitividade, exiguidade de tempo são fatores presentes e vivenciados pelos trabalhadores, acarretando insegurança, medo, estresse, queixas trabalhistas, rumores e conflitos e queixas sem fim, a crescente rapidez do mundo atual impõem um padrão de agilidade e aceleração aos trabalhadores, os quais devem desempenhar suas funções cada vez mais rapidamente e com eficiência (RICARDO, 2004).

Goleman e Davidson (2017) afirmam que existem muitas concepções equivocadas sobre a meditação e seus efeitos, na verdade os autores defendem que ela pode mudar de forma extremamente positiva nossa maneira de pensar, sentir e agir e que a prática recorrente da meditação estimula qualidades como amor, compaixão e desprendimento.

A técnica de meditação denominada de *mindfulness* ou atenção plena, para Williams e Penman (2015), é um estilo de vida que consiste na prática de se concentrar completamente no presente, ou seja, focar observando os próprios pensamentos sem críticas nem julgamentos. Os autores acreditam que ao tomar consciência do que sente, a pessoa consegue identificar sentimentos negativos antes que se desenvolvam e estabeleçam emoções nocivas que levam ao estresse, frustrações e irritações. Ao se libertar das pressões do dia a dia, a pessoa passa a ser mais compassiva consigo mesma e lida melhor com as dificuldades e desafios de maneira paciente e tranquila gerando sensações de calma e liberdade.

Lehrhaupt e Meibert (2017) contam que o *mindfulness* surgiu nos Estados Unidos em 1979 fruto dos estudos do professor Kabat-Zinn (2019). Como ele era profundo conhecedor de meditação e do budismo, foi convidado pela escola de medicina da Universidade de Massachusetts a usar seu conhecimento e habilidades para auxiliar os doentes que não respondiam aos tratamentos tradicionais. A partir desses estudos foi criado o *Mindfulness Based*

*Stress Reduction* (MBSR), um tratamento de apenas oito semanas capaz de promover bem-estar e qualidade de vida.

Praticar *mindfulness* como um hábito diário liberta a pessoa de autojulgamentos muito críticos e de buscar atingir padrões altos demais, impossíveis de alcançar e desenvolve o bem-estar emocional. Neff e Germer (2019) recomendam exercícios informais que podem ser feitos a qualquer hora e em qualquer lugar e ainda garantem que com meditação as pessoas conseguem melhorias com relação à ansiedade, ao estresse, excesso de peso, problemas de saúde etc.

Quanto mais uma pessoa pratica e desenvolve a habilidade *mindfulness*, mais ela fica protegida contra doenças físicas e mentais, além de favorecer o desempenho nos estudos e no trabalho. Uma mente que foi treinada a vida toda para responder sempre de maneira automática e inflexível, como a do ser humano, pode nos causar dificuldades, mesmo tentando ajudar, pois o nosso estado normal é de desatenção plena. O piloto automático que define a maior parte de nossas ações é cruel porque nos escraviza a uma robotização psicológica e a forma de nos libertarmos é pela meditação *mindfulness*, um estado de atenção plena em que podemos amplificar nosso foco em relação às informações recebidas do ambiente no contexto do aqui e agora (SOPEZKI et al, 2021).

Para Kabat-Zinn (2019) *mindfulness* é a consciência que nasce de prestar atenção ao momento presente e sem julgamento e nesse estado de atenção plena ao momento presente (ambiente, sensações e sentimentos), as preocupações com o passado e o futuro desaparecem. Na verdade, *mindfulness* é o primeiro passo da meditação, ou seja, estar presente de corpo, alma e mente no agora, assim, podemos entender que *mindfulness* é meditação, mas meditação não é apenas *mindfulness*, pois a primeira propõe esvaziar a mente e a segunda recomenda conectar-se com o momento presente e aprender a perceber as situações com um olhar observador e não de julgamento.

O grande sucesso do *mindfulness* na sociedade moderna deve-se ao fato de poder ser praticado informalmente (CAMPAYO,

DEMARZO, 2015), literalmente em qualquer lugar e a qualquer hora, isto é, em situações que geram estresse, como por exemplo esperar na sala do dentista, podem ser o gatilho para exercitar o mindfulness.

## **Yoga**

O Yoga é provavelmente o mais conhecido e disseminado darsana, isto é, sistema filosófico da Índia e, cada um dos seis sistemas filosóficos ortodoxos indianos, baseia-se em uma obra fundamental que congrega os seus princípios gerais, quais sejam: Samkhya, Yoga, Nyaya, Vaisheshika, Purva Mimamsa e Uttara ou Vedanta. A prática desorientada do Yoga leva muitos praticantes a erros que podem até causar danos ao organismo, sendo o erro mais crasso pensar que a perfeição do corpo é necessária para a prática correta do Yoga, quando na verdade o Yoga, assim nos mostram os Sutras, é uma disciplina que trabalha a mente, sendo que o corpo é apenas um meio para o correto desempenho do Yoga (FEUERSTEIN, 2001).

O Yoga ou Ioga é uma das seis escolas da filosofia hindu e, segundo seus textos clássicos, teóricos e práticos, seus praticantes atingem a concentração, meditação e por fim a autorrealização. Seus Sutras (ensinamentos das religiões da Índia, especialmente budismo, jainismo e hinduísmo) têm mais de dois mil anos de existência, explicam as práticas yogues sobre ética, meditação, posturas físicas e como lidar com as situações do cotidiano com lucidez e paz para alcançar a felicidade. Embora não se saiba quando exatamente os Sutras do Yoga foram escritos (estima-se que foi no século IV ou V a.C.), eles têm sua autoria ou sua compilação atribuída a um sábio chamado Pantajali e eles consistem no resultado de séculos de debates entre filósofos e praticantes do Yoga. Os cinco preceitos éticos do Yoga servem para os praticantes terem uma vida individual e social mais plena, sendo eles: a não violência (ahimsa), compromisso com a verdade (satya), não roubar (asteya), ter uma vida dedicada ao estudo e à

espiritualidade (brahmacarya) e não cobiçar (aparigraha) (PANTAJALI, 2017).

Além dessas cinco diretrizes acima citadas, também conhecidos como yamas, Adele (2021) soma mais cinco regras fundamentais, os niyamas, que são a autodisciplina, o contentamento, a introspecção, a pureza e a renúncia. Os yamas e niyamas devem ser observados como um voto por todos aqueles que praticam o Yoga e a meditação aspirando ao desenvolvimento pessoal.

O Yoga que hoje se pratica em parques e academias é na realidade uma prática milenar cujo objetivo é trabalhar o corpo e a mente de forma integrada, cujos exercícios ou posturas ajudam a controlar o estresse, a ansiedade e as dores físicas no corpo todo e particularmente na coluna. Sua prática regular melhora o equilíbrio mental, psicológico e físico promovendo uma sensação de bem-estar geral que aumenta a disposição e a saúde. O Yoga pode ser praticado sem nenhuma consequência danosa tanto por homens como por mulheres sejam crianças, jovens ou idosos. O Yoga consiste em uma sequência de posturas, contraposturas, respiração consciente, meditação e filosofia. A ideia é que o praticante chegue a desenvolver sua prática personalizada, de acordo com suas necessidades, estado de saúde, idade e estilo de vida (DESIKACHAR, 2019).

Stiles (2014) demonstra sequências simples de posturas do Yoga que podem ser exercitadas tanto por iniciantes quanto por praticantes mais experientes, as quais promovem a saúde e a felicidade combatendo desde artrite até fibromialgia. A autora enumera ainda os sete grandes benefícios do Yoga: físico, mental, psicológico, neurológico, intuitivo, criativo e conectivo.

Broad (2013) alerta que a despeito dos imensos benefícios da prática regular do Yoga tais como melhoria do humor, da criatividade e da saúde física e mental, existem riscos que não devem ser ignorados como certos movimentos que podem até matar, por isso deve-se ter cuidado com muitos embromadores carismáticos que se utilizam dessa filosofia apenas para auferir lucros de maneira inescrupulosa. Atualmente existem vários tipos

de yoga que seguem tradições diferentes, assim é possível escolher a linha mais adequada ao perfil de cada um.

Como se pode observar do exposto pelos autores incluídos neste referencial, os benefícios da meditação e do Yoga podem ser considerados ainda mais relevantes no ambiente empresarial, pois podem ajudar significativamente no enfrentamento do burnout, estresse e no alívio da pressão do dia a dia, tornando os funcionários mais receptivos às informações, ao aumento de produtividade, ao aprendizado de novas técnicas e a lidar com empatia com as demais pessoas influenciando, por conseguinte, o clima organizacional.

## **Metodologia**

De acordo com Ribas e Fonseca (2008, p. 6) “a pesquisa é uma atividade voltada para a solução de problemas. Assim, ela parte de uma dúvida ou de um problema, buscando uma resposta ou solução, com o uso do método científico”. Alinhado ao exposto, o survey, cujos resultados são apresentados e discutidos no próximo tópico, teve base qualitativo-quantitativa.

Segundo Gil (2019) este é um estudo exploratório porque seu objetivo foi proporcionar maior familiaridade com a questão do impacto da prática da meditação e do Yoga nas relações interpessoais e no clima organizacional de acordo com a percepção dos praticantes, o que envolveu um levantamento bibliográfico inicial e um survey.

Como instrumento de coleta de dados houve a elaboração de um questionário composto por perguntas fechadas, para levantamento de informações, os quais foram aplicados a profissionais diversos que praticam yoga e meditação. Ainda segundo Ribas e Fonseca (2008, p. 11) “o questionário é a forma mais usada para coletar dados. Possibilita obter informações que dizem respeito, por exemplo, a quem são as pessoas, o que fazem, o que pensam, suas opiniões, sentimentos, esperanças, desejos etc.”.

A condição para participar do estudo foi que as pessoas fossem praticantes de yoga e meditação por pelo menos uma vez por semana durante uma hora de prática. Escolheu-se, por conveniência, uma escola de Yoga localizada na cidade de Florianópolis/SC. A seleção desse público-alvo para análise deu-se em virtude de antes da prática de yoga ser reservado um tempo específico para meditação, além do fato de os praticantes dessa escola trabalharem durante o dia em diversas profissões, como, bancários, servidores públicos estaduais e federais, além de profissionais de empresas de setores variados. Registra-se que, por se tratar de um survey (pesquisa de opinião pública) com participantes não identificados, não foi necessário obter registro nem avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, motivo pelo qual não se apresenta o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética.

Os questionários foram construídos em um formulário eletrônico (Google Forms<sup>®</sup>), o que permitiu o envio do link para resposta por meio de um grupo de WhatsApp da escola, composto por cem alunos e se aguardou uma semana para fechamento dos questionários. Verificou-se que houve dezessete formulários respondidos (17%), todos avaliados e considerados válidos.

Os dados coletados por meio do questionário foram tabulados e analisados com base na frequência de resposta que variaram na escala Likert de 1 a 5, sendo 1 - Nunca/Não e 5 - Sempre/Totalmente. O questionário também contou com respostas de múltipla escolha (sim ou não).

O questionário foi dividido em dois blocos, cada um com dez questões. A primeira parte teve como objetivo identificar se o respondente possuía atividade laboral, como era a sua interação em equipe, quais estímulos recebia no ambiente de trabalho e como respondia a eles. As questões da segunda parte do questionário visaram a identificar se o entrevistado praticava meditação ou yoga, a frequência da prática, quais os benefícios da prática que o entrevistado sentiu e quais os benefícios eram percebidos e aplicados fora do ambiente de meditação e/ou yoga.

Após o recebimento desses questionários as respostas foram tabuladas e analisadas, tratou-se, portanto de uma pesquisa de opinião, cujos resultados são apresentados em forma de tabelas e analisados quantitativamente.

### Análise dos dados coletados

Com relação aos dados do primeiro bloco de questões, o qual foi direcionado à atividade laboral, 100% dos entrevistados relataram que executam atividades que requerem concentração, sendo que 82% informaram que seu trabalho exige muito ou totalmente entregas de alto desempenho e que a capacidade de resiliência é fundamental, como demonstrado na Tabela 1.

Esses dados demonstram a exigência de entrega e de eficácia que os profissionais encaram no ambiente de trabalho. Além de necessitarem estar concentrados nas suas atividades diárias para poderem contribuir com resultados de alto desempenho.

Tabela 1 - Questões Relacionadas à Atividade Laboral

Pergunta	Não (1)	Muito Pouco (2)	Razoavelmente (3)	Muito (4)	Totalmente (5)
Você executa trabalho que exige concentração?				30%	70%
Você executa trabalho que exige entrega de alto desempenho?		6%	12%	12%	70%
Você executa trabalho onde a capacidade de resiliência é fundamental?			6%	18%	76%
No seu ambiente de trabalho as atividades dos membros da equipe são relacionadas?			23%	35%	42%

No seu ambiente de trabalho as atividades são realizadas de forma cooperativa entre os membros da equipe?		12%	35%	12%	41%
No seu ambiente de trabalho há incentivo à competitividade entre os demais membros de uma equipe e/ou entre outras equipes?	41%	5%	18%	18%	18%
No seu ambiente de trabalho há ações de reconhecimento de desempenho?	24%	29%	29%	12%	6%
Como você avalia o clima de trabalho da sua equipe?		6%	41%	29%	24%

Fonte: pesquisa.

Quando analisamos os dados relacionados ao trabalho de equipe 77% informam que as atividades dos membros da equipe são muito ou totalmente relacionadas, no entanto apenas 53% relatam que as atividades cooperativas entre os membros são muito ou totalmente, ou seja, há uma lacuna entre ter o trabalho em equipe e ele ser exercido de forma cooperativa.

Com relação às ações de reconhecimento de desempenho apenas 18% concordam muito ou totalmente que existem e 53% avaliam como positivo (muito ou totalmente) o clima organizacional da equipe da qual fazem parte.

Quando verificamos que mais de 80% informaram que realizam atividades de alto desempenho e que exigem capacidade de resiliência e somente 18% percebem que há ações de reconhecimento (concordaram muito ou totalmente), é possível verificar que há uma percepção pelos entrevistados que a entrega não está proporcionalmente relacionada com o reconhecimento, o



que pode gerar insatisfação e conseqüentemente prejudicar o clima organizacional.

Quando analisamos os dados referentes ao segundo bloco do questionário, cujas questões foram relacionadas à prática de meditação e/ou yoga e como os entrevistados se sentem após a prática, 100% se sentem muito frequentemente ou sempre relaxados, o que demonstra a associação da prática ao relaxamento do corpo e da mente.

Ainda no aspecto relaxamento e nas sensações de estar presente no aqui e agora, se sentir mais amoroso e empático, e sentir sua respiração mais calma e controlada, 94% relatam se sentir muito ou sempre com essa sensação após a prática de atividades meditativas. Com base nesses dados percebemos que após a realização de meditação e/ou yoga o praticante percebe benefícios com relação ao controle da mente e sensações de bem-estar.

Os dados coletados, portanto, validam o que os autores no referencial teórico relatam sobre os benefícios da meditação, isto é, que a meditação tem sido associada a um maior bem-estar físico, mental e emocional.

No entanto, com base nos dados, observamos que essas sensações são diluídas no decorrer do dia, quando o praticante retorna às suas atividades diárias. Isso porque 71% dos respondentes relataram muito ou sempre conseguirem manter a mente calma diante de situações estressantes, 88% conseguem (muito ou sempre) se perceberem quando estão fora do seu controle emocional e 65% conseguem, muito ou sempre, se manter no controle diante de situações estressantes no ambiente de trabalho.

Tabela 2 - Questões Relacionadas à Prática de Meditação e Yoga.

Pergunta	Nunca (1)	Muito Raramente (2)	Frequentemente (3)	Muito Frequentemente (4)	Sempre (5)
Após a sua prática de meditação e/ou yoga você se sente relaxado?				18%	82%
Após a sua prática de meditação e/ou yoga você se sente mais presente no aqui e agora?			6%	12%	82%
Após a sua prática de meditação e/ou yoga você se sente amoroso e empático?			6%	18%	76%
Após a sua prática de meditação e/ou yoga você sente sua respiração calma e controlada			6%	29%	65%
Você se considera um membro cooperativo da sua equipe de trabalho?		6%	12%	23%	59%
Você consegue manter a calma diante de momentos estressantes no seu ambiente de trabalho?	12%		17%	59%	12%
Você consegue se perceber quando está fora do seu controle emocional durante as suas atividades laborais?			12%	29%	59%
Como você avalia seu autocontrole em momentos estressantes durante as suas atividades laborais?	6%	6%	23%	42%	23%

Fonte: pesquisa.

Aos comparar os resultados dos dois blocos, atividade laboral e a prática de atividades meditativas, observa-se, com base nos

dados tabulados, que a grande maioria dos respondentes, executa atividades que exigem concentração (100%), entrega de alto desempenho (80%) e que suas atividades laborais são relacionais com os demais membros da equipe (77%). Percentuais similares são apresentados quando questionados sobre as atitudes de autocontrole diante de situações estressantes (71%), que necessitam de calma e concentração (65%) e autoconhecimento (88%).

No entanto, observa-se que os benefícios da prática meditativa, sentimento de calma, amorosidade e empatia, acabam se diluindo no decorrer dos dias após a prática e que os entrevistados (18%) não percebem que são reconhecidos pela empresa diante das suas entregas, o que pode estar refletindo numa percepção não muito positiva com relação ao clima organizacional da equipe da qual fazem parte (53%).

### **Considerações finais**

Ao concluir esta pesquisa, conseguiu-se responder afirmativamente que a prática regular de meditação influencia nas relações interpessoais e no âmbito profissional, contribuindo para a melhoria do clima organizacional.

Verificou-se que os praticantes, após a realização da prática meditativa, se percebiam como pessoas mais calmas, amorosas e com maior sentimento de empatia em relação ao próximo. Percebeu-se também uma maior autoconsciência dos praticantes quanto ao seu estado emocional, como, por exemplo, a autopercepção que estão fora do controle, o que já é uma grande conquista no ambiente corporativo, pois o conhecimento de como nos sentimos já é um passo importante para a mudança de comportamento.

Assim, sugere-se para próximos trabalhos científicos a aplicação de pesquisas em empresas que disponibilizam meditação dentro da jornada de trabalho, pois assim, os benefícios serão percebidos logo após a realização da prática e com impacto mais direto no clima organizacional.

Diante do exposto, observamos que a meditação traz ao praticante serenidade, desaceleração da mente, além de estimular a empatia, aspectos, estes, que auxiliam os funcionários a reduzirem o ritmo imposto pelas organizações e aumentar sua conexão consigo mesmo e com o próximo, assim, contribuindo de forma mais assertiva com a entrega de resultados sustentáveis à organização.

É importante reconhecer a limitação do trabalho em virtude de sua pequena amostra que não permite generalizar os resultados obtidos, isto, porém não invalida os resultados obtidos, uma vez que a proposta inicial não previa a obtenção de amostra estatística.

Por fim, cabe ressaltar que a prática de meditação não é a única forma de melhoria do clima organizacional, mas sim, uma opção que, quando realizada de forma frequente pelos funcionários, tende a contribuir de forma positiva, considerando que o praticante se autopercebe com maior sentimento de calma, empatia e amorosidade, além de contribuir com o autoconhecimento do funcionário.

## Referências

- ADELE, Deborah. **Yamas e Niyamas: a ética do Yoga**. São Paulo: Mantra, 2021.
- BASTOS, A. V. B., & BORGES Andrade, J. E. B. Padrões de comprometimento com o trabalho em diferentes contextos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas (FGV)**, 42, (2), 31-41, 2002.
- BLIESE, P. D., & CASTRO, C. A. (2000). Role clarity, work overload and organizational support: multilevel evidence of the importance of support. **Work and Stress**, 14, 65-73, 2000.
- BROAD, William J. **A moderna ciência do Yoga: os riscos e recompensas**. Rio de Janeiro: Valentina, 2013.

CAMPAYO, Javier; DEMARZO, Marcelo. **Manual prático mindfulness**: curiosidade e aceitação. São Paulo: Palas Athena, 2015.

CARLSON, R. **Não faça tempestade em copo d'água no trabalho**: maneiras simples de minimizar o estresse e o conflito enquanto aproveita o melhor de si e dos outros. Rio de Janeiro: Rocco Digital, 2021.

RIBAS, C. C.C.; FONSECA, R. C. V. **Manual de metodologia**: Curitiba: OPET, 2008.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gerenciando pessoas**: como transformar gerentes em gestores de pessoas. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

COSENZA, Ramon. M. **Neurociência e mindfulness**: meditação, equilíbrio emocional e redução do estresse. Porto Alegre: Artmed, 2021.

DAVIDSON, R. J., KABAT-ZINN, J., SCHUMACHER, J., ROSENKRANZ, M., MULLER, D., SANTORELLI, S. F., URBANOWSKI, F., HARRINGTON, A., BOUNS, K., & SHERIDAN, J. F. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. **Psychosomatic Medicine**. 65, 564-570, 2003.

DENARDO, Thierry Alexandre Guerra Bacciotti. **Análise da prática de meditação em duas escolas do município de Rio Claro - SP**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2013.

DESIKACHAR, T. K. **V.O coração do Yoga**: desenvolvendo a prática pessoal. São Paulo: Mantra, 2019.

FEUERSTEIN, Georg. **A tradição do Yoga**: história, literatura, filosofia e prática. São Paulo: Pensamento, 2001.

FIORELLI, José Osmir. **Psicologia para Administradores**: integrando teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2019.

GOLEMAN, Daniel. **A arte da meditação**: um guia para a meditação. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.

GOLEMAN, Daniel; DAVIDSON, Richard J. **A ciência da meditação**: como transformar o cérebro, a mente e o corpo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2017.

HERMÓGENES, José. **Yoga para nervosos**: aprenda a administrar seu estresse. 51<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2016.

KABAT-ZIN, Jon. **Meditação é mais do que você pensa**: descubra o poder e a importância do mindfulness. São Paulo: Academia, 2019.

LANIER, Jaron. **Dez argumentos para você deletar agora suas redes sociais**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2018.

LEHRHAUPT, Linda; MEIBERT, Petra. **Mindfulness-based stress reduction**: the MBSR program for enhancing health and vitality. Novato (CA): New World Library, 2017.

MASETTI, Jonas. **Yoga & Vedanta**. Rio de Janeiro: Vidya-mandir, 2015.

NEFF, Kristin; GERMER, Christopher. **Manual de mindfulness e autocompaixão**: um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo. Porto Alegre: Artmed, 2019.

OSHO. **Aprendendo a silenciar a mente**. São Paulo. Sextante, 2002.

PACKER, Maria L. O que é meditação? **Jornal do Yoga**. Joinville, n. 65, p. 9, 2<sup>o</sup> semestre 2013.

PANTAJALI. **Os Yoga Sutras de Patanjali**: texto clássico fundamental do sistema filosófico do Yoga. São Paulo: Mantra, 2019.

PUENTE-PALACIOS, Katia; VIEIRA, Rafaella de Andrade; FREIRE, Raphael Andrade Nunes. O impacto do clima no comprometimento afetivo em equipes de trabalho. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 311-322, ago. 2010 .

QUEIROZ, Marcos Aurelio Campos de; SIQUEIRA, Benjamim de Souza; FIGUEIRDO, Daniele de Moura; NOVAES, Juliane Furtado. Gestão de Pessoas e Clima Organizacional: práticas adotadas pelas empresas brasileiras para a valorização dos colaboradores. **XXV Enegep**. XXV Encontro Nac. de Eng. de Produção. Porto Alegre, 29 out a 01 de nov. de 2005. p. 1873-1880.

RICARDO, Wanderleia Abril Ramos. **Gestão do clima organizacional**. Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes, 2004.

SANDRIN, Luciano. **Burnout**: como evitar a síndrome de esgotamento no trabalho e nas relações. São Paulo: Paulinas, 2019.

SHAPIRO, S. L., Schwartz, G. E., & Santerre, C. Meditation and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), **Handbook of positive psychology** (pp. 632-645). New York: Oxford, 2005.

STILES, Tara. **A cura pelo Yoga: rotinas simples para superar mais de 50 problemas de saúde e viver livre da dor.** São Paulo: Pensamento, 2014.

TRUNGPA, Chogyam. **Trabalho, sexo, dinheiro: o sagrado na nossa vida diária e o caminho da atenção plena.** São Paulo: Cultrix, 2014.

SAVIOLI, Gisela. **Estresse, ansiedade e depressão.** Cachoeira Paulista: Canção Nova, 2019.

SHORS, Tracey. **Os traumas do dia a dia: como blindar seu cérebro contra o estresse e a ansiedade.** São Paulo: Melhoramentos, 2021.

SOPEZKI, Daniela, TATTON-RAMOS, Tiago Pires; BARROS, Víviam Vargas de. **Mindfulness: Um guia para o autoconhecimento.** Rio de Janeiro: Alta Life, 2021.

WILLIAMS, Mark; PENMAN, Danny. **Atenção plena - mindfulness: como encontrar a paz em um mundo frenético.** Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

## AS LEIS TRABALHISTAS MUDARAM! - IMPACTOS DA PRECARIZAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

Maria de Lurdes Costa Domingos  
Rodrigo Cardoso Viana

### **Resumo**

As políticas neoliberais representam um retrocesso em relação às históricas conquistas de direitos do trabalho, garantidos pelo estado e incluídos na Constituição Federal para proteger a saúde e segurança do trabalhador durante suas atividades laborais. Este artigo objetiva discutir os impactos da precarização laboral no setor de saúde e segurança do trabalho. Foi realizada uma revisão bibliográfica e a transformação na legislação brasileira analisando os seguintes documentos: Lei 13.467/17 (Reforma Trabalhista), Alteração da Lei 6.019/74 (Trabalho Temporário) em 2017, Lei Nº 13.429/2017 (Lei da Terceirização), Emenda Constitucional Nº 6/2019 (Reforma da Previdência) e a Reformulação das Normas Regulamentadoras do Trabalho (NR's). Os resultados demonstram que as mudanças na legislação do trabalho entre 2017 e 2022, provocaram impactos negativos na saúde e segurança do trabalhador, com inúmeros direitos desvirtuados, sendo a saúde transformada em mercadoria pela política neoliberal.

### **Introdução**

Após décadas de luta para obtenção dos direitos trabalhistas consolidados, iniciou-se, a partir de 2017, sob a batuta dos governos



neoliberais, a aprovação de pautas devastadoras para os trabalhadores. Políticas arbitrárias implementadas pelos governos Temer e Bolsonaro tornaram-se uma ofensiva aos direitos sociais e trabalhistas conquistados em décadas, mudando o curso das tendências de criação de empregos formais. Para discutir esta mudança, na primeira parte deste artigo faremos um breve histórico desde a obtenção dos primeiros e escassos direitos trabalhistas, à época da escravidão, até à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garantindo vários benefícios aos trabalhadores. Na segunda parte, analisamos dados da legislação: Lei 13.467/17 (Reforma Trabalhista), Lei 6.019/74 (Trabalho temporário), Lei Nº 13.429/2017 (Lei da Terceirização). Também serão discutidas as novas regras da reforma da previdência e as normas regulamentares do trabalho. Na terceira parte está a metodologia, seguida, na quarta parte pelos resultados, discussão e considerações finais.

### **Direitos do trabalhador no Brasil: conceituação e evolução**

Segundo Koval (1982), a economia brasileira desenvolveu-se desde o início em estreita dependência do mercado capitalista, em condições de trabalho e vida extremamente precárias. Os senhores “patrões” reduziam ao extremo as despesas com o trabalho escravo, cuja vida era desperdiçada. O escravo não alcançava dez anos de trabalho e sua mortalidade ultrapassava em quase três vezes a do nascimento.

Silva (2020) afirma que a economia colonial escravista criou as bases para a acumulação de capital que se desenvolveria a partir do final do século XIX, introduzindo o trabalho assalariado em substituição ao do escravo. A delonga seguiu a mentalidade conservadora e autoritária das classes dominantes brasileiras, contrárias à introdução de uma legislação social e trabalhista. Prova disso é a continuidade do trabalho escravo após a declaração da independência nacional em 1822. Após a abolição da escravatura, a situação econômica dos trabalhadores não melhorou, até reduziu

salários em função do excesso de mão-de-obra existente. Segundo Silva, os primeiros direitos trabalhistas no Brasil ocorreram em 1890, com a fundação de eventos marcantes, dentre eles: O Congresso do Partido Socialista Operário (1896); O primeiro Congresso Operário Brasileiro (1906) que abordou temas como a greve, direitos e proteção dos trabalhadores, manifestação política contra o capital, dentre outros; A Confederação Operária Brasileira (1908), promotora de uma organização sindical com mais de 50 sindicatos espalhados pelo Brasil; A regulamentação por decreto do trabalho infantil e feminino (1917).

Silva destaca que os anos de 1920 foram intensos em greves, realizadas concomitantemente aos avanços do capitalismo no país. A década de 1930 inaugurou uma nova etapa na luta de classes com o reformismo liberal-burguês de Vargas, ao mesmo tempo em que se construiu uma legislação de controle sindical e se outorgou leis trabalhistas que contemplavam as massas trabalhadoras em suas reivindicações grevistas. Outras conquistas da época foram à criação do salário mínimo nacional como patamar básico de remuneração (1940), atendendo a uma das mais antigas reivindicações dos trabalhadores, a promulgação do Decreto-Lei nº 5.452 e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (1943), reunindo leis sobre o direito individual do trabalho e os direitos coletivos e processuais do trabalho. Nos anos seguintes, afirma Silva, houve o crescimento das lutas sociais no país, buscando garantir o que foi conquistado e conseguir melhores condições.

Na década de 60 ocorreu o ápice das lutas de classe com a criação do Comando Geral dos Trabalhadores (CGT), culminando, no ano seguinte, com a conquista do 13º salário (1961). As conquistas não eliminaram conflitos entre classes, com milhares de trabalhadores presos durante protestos de reivindicação de direitos. Em 1964, com a ascensão dos movimentos da classe trabalhadora e o aumento dos conflitos sociais e políticos, o país sofreu um duro golpe com a implantação de uma ditadura civil-militar. Isto intervém de maneira radical nos movimentos, freando as lutas dos trabalhadores para impor reformas que permitissem avanços sociais,

políticos, econômicos e culturais nem sempre benéficos para eles. Na verdade, o golpe civil-militar, foi também o início da retirada de direitos dos trabalhadores. A criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) (1966), garantia de indenização em caso de demissões, foi, à época, um instrumento para retirar a estabilidade do trabalhador garantida pela CLT após 10 anos de serviço. O FGTS foi funcional para as classes dominantes, por aumentar a rotatividade dos trabalhadores e, conseqüentemente, reduzir os salários, tônica dos anos subsequentes.

Para Marini (2000), no início da déc. 70, dados da Fundação Instituto de Investigações Econômicas da Universidade de São Paulo, mostram que a rotatividade dos trabalhadores chegou a alarmantes 72% na indústria automobilística e 63% na indústria eletroeletrônica e metalúrgica, considerados ramos “dinâmicos” da economia brasileira. Nesta década, afirmam Lara e Silva (2015), o movimento sindical renasceu em meio às greves na região do Grande ABC, em São Paulo, após o golpe militar, o arrocho salarial e a subordinação da economia nacional aos interesses do capital estrangeiro. Dali em diante, os sindicatos lutaram por melhores salários e condições de vida, em pautas sindicais para democratização do país.

Em 1987, as greves tomaram grandes proporções, atingindo 35 milhões de trabalhadores com milhares de horas de jornadas de trabalho paralisadas (ANTUNES, 2000). Silva (2020) observa que na esteira da explosão das greves, em 1988 foi convocada a Assembléia Nacional Constituinte (ANC), envolvendo movimentos sindicais e sociais e tendo a Central Única dos Trabalhadores (CUT) como maior expressão. A ANC atuou para aprimorar a Constituição Federal de 1988, incluindo itens da CLT tais como: redução da jornada de trabalho de 48 para 44 horas, licença paternidade de cinco dias, licença maternidade de quatro meses para as gestantes, férias com 1/3 de adicional, horas extras com 50% de adicional sobre a hora normal, previdência social assegurada por um sistema de seguridade social, igualdade de direitos entre trabalhadores rurais e

urbanos, instituição do seguro desemprego e multa de 40% em demissão imotivada, dentre outros.

Petras (1999), observa que em 1990, o empresariado iniciou um movimento objetivando a redução dos direitos trabalhistas. O livro “Livre para crescer: proposta para um Brasil moderno” publicado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), estava alinhado com o ideal liberal em ascensão no mundo e no Brasil, visando a reconcentração de capital e a regressão dos direitos sociais. O documento defendia o trabalho aos domingos, a livre negociação dos direitos trabalhistas e a ampliação da jornada de trabalho para 48 horas, um regresso aos tempos da ditadura. Adicionalmente, em 1993, empresários pressionaram o governo para promover mudanças nas legislações trabalhistas, sob justificativa de redução de custos para concorrer com a mão-de-obra barata em países subdesenvolvidos e marginalizados (SILVA, 2020). Em 1994, coube ao governo iniciar propostas para um processo de privatização e reestruturação das empresas. Para a classe trabalhadora iniciou-se a desmontagem dos direitos trabalhistas e conseqüente precarização da mão-de-obra, construídos após décadas de luta sindical (ANTUNES, 2000).

Para Cardoso (1998), a ascensão ao governo do Partido dos Trabalhadores (PT) nos anos 2000 é um símbolo de resistência da classe trabalhadora para impedir mais retrocessos. Com um governo voltado para as políticas trabalhistas, foram introduzidas legislações que expandiram os direitos do trabalho como a política de valorização do salário mínimo, que proporcionou o aumento do poder de compra dos salários de milhões de brasileiros, e a valorização e enriquecimento das normas trabalhistas, que visavam maior proteção à Saúde e Segurança do Trabalhador (SST). Este período fértil se prolongou até 2016. Com a destituição da presidenta do país, representante do PT à época, ascenderam ao poder novos governos que iniciaram uma série de medidas que levaram à precarização da mão-de-obra e do trabalho, tais como: a reforma trabalhista (lei 13.467/2017), que representou um retrocesso para os trabalhadores devido às limitações aos seus

direitos; a lei da terceirização (lei 13.429/2017), que permitiu a terceirização irrestrita de qualquer atividade; a reforma previdenciária (emenda à constituição (PEC) nº 6/2019): que simbolizou um pacote de ações que modificou os benefícios previdenciários dos trabalhadores; A reformulação das normas regulamentadoras (NR's) do trabalho, que suprimiu normas de segurança e de saúde protetoras do trabalhador.

Fatos históricos permitem afirmar que a legislação trabalhista brasileira foi conquistada pela ação organizada dos trabalhadores em defesa de melhores condições de vida e trabalho. Certas reivindicações foram legitimadas pelo poder público, mediador das relações entre as classes. No entanto, os últimos cinco anos foram cruéis para a classe trabalhadora devido às mudanças arbitrárias impostas na legislação.

## **Transformações na legislação do trabalho: o contexto da precarização**

### **Reforma Trabalhista: Da flexibilização à precarização do trabalho**

A lei 13.467/17, popularmente conhecida como reforma trabalhista, foi duramente criticada por trazer limitações aos direitos dos trabalhadores e por ferir princípios do direito do trabalho, representando um retrocesso nas leis laborais (LIMA, 2021). Os efeitos danosos da reforma trabalhista realizada no Brasil têm paralelos em trabalhadores de outros países, que seguem os mesmos princípios neoliberais. Thebaud-Mony (2011) avalia a legalização do trabalho temporário (1972) e da terceirização (1975) na França, observando que as leis colocaram em perigo mais de um século de proibição de intermediação de mão-de-obra, já que permitiam às empresas operar através da subcontratação de trabalhadores intermitentes e independentes. Thebaud-Mony afirma que, justificada por dirigentes industriais, as mudanças eram necessárias à "modernização da organização do trabalho", o que corresponde, na

realidade, a uma desorganização do trabalho e das relações salariais, apoiada pelos poderes públicos locais à época.

Passos e Lupatini (2020), descrevem que reformas com os mesmos objetivos foram adotadas na Espanha. Com a implementação das reformas de 2012 a 2016 no país, houve uma diminuição da taxa de desemprego de 22,5% para 18,6%. Contudo, a precariedade nas relações de trabalho, com o aumento das desigualdades sociais e o crescimento das relações de trabalho informais, também ficou evidente. Os autores vêem similaridade entre a legislação trabalhista espanhola e a brasileira. Aqui, o pacote de reformas para “modernizar” as leis trabalhistas foi justificado pelos governantes com argumentos que incluem redução dos índices de desemprego e de informalidade nas relações de trabalho, promoção do desenvolvimento econômico e flexibilização das contratações, mas isso não ocorreu.

Ocorrida no plano institucional brasileiro por meio da aprovação da Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017, a reforma trabalhista gerou transformações na organização do trabalho e nas relações trabalhistas, com uma série de alterações no conjunto da estrutura legal que norteia e baliza as relações de trabalho no país (LOPES et al., 2020). A partir daí, as relações contratuais, jornadas laborativas, direitos e obrigações trabalhistas foram firmados nos seguintes pilares: a supremacia das negociações entre empregados e empregadores sobre as normas trabalhistas; a expansão das atividades terceirizadas (terceirização das atividades de meio e fim); a amplitude dos contratos de trabalho e jornadas de trabalho ajustáveis e; limites ao acesso e atuação da Justiça do Trabalho. (MARTINS; FERES; BELUZZI, 2017).

A reforma também aumentou a informalidade, estimulando a migração de trabalhadores formalmente contratados para o mercado informal, sem garantias laborais previstas na CLT e sem as proteções previdenciárias. (FEITOSA e CARVALHO, 2022). Portanto, sob a ótica dos trabalhadores, a reforma trabalhista brasileira não apresentou avanços. Ao contrário, gerou perda substancial de seus direitos fundamentais. Promoveu-se melhoras

para consolidar os interesses imediatos do empresariado, representando um capítulo decisivo de retração ao que foi construído historicamente na regulamentação e direitos trabalhistas do país. (PASSOS e LUPATINI, 2020).

### **A Lei da Terceirização: O caminho até à “Uberização” do trabalho**

Marcelino e Cavalcante (2012), definem que a terceirização é todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta, cujo objetivo último é a redução de custos com a força de trabalho ou a redução de conflitos trabalhistas. Ou seja, é a relação em que o trabalho é realizado para uma empresa, mas contratado de maneira imediata por outra.

Para Feitosa e Carvalho (2022) a terceirização permite ao empregador usar indiscriminadamente mão-de-obra contratada por interposta pessoa. As vedações previstas na lei para a terceirização de serviço são poucas e as empresas não se prestam a coibir fraudes ou à completa desvirtuação da relação de emprego. A atividade terceirizada permite a realização de contratos ajustáveis à conveniência do empregador, suprimindo a representação sindical e contribuindo para o fim do pluralismo do sindicato. Deste modo, a terceirização de atividades meio e fim provoca a diminuição dos direitos e a eliminação gradativa de responsabilidades do empregador, ocasionando, como efeito desse processo a precarização das relações de trabalho, cujos desdobramentos são: redução salarial, piores condições de trabalho, dentre outras. (MARTINS; FERES; BELUZZI, 2017).

Outro marco da terceirização para estimular a fraude ao vínculo de emprego é a denominada “pejotização”. Ao invés de cumprir a legislação laboral registrando empregados, com o fito exclusivo de não pagar encargos e parcelas remuneratórias, cria-se uma pessoa jurídica (PJ) para simular a prestação de serviço do suposto sócio da empresa (FEITOSA e CARVALHO, 2022). Experiências que substituem contratos de trabalho com garantias

por contratos de trabalho precarizados, sem estabilidade e direitos trabalhistas, tornam a vida do trabalhador cada vez mais precária.

O processo predatório do capital no Brasil passou a adotar os métodos de precarização do trabalho sob a alegação de modernização, defendendo a “Internacionalização do capital”, “Liberdade” e “Livre mercado”. Hirsch e Silva (2021), afirmam que o neoliberalismo procura justificar que para o Brasil acompanhar os movimentos globais da “modernidade” é necessário um sistema jurídico adequado a uma nova economia mundial e um Judiciário que se subordine ao mesmo ideário. A “uberização” representa um dos modos de operação do neoliberalismo no movimento global do trabalho.

Segundo Franco e Ferraz (2019), o processo de “uberização” é um regime de trabalho muito precarizado, por não ser uma relação de trabalho formal. O trabalhador recebe apenas quando tiver plenas condições de saúde. Se adoecer, ficará sem renda para sua subsistência. Ainda assim, a “uberização” é fundamento defendido pela corrente liberal, garantido nos chamados princípios fundamentais, no Art. 1º, IV, da Lei Fundamental.

No entanto, é bom lembrar, que os direitos sociais que constituem uma importante chave para a manutenção de um estado democrático não são considerados neste modelo. São direitos sociais na Constituição a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade à infância, a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988). Portanto, frente ao avanço liberal, o estado deveria ter o dever de zelar pelo direito à SST, mas não o faz.

Hirsch e Silva (2021) afirmam que por mais que o estado crie leis que possibilitam direitos básicos, é essencial que crie também políticas públicas específicas, conjuntamente com políticas universais, para favorecer aqueles que são mais afetados pelo poder das classes dominantes. Cabe ao poder público, por exemplo, o dever de fornecer tratamentos, quaisquer que sejam, para efetivação do direito fundamental à SST. Além disso, é



essencial que exista fiscalização do estado para regulamentar e exigir o cumprimento de deveres de proteção à classe trabalhadora.

### **Reforma Previdenciária: Nova variante da “PEC da maldade”**

Em 2019 foi proposto pelo governo do presidente Jair Messias Bolsonaro, através da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 6/2019, a reforma da previdência. Esta reforma foi justificada como necessária para que a previdência tivesse sustentabilidade no presente e para as futuras gerações, garantindo maior equidade e sua manutenção. A PEC propôs inicialmente mudanças terríveis e cruéis para os trabalhadores, por exemplo, a impossibilidade total de aposentadoria especial para aqueles que exercem atividades consideradas de caráter perigoso, sendo esta vetada durante a tramitação no congresso. Porém, uma série de mudanças perversas, de acesso a benefícios previdenciários foi aprovada, como: Ampliação do tempo de contribuição por tempo e idade; Diminuição do valor das aposentadorias; Mudanças nas alíquotas de contribuição previdenciária, obrigando a maiores contribuições; Aumento do tempo para conseguir aposentadoria especial, como atividades insalubres e perigosas, e por fim, a criação de regras de transição para aposentadorias. Cidadãos que estavam próximos de se aposentar precisaram se enquadrar em várias regras, o que significa trabalhar e contribuir por mais tempo do que era previsto para conseguir o direito à aposentadoria.

Lobato, Costa e Rizzotto (2019), afirmam que a reforma da previdência é implacável, radical e perversa com os trabalhadores do setor privado, trabalhadores rurais, mulheres e pobres. Considerando as desigualdades regionais de expectativa de vida, os novos critérios de tempo de contribuição e de idade mínima são extremamente duros. A expectativa de vida na PEC é de 76 anos para os brasileiros, quando se sabe que ela pode ser bem menor nas regiões mais pobres e na população com piores condições de vida, seja no meio rural, seja nas periferias das grandes cidades. A exigência de 20 anos de contribuição para a aposentadoria rural,

além de 60 anos para homens e mulheres, impede que os trabalhadores, em especial as mulheres, se aposentem.

### **Normas Regulamentadoras do Trabalho: Saúde e Segurança do Trabalhador é investimento, não custo!**

Os empresários e o governo do Presidente Bolsonaro se uniram para mudar as NRs, alegando que as normas em vigor, além de “bizantinas, anacrônicas e hostis”, dito pelo próprio presidente, geram custos para as empresas. Porém, as NRs têm por objetivo impor limites legais à exploração predatória da mão-de-obra e garantir a segurança dos trabalhadores em atividades que possam oferecer riscos à sua saúde (CUT, 2022). Essa é uma questão que merece atenção.

A Lei 13.429/2017, como vimos, liberou a terceirização para serviços de forma ampla e irrestrita. A NR 4 tem regras para a contratação dos profissionais do setor de SST que impedem sua terceirização, sendo assim, eliminar a NR abre caminho para a aplicação irrestrita deste modelo na área. Segundo a CUT, o governo atual quer revisar as NR's justamente por conta dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), permitindo que todos sejam terceirizados sem o mínimo de controle.

Esse não deveria ser um motivo para a revisão das normas. Para a Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (CONFETAM), a revisão deveria buscar maior efetividade na prevenção de acidentes e doenças, frente à persistência de elevados índices de acidentes de trabalho. Argumenta-se que o governo federal estabeleceu um processo questionável de revisão das NRs propondo eliminar 90% das exigências prescritas. Sob a ótica do governo, tais medidas são meras formalidades administrativas, revelando profundo descaso e banalização das situações de risco para milhões de trabalhadores. Outro ponto de discussão é a proposta de revogação do anexo 14 da NR 15, referente a riscos biológicos. Baseado em um parecer

tendencioso da Fundacentro, que reduz o escopo de proteção e descaracteriza a insalubridade dos ambientes de trabalho, relativiza-se o potencial de danos à saúde dos trabalhadores (CONFETAM, 2020).

## **Metodologia**

Esta pesquisa apresenta um enfoque qualitativo e descritivo. Utilizou-se de uma revisão bibliográfica fundamentada na legislação trabalhista, livros e revistas científicas. Na etapa de busca documental, foram utilizadas as palavras-chave Legislação Trabalhista, Precarização do Trabalho, Terceirização, Saúde e Segurança do Trabalho e Normas Regulamentadoras do Trabalho. Para a coleta de dados usou-se a pesquisa documental sobre fatos históricos brasileiros desde os primeiros direitos trabalhistas adquiridos até os dias atuais. Em seguida, usando o marco 2017, fez-se a análise e a revisão crítica da legislação trabalhista discutindo os impactos das mudanças para os trabalhadores brasileiros e a associação com a SST.

## **Resultados e discussão**

### **A Saúde e Segurança no Trabalho deixou de ser prioridade**

Durante o século XX a classe trabalhadora brasileira conquistou inúmeros direitos relacionados à SST, sendo o movimento sindical ator importante nesse processo e o governo, mediador da relação de classes (KOVAL, 1982; SILVA, 2020).

A partir dos anos 90, no entanto, trilhamos caminho inverso. A CONFETAM destaca que o anseio do governo brasileiro em eliminar a qualquer custo as normas regulamentadoras de SST é consequência da inclusão do país na proposta do capitalismo mundial neoliberal. Este processo fundamenta a precarização da legislação trabalhista em relação aos avanços constitucionais das décadas anteriores. Um novo marco dos direitos laborais do Brasil

foi estabelecido em 2017, com repercussões negativas na área de SST, advindas da ampla e irrestrita possibilidade de terceirização dos serviços (Lei nº 13.429) e da reforma trabalhista (Lei nº 13.467). Naquele ano, estas leis restringiram direitos trabalhistas e ampliaram a precarização das relações de trabalho, fundamentando boa parte das mudanças que tanto prejudicaram os trabalhadores (FEITOSA; CARVALHO, 2022). Os direitos laborais duramente atingidos a partir de 2017, tiveram sérias repercussões na área de SST com a aprovação das Leis nº 13.429 e nº 13.467 que, pautadas no discurso de criação de empregos, restringiram direitos trabalhistas e proporcionaram a precarização das relações de trabalho (FEITOSA; CARVALHO, 2022). Porém, a taxa de desocupação que foi usada para justificar a reforma trabalhista não impactou a queda nos índices de desemprego. Na verdade, em vez de benefícios, trouxe prejuízos para a vida geral do trabalhador e sua segurança em particular (PASSOS; PALADINI, 2020). As NRs do trabalho também entram nessa problemática. Elas balizam os procedimentos de trabalho das empresas, prevendo, da forma mais segura possível, doenças e agravos da atividade laboral à saúde do trabalhador. Porém, o governo, alheio à proteção do trabalhador, atua para liberar a restrição que impede a terceirização (Lei 13.429/2017) dos SESMT na NR4, evidenciando a redução de custos do empresariado neoliberal prioritariamente ao controle dos agravos à SST. Disso, decorrem outros problemas, destacados a seguir pela pesquisa.

### **Impactos nas Relações Trabalhistas e na Saúde e Segurança no Trabalho: Índícios atuais e perspectivas futuras**

Um dos objetivos da reforma trabalhista seria evitar o desemprego no país, frente à concorrência mundial. A taxa de desemprego no Brasil, no período de 2012 a 2014, alcançou números de 6% a 8%. O crescimento do desemprego iniciado em 2015, chegou ao patamar de 13,6% no primeiro semestre de 2017. A implementação da reforma trabalhista, não trouxe queda

significativa na taxa de desocupação, permanecendo esta em 11,8% no fim de 2017. Um ano após a reforma, em dezembro de 2018, o desemprego estava em torno de 12,4% (PASSOS; LUPATINI, 2020). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelaram taxa de desemprego no patamar de 14,7% no ano de 2021, excedendo o ápice de 13,6% no ano de 2015 (LIMA, 2020) demonstrando que este argumento não justificaria a reforma trabalhista.

A precarização do trabalho cresceu com a nova legislação trabalhista. Considerando os trabalhadores ocupados no Brasil, Passos e Lupatini (2020) afirmam que a precarização das relações de trabalho pode ser percebida na evolução do trabalho sem carteira assinada. O dito trabalho informal contempla efeitos negativos para os trabalhadores e para o sistema de proteção social. Os trabalhadores são excluídos da proteção social. Consequentemente, eles têm os seus direitos sociais reduzidos, como a perda de seguro desemprego e assistência previdenciária. Agravando a situação, a nova legislação também limitou a atuação da justiça do trabalho. A restrição do acesso à justiça para buscar possíveis reparações em danos à saúde, em decorrência da prevalência do negociado sobre o legislado e delimitações à concessão de gratuidade judiciária, visando limitar a isenção de custas processuais e honorários advocatícios sucumbenciais são pontos destacados pelos autores.

Sobre a supressão dos direitos trabalhistas Lopes et. al. (2020), destacam os seguintes impactos e desdobramentos da desregulamentação: 1) Flexibilização dos contratos de trabalho: em vez de estimular o aumento de novos contratos de trabalho, opera-se, na prática, formas de contratos mais precários e atípicos, com favorecimento de trabalhos insalubres e danosos à SST. 2) Jornadas de trabalho extensas: o trabalhador não tem qualquer possibilidade de gestão do tempo de trabalho, devendo se adaptar às jornadas, interrupções e aos intervalos determinados pelo funcionamento da produtividade e maximização de lucros. A adaptação aos ritmos de trabalho contemporâneo se configura em grave ameaça à saúde,

visto que são ignorados o ritmo e o tempo do trabalhador, forçando-o a se ajustar de forma unilateral e sem contrapartida às jornadas definidas pelo empregador para manutenção do seu trabalho. 3) Empobrecimento das normas e regras de saúde e segurança: diminuição e flexibilização de normas-padrão de segurança para diferentes categorias e condições específicas de trabalho ameaça gravemente a vida, a saúde e a segurança dos trabalhadores em geral, sendo até mais grave para certos grupos. Por exemplo, a autorização para trabalhadoras grávidas e/ou amamentando serem submetidas a condições insalubres. 4) Reforma Previdenciária - aposentadoria com aumento da idade e tempo de contribuição: o trabalhador precisa de mais idade e maior tempo de contribuição para conseguir se aposentar, e em alguns casos, o valor da aposentadoria pode diminuir, se os tempos estabelecidos são descumpridos. A extensão de tempo para aposentadoria e do aumento de tempo de contribuição são flagrantes ataques à qualidade de vida do trabalhador que, além de não poder mais descansar, entrará numa faixa etária onde normalmente as doenças se agravam.

Sobre os idosos e beneficiários da previdência, Lobato, Costas e Rizotto (2019), destacam riscos de agravamento das condições de vida desta população e das mulheres em especial. Lopes et. al. (2020), defendem que as mudanças que intensificaram os ritmos e tempos de trabalho, tiveram vários impactos: reduziram o valor da força de trabalho, fizeram crescer o sentimento de insegurança social num mercado com altas taxas de informalidade, rotatividade, baixos salários e desemprego, e criaram mecanismos para promoção de uma menor qualidade de vida dos trabalhadores, com conseqüente diminuição das regras e procedimentos relacionados à SST.

Por fim, acerca dos impactos em SST, Feitosa e Carvalho (2022) destacam que o trabalho em excesso leva à exaustão, motivo pelo qual, por força de convenções internacionais de trabalho, promove-se o combate às jornadas exaustivas, que, no Brasil, configuram-se em condições análogas à escravidão. Portanto, em vez de avanços,

a reforma trabalhista e seus desdobramentos ofereceram imensos retrocessos!

### **Considerações finais**

Este artigo buscou demonstrar a importância do direito à saúde e segurança do trabalhador, visto ser ela uma garantia prevista na Constituição Federal Brasileira, devendo ser efetivada de forma completa pelo Estado. Nosso objetivo foi discutir os impactos da precarização laboral em SST, através de uma análise bibliográfica e legislativa no Brasil. Ressaltou-se que o processo evolutivo e histórico do direito do trabalho se ordenou pelas lutas iniciais dos movimentos operários e posteriormente por grupos organizados de trabalhadores, até alcançar uma gama de benefícios de grande relevância para os trabalhadores até hoje. No entanto, foi possível ver que, o discurso de excessiva flexibilização do empresariado neoliberal foi benéfico especialmente para este setor. Processos de terceirização, pejetização, “uberização” do trabalho, mudanças nas regras de assistência previdenciária, enfraquecimento das leis e normas trabalhistas, possibilidade de trabalhos temporários e sem garantias, dentre outros, foram retirados arbitrariamente do trabalhador. Mesmo contrárias aos direitos fundamentais dos trabalhadores, a partir de 2017, as mudanças foram favorecidas pelo poder público. Históricas questões sociais de direito dos trabalhadores deixaram de ser prioritárias oficialmente, através da implementação de transformações nas legislações trabalhistas.

O mecanismo de funcionamento da economia globalizada transforma a saúde do trabalhador em mercadoria a ser relativizada, com ganhos exponenciais financeiros pelo empregador em várias partes do mundo, mas no Brasil a situação é mais grave dadas as condições históricas de desigualdade social. O resultado são restrições ao acesso daquilo que deveria ser considerado algo intrínseco à cidadania, que é a garantia da saúde e segurança de todos.

O direito à saúde requer um conjunto de respostas garantidas através de políticas públicas efetivas e ações governamentais mais amplas, e não meramente formais e restritas às vias judiciais, que por várias vezes levam anos em trâmite para funcionar. Estudos que avaliem a credibilidade que os trabalhadores têm no estado, após a reforma da lei trabalhista de 2017 são interessantes. Definir os impactos da restrição dos direitos trabalhistas na SST podem orientar políticas públicas para minimizar os efeitos nefastos de processos de terceirização, uberização, pejetização e outros sistemas perversos de precarização do trabalho contemporâneo. Investigações sobre o impacto destes modelos na ocorrência de acidentes de trabalho podem gerar dados importantes para prevenir riscos ocupacionais e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

## Referências

- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Editora Boitempo, 2000.
- BRASIL, Constituição Federal. 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 12 out. 2022.
- CARDOSO, José Álvaro. **Golpe de Estado e imposição da política de guerra no Brasil**. Florianópolis: Isadora Bernardo Cardoso, 2018.
- CONFETAM, Confederação dos trabalhadores no serviço público municipal. **Nota da ISP sobre a revisão das normas regulamentadoras de saúde e segurança no trabalho**. 2020. Disponível em: <http://www.confetam.com.br/noticias/nota-da-isp-sobre-a-revisao-das-normas-regulamentadoras-de-saude-e-seguranca-no-8141/>. Acesso em: 13 out. 2022
- CUT, Central Única dos Trabalhadores. **CUT e centrais barram ataques a direitos em revisão de normas regulamentadoras**. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/cut-e-centrais>



barram-ataques-a-direitos-em-revisao-de-normas-regulamenta'do ras-b18a. Acesso em: 13 out. 2022

FEITOSA, C. O.; CARVALHO, L. A. **A desconstrução das garantias em segurança e saúde do trabalho com a Reforma Trabalhista de 2017**. 2022. Disponível em: <https://www.revistalaborare.org/index.php/laborare/article/view/128/129>. Acesso em: 10 Out. 2022.

FRANCO, David Silva; FERRAZ, Deise Luiza da Silva. **A Uberização do trabalho e acumulação capitalista**, Cadernos EBAPE.BR, v. 17, n. spe, p. 844–856, 2019.

HIRSCH, C.C.; SILVA, L. A. **Estudos universitários de direitos fundamentais**. 2021. Editora Direito Levado a Sério, Salvador.

KOVAL, Boris. **História do proletariado brasileiro (1857-1967)**. São Paulo: Editora Alfa Omega, 1982.

LARA; Ricardo; SILVA, Mauri Antônio. **A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil**. Serviço Social e Sociedade, n. 122, 2015. p. 275-293.

LIMA, A. T. **Reforma Trabalhista: Impactos na Inspeção e Ameaças à Preservação dos Princípios da Saúde e Segurança no Trabalho**. Monografia (Graduação em Direito) - Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2020, pag. 9.

LOBATO, L.V.C.; COSTA, A.M.; RIZZOTTO, M.L.F. **Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira**. 2019. EDITORIAL • Saúde debate 43 (120) Jan-Mar. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912000>. Acesso em: 08 out. 2022

LOPES, F. J. O.; SILVA, G. E.; SHIOZAKI, M. P.; FREITAS, S. M. P. **(De)forma trabalhista: flexibilização e precarização pela(s) perspectiva(s) da(s) psicologia(s) do trabalho**. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.48213>. Acesso em: 10 Out. 2022.

MARCELINO, P., & CAVALCANTE, S. (2012). **Por uma definição de terceirização**. CADERNO CRH, 25(65), 331-346.

MARINI, Rui Mauro. **Dialética da dependência**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARTINS, Ana Paulo Alvarenga; FERES, Lucas Prata; BELUZZI, Theodora Panitsa. **Reforma trabalhista e argumentos econômicos: o**

**Brasil entre dois projetos.** Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região, Campinas, SP, n. 51, p. 149166, 2017.

PASSOS, Saionara da Silva; LUPATINI, Márcio, 2020. **A contrarreforma trabalhista e a precarização das relações de trabalho no Brasil.** Rev. katálysis 23 (01). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p132>. Acesso em: 11 Out. 2022.

SILVA, M. A. da. **Aporte Histórico Sobre os Direitos Trabalhistas no Brasil.** SER Social, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 126–152, 2020. DOI: 10.26512/ser\_social.v22i46.23516. Disponível em: [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.23516](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.23516). Acesso em: 3 out. 2022.

THEBAUD-MONY, Annie (2011). **Precarization of labor and resistances to (re)gain workers' rights in France.** Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400003>. Acesso em: 11 out. 2022.



## CONTRIBUIÇÕES PARA APLICAÇÃO DA QVT NOS PROGRAMAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Gilson Cassiano de Góes Filho  
Oswaldo Luiz Goncalves Quelhas  
Maria de Lurdes Costa Domingos  
Gilson Brito Alves de Lima  
Níssia Carvalho Rosa Bergiante

### Introdução

Os ambientes de trabalho oferecem situações adversas de risco e tais condições podem trazer e trazem prejuízos à saúde dos trabalhadores. Esse estudo apresenta considerações sobre a perda da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), sucedidas pelas condições e ritmos de trabalho, em diferentes áreas de atuação profissional e ambientes de trabalho em vários países.

Os dados foram obtidos por meio de revisão bibliográfica sistemática de artigos científicos publicados nos últimos três anos, na base de dados Web of Science (WoS) e sistematizados pela Metodologia Methodi Ordinatio. A partir dessas experiências pretendemos discutir a importância dos programas de saúde e segurança do trabalho SST como ferramenta para promoção da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e a Qualidade de vida (QV), de forma a incentivar a disciplina, a organização, a produtividade e a responsabilidade coletiva.

Yung (2019) afirma que a qualidade de vida (QV) é de vital importância e por isso, nas últimas décadas, tem havido uma enorme preocupação com as condições de trabalho nos países em

desenvolvimento, e tem sido considerada e promovida para a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes do trabalho. Isso torna urgente a realização de pesquisas sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (HUANG, 2019)

A qualidade de vida relacionada à saúde (QRVS) inclui múltiplas dimensões que foram derivadas da avaliação de fatores importantes que afetam a vida das pessoas, incluindo o bem-estar psicológico, físico e funcional. QV é um termo amplo que aborda todas as facetas da vida humana, enquanto QVRS se concentra nas consequências da doença e principalmente o efeito do tratamento na QV ( ALMOGBEL, 2021).

São evidenciadas melhorias marcantes na qualidade de vida (funcionamento físico e mental) dos indivíduos após um evento traumático, quando são cuidados de forma adequada (ALPER, 2022). As estratégias de abordagem da QVT dos trabalhadores deve focar no revigoramento cognitivo.

O fortalecimento da confiança dos trabalhadores no ambiente que atuam e torná-los esperançosos, é fundamental para Selda (2021) porque enquanto a esperança evoca “independência, capacidade de adaptação, controle, imaginação”, a desesperança evoca a “sensação de estar preso, de impossibilidade e desespero” (SELDA, 2021, p.4).

Este trabalho defende a inevitabilidade da incorporação de programas de QVT aos programas da SST para a promoção da saúde e segurança do trabalho e o avanço real da qualidade de vida dos trabalhadores, aliados aos planos de desempenho das organizações.

### **Questão de pesquisa**

As ações e programas de SST executadas pelas organizações, podem estar mais direcionadas às metas de desempenhos de produtividade e financeiro, do que na melhoria total das condições de saúde, incluindo a qualidade de vida do trabalho.

## **Objetivo de pesquisa**

Apresentar a relação do ambiente de trabalho e a QVT dentro das organizações a fim de incorporar programas de QVT aos programas da SST para a promoção da saúde e segurança do trabalho, aliados aos planos de desempenho das organizações. Evidenciar por meio dos modelos de avaliação de QVT utilizados em diversos países, e publicados em periódicos nos últimos 3 anos, a importância da prevenção de acidentes utilizando métodos de avaliação da QVT nos programas de SST;

## **Originalidade e contribuição para a ciência e para a prática**

Em razão da necessidade das organizações estruturarem metas claras que vão ao encontro da Responsabilidade Social Corporativa (RSC) e de Desempenho Organizacional (DO), métodos de gestão existentes são cada vez mais desafiados, pois estes aspectos afetam os compromissos com a sustentabilidade. Este estudo reflete a importância da incorporação da qualidade de vida no trabalho (QVT) na construção de novos conceitos para a saúde e segurança do trabalho (SST), o adequado posicionamento frente à realidade da sustentabilidade, no âmbito empresarial, governamental e terceiro setor, para uma sociedade sustentável.

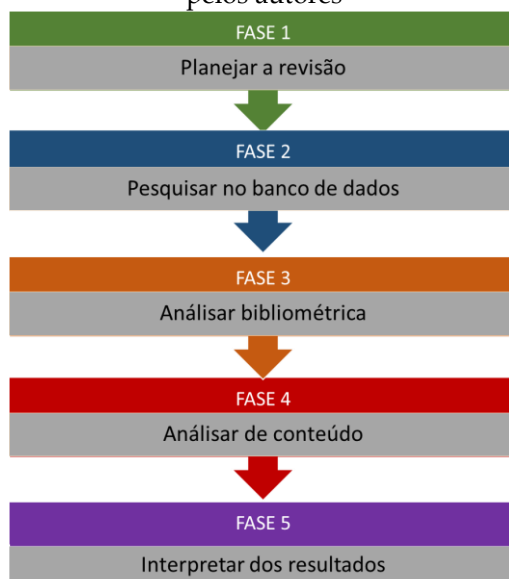
Busca-se enfatizar a necessidade de incorporar programas de QVT aos programas da SST na promoção da saúde e segurança do trabalho, aliados aos planos de desempenho das organizações, como meta de sustentabilidade organizacional.

## **Metodologia**

Esta pesquisa abrangeu uma revisão sistemática da literatura (RSL), que consolida os resultados de diferentes estudos sobre o tema abordado com o objetivo de alcançar maior compreensão e atingir um nível de desenvolvimento conceitual ou teórico. Para a realização do RSL, utilizou-se análises bibliométricas e de

conteúdo. A realização da análise bibliométrica teve o objetivo de identificar a evolução do tema pesquisado, descobrir os artigos e autores mais relevantes, países e instituições, para entender o ponto de desenvolvimento do tema. Seguindo as etapas do processo para um conteúdo qualitativo a análise envolveu: (1) delimitação da amostra de trabalhos; (2) avaliação das características formais dos artigos, que consiste em uma análise descritiva; (3) selecionar uma classificação e categorias para extração de dados; e (4) analisar a amostra usando o esquema definido. Foi elaborado um croqui de coleta de dados para facilitar a extração das informações, identificado na Figura 1. Por fim, os dados recuperados das análises bibliométricas e de conteúdo foram interpretados e discutidos (GONÇALVES, 2022).

Figura 1 - Fases gerais da Revisão Sistemática da Literatura. Elaborado pelos autores



O estudo foi desenvolvido com base na revisão sistemática de literatura e ordenação da relevância da literatura selecionada. A amostra da pesquisa, foi formada por artigos de perspectiva

interdisciplinar, disponibilizados gratuitamente, com estudos publicados nos últimos três anos em periódicos internacionais da base Web of Science. A coleta de dados ocorreu entre os dias 30 de setembro e 28 de outubro.

O processo de seleção das palavras-chave se identifica com o tema da pesquisa. Dois eixos de pesquisa foram utilizados, o primeiro deles contém o tema Occupational Health and Safety e o segundo tema Life Quality. Estas palavras foram utilizadas com o caracter “AND” na busca dos artigos na base de dados. Uma busca utilizando um eixo sustainability, utilizando os conectores, qualitative and descriptive, foi realizada no dia 28 de outubro para obter referências metodológicas.

O banco de artigos bruto compreendia a organização de quarenta e seis artigos em planilha, para decorrer o passo seguinte de seleção. Subseqüentemente, observou-se a repetição de algum artigo. Os resumos de todos os artigos foram lidos para verificar a harmonia com o tema da pesquisa. Essa primeira seleção descartou quinze artigos cuja temática estava desarmonizada com a proposta do estudo e outros quinze artigos, que não estavam disponibilizados para a leitura gratuita ou não possuíam Journal Citation Reports (JCR).

Os dezesseis artigos remanescentes foram selecionados para a etapa de classificação. A metodologia de revisão sistemática de literatura *Metodi Ordinatio* foi utilizada para orientação da busca, coleta, seleção e leitura sistemática dos artigos. Nesse método, os pesquisadores atribuem um valor ao coeficiente  $\alpha$  (alfa) que varia de 1 a 10, para determinar a importância do ano de publicação, onde o valor 1 considera pouco relevante e o valor 10 a maior relevância. A variável metodológica “ano de publicação” foi considerada de alta importância para a seleção e classificação dos artigos, e portanto, atribuiu-se o valor 10 para o ano de publicação. A classificação dos artigos é obtida pelo Índice *Ordinatio - InOrdinatio*, que utiliza a fórmula que indica a relevância dos estudos.



$$\text{InOrdinatio} = (\text{Fi} / 1000) + (\alpha * (10 - (\text{AnoPesq} - \text{AnoPub}))) + (\sum \text{Ci})$$

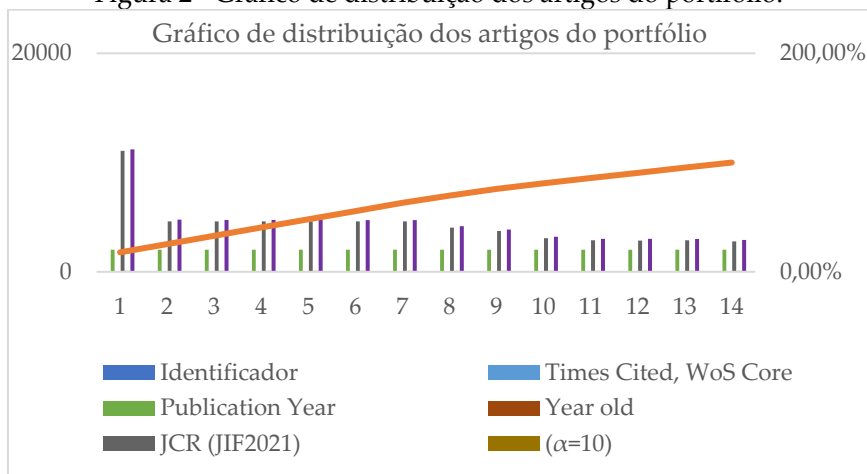
Onde:

- Fi = Fator de impacto da revista
- $\alpha^*$  = coeficiente atribuído pelo pesquisador à relevância do ano de publicação, podendo variar de 1 a 10
- AnoPesq – Ano de realização da busca nas bases de dados
- AnoPub = ano de publicação do artigo
- $\sum \text{Ci}$  = nº de citações do artigo

## Resultados

Análise bibliométrica dos Artigos do portfólio bibliográfico foi realizada utilizando-se: a) o grau de relevância dos periódicos; b) o reconhecimento científico dos artigos; c) o grau de relevância dos autores, e, d) as palavras-chave utilizadas. Estas informações estão demonstradas na Figura 2, onde pode-se observar a pontuação JCR, a quantidade de citações dos artigos publicados entre 2019 e 2022, e a pontuação do Methodi Ordinatio.

Figura 2 - Gráfico de distribuição dos artigos do portfólio.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os artigos foram classificados por ordem decrescente do InOrdinatio, sequencialmente foi aplicado o princípio de Pareto para verificação do peso de cada artigo do portfólio bibliográfico,

conforme Tabela 1. Nela se observa, na coluna WoS Categories, a evidência da temática interdisciplinar e a relevância dos artigos pelo número de citações e JCR dos periódicos.

Tabela 1 - Portifólio bibliográfico final.

Identificador	Article Title	Authors	Source Title	Times Cited, WoS Core	Publication Year	WoS Categories	Year old	JCR (JF2021)	(a=10)	Methodi Ordinatio
22	Validation of the Brief Thai Version of the Work-Related Quality of Life Scale (Brief THWRQLS)	Huang, XR; Chen, H; Long, RY; Li, SS	JOURNAL OF CLEANER PRODUCTION	8	2019	Green & Sustainable Science & Technology; Engineering, Environmental; Environmental Sciences	3	11.072	87	11205
35	Circular Economy and Financial Aspects: A Systematic Review of the Literature	Goncalves, BDM; de Carvalho, S	SUSTAINABILITY	3	2022	Green & Sustainable Science & Technology	0	3.889	100	10688
24	Quality of life at work and sociodemographic aspects in workers reinstated in a Rapid Transit Bus company	Alper, HE; Feliciano, L; Millien, L; Pollari, C; Locke, S	INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH	0	2022	Environmental Sciences; Public, Environmental & Occupational Health	0	4.614	90	4778
27	Predictive factors of life quality among packaging workers in Taiwan	Brackbill, RM; Alper, HE; Frazier, P; Gargano, LM; Jacobson, MH; Solomon, A	INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH	10	2019	Environmental Sciences; Public, Environmental & Occupational Health	3	4.614	87	4746
26	Changes in work characteristics over 12 years: Findings from the 2002-2014 US National NIOSH Quality of Work Life Surveys	Ayappa, J; Chen, YF; Bagchi, N; Sanders, H; Black, K; Tuurmasi, A; Rapoport, DM; Lu, SE; Sunderram, J	INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH	8	2019	Environmental Sciences; Public, Environmental & Occupational Health	3	4.614	87	4746
29	Effectiveness of an ergonomics training program on musculoskeletal disorders, job stress, quality of work-life and productivity in office workers: a quasi-randomized control trial study	Yung, J; Osahan, S; Friedman, SM; Li, JH; Cone, JE	INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH	2	2019	Environmental Sciences; Public, Environmental & Occupational Health	3	4.614	87	4739
9	Effectiveness of a physical activity program on weight, physical fitness, occupational stress, job satisfaction and quality of life of overweight employees in high-tech industries: a randomized controlled study	Hong, J; Kim, M; Suh, EE; Cho, S; Jang, S	INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH	0	2021	Environmental Sciences; Public, Environmental & Occupational Health	1	4.614	89	4737
10	Development of an e-health education program at the workplace using formative research - Technologies for improving quality of life	Kongsin, T; Chalear, N; Thanomsing, N; Boonjarasriyong, S	INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH	0	2020	Environmental Sciences; Public, Environmental & Occupational Health	2	4.614	88	4730
18	Quebec Serve and Protect Low Back Pain Study: What About Mental Quality of Life?	Douma, NB; Cote, C; Lacasse, A	SAFETY AND HEALTH AT WORK	2	2019	Public, Environmental & Occupational Health	3	4.045	87	4178
7	The Effect of Occupational Stress on the Quality of Life of Pharmacists in Saudi Arabia	Yang, SY; Hsu, DJ; Yen, CM; Chang, JH	HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL	4	2019	Health Policy & Services; Public, Environmental & Occupational Health	3	3.734	87	3863
33	Study protocol and baseline results for a quasi-randomized control trial: An investigation on the effects of ergonomic interventions on work-related musculoskeletal disorders, quality of work-life and productivity in knowledge-based companies	Myers, S; Govindarajulu, U; Joseph, M; Landsbergis, P	AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE	12	2019	Public, Environmental & Occupational Health	3	3.079	87	3211
8	Air Pollution/Irritants, Asthma Control, and Health-Related Quality of Life among 9/11-Exposed Individuals with Asthma	Heidarimoghadam, R; Mohammadfam, J; Babamiri, M; Soltanian, AR; Khotanlou, H; Sohrabi, MS	INTERNATIONAL JOURNAL OF INDUSTRIAL ERGONOMICS	5	2020	Engineering, Industrial; Ergonomics	2	2.884	88	3020
15	Development and validation of the quality of life scale for Chinese coal miners with pneumoconiosis (QOL-CMP): Measurement method and empirical study	Almogbel, Y	RISK MANAGEMENT AND HEALTHCARE POLICY	4	2021	Health Care Sciences & Services; Health Policy & Services	1	2.853	89	3014
25	Examining the quality of work-life of paramedics in northern Ontario Canada: A cross-sectional study	Asghari, E; Dianat, J; Abdollahzadeh, F; Mohammadi, F; Asghari, P; Jafarabadi, MA; Castellucci	INTERNATIONAL JOURNAL OF INDUSTRIAL ERGONOMICS	15	2019	Engineering, Industrial; Ergonomics	3	2.884	87	2999
12	An Assessment of Long-Term Physical and Emotional Quality of Life of Persons Injured on 9/11/2001	Myers, S; Govindarajulu, U; Joseph, MA; Landsbergis, P	ANNALS OF WORK EXPOSURES AND HEALTH	3	2021	Public, Environmental & Occupational Health	1	2.779	89	2921

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os estudos apresentaram métodos de avaliação distintos. Os artigos que correlacionaram à qualidade de vida com doenças do trabalho, utilizaram instrumento para coleta de dados em avaliações de qualidade de vida, conforme apresenta a Tabela 2. As demais referências bibliográficas abordaram a QVT tangencialmente aos prejuízos causados pelas doenças adquiridas ou utilizaram cálculos estatísticos para validarem os dados coletados.

Tabela 2 - Métodos de Avaliação da qualidade de vida (Elaborado pelos autores)

<b>Método de Avaliação da QV</b>	<b>Aplicação</b>	<b>Autores</b>
WHOQOL-BREF	Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Escala Breve	ALMOGBEL (2021)
Health Survey Short-Form SF-12, Versão 1 e 2	Este instrumento de qualidade de vida (QV) multidimensional foi desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli et al.	1. ALPER, H. (2022); 2. DOUMA, N. (2019); 3. BRACKBILL, R (2019);
CVT-GOHISALO	Questionário de qualidade de vida no trabalho (CVT), desenvolvido por González, R., G. Hidalgo, G. SALazar, J, y Preciado, M. (2010)	GALARZA IGLESIAS, A. (2021)
Work-Related Quality of Life Scale (WRQLS)	Metodologia Desenvolvida por Van Laar, et al (2007)	KONGSIN, T (2020)
(WHOQOL-BREF-TR), (STAI-I) (BHS)	Versão mais curta do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF-TR); Inventário de Ansiedade	SELDA, M.E.R.T, et al ( 2021).

O WHOQOL-BREF é a versão abreviada do módulo WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life), esta versão abreviada é subdividida em dois domínios de âmbito geral que avaliam a percepção da qualidade de vida de um modo geral e a satisfação com a sua saúde, bem como outros quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Quanto aos objetivos dos estudos, a maior parte referiu-se à validação ou avaliação de propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF, seguida da avaliação da qualidade de vida em um grupo de sujeitos.

O SF-12 é uma versão abreviada de seu antecessor, o SF-36, que evoluiu do Medical Outcomes Study, é uma medida de resultado autorrelatado que avalia o impacto da saúde na vida cotidiana de um indivíduo. O instrumento foi idealizado para reduzir a carga do respondente, ao mesmo tempo em que alcança padrões mínimos de precisão para fins de comparações em grupo envolvendo múltiplas dimensões de saúde. É frequentemente usado como uma medida de qualidade de vida.

O CVT-GOHISALO é um questionário de qualidade de vida no trabalho (CVT), desenvolvido por González, R., G. Hidalgo, G. SaLazar, J, e Preciado, M., em 2010, a sigla GOHISALO surge pelo uso das iniciais dos autores.

A escala Work-Related Quality of Life Scale (WRQLS) é uma ferramenta para coletar informações sobre a Qualidade de Vida Relacionada ao Trabalho (WRQoL), é uma escala psicométrica de 23 itens utilizada para medir a qualidade de vida percebida pelos trabalhadores, medida por meio de seis subfatores psicossociais. A Qualidade de Vida profissional (QoWL) tem como objetivo capturar a essência da experiência de trabalho de um indivíduo no sentido mais amplo.

O Formulário de Informação Sociodemográfica, a versão turca da versão mais curta do Instrumento de Qualidade de Vida da

Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF-TR), o Inventário de Ansiedade de Traços Do Estado (STAI-I) e a Escala beck de desesperança (BHS) foram utilizados para coleta de dados no estudo de SELDA, M.E.R.T (2021).

## **Discussão**

A análise bibliométrica consistiu em apresentar as informações encontradas em um conjunto definido de artigos (Portfólio Bibliográfico), para promover o conhecimento científico, por meio da gestão da informação para esta pesquisa. No presente artigo, o tema refere-se à Qualidade de vida no Contexto da saúde e segurança do trabalho.

A bibliografia consultada abordou a qualidade de vida apresentando dados dos prejuízos à saúde advindos do exercício do trabalho. Porquanto muitos infortúnios não possuem cura e geralmente os prejuízos são onerosos, pois absorvem a ausência de um trabalhador experiente na função exercida, perda de produtividade, custos de tratamento, despesas trabalhistas, por exemplo.

Almogbel (2021) realizou um estudo para determinar a relação entre estresse e QV. O estresse ocupacional foi medido usando um questionário que correspondeu à nova forma abreviada da escala Effort-Reward Imbalance (ERI) e uma versão traduzida, pré-testada e validada do questionário Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Escala Breve (WHOQOL-BREF) foi utilizada para avaliar a QV. No geral, os resultados do estudo lançam luz sobre a associação entre o estresse dos farmacêuticos e a qualidade de vida, o que potencialmente impacta a vida dos pacientes.

O estudo de Alper (2022) investigou a prevalência de crescimento pós-traumático (PTG) e sua associação com as escalas de qualidade de vida de funcionamento físico e mental do SF-12. O SF-12 foi derivado do SF-36 para fornecer um método eficiente para avaliar o funcionamento geral da saúde física e mental por meio de uma pontuação resumida do componente de saúde física média

(PCS-12) e uma pontuação resumida do componente de saúde mental média (MCS-12). A pesquisa descobriu que uma parte considerável (31%) da amostra de policiais demonstrou PTG. Ademias é relevante o fato que o PTG foi encontrado tenha sido clinicamente e substancialmente relacionado ao funcionamento mental, mas não ao funcionamento físico. Isso justifica a importância da investigação em saúde mental relacionada à QVRS.

A QVRS mental foi medida usando os domínios papel emocional e saúde mental do SF-12 Health Survey. Ao ajustar para potenciais atordoados, foi encontrada pior QVRS mental entre os policiais estudados, que sofrem de DLC (ou seja, limitações relacionadas à quantidade de trabalho ou atividades diárias regulares realizadas e o cuidado com que são realizadas; menor frequência de sentimentos de calma e paz; e maior frequência de sentimentos desanimados e deprimidos). Comparados aos trabalhadores sem lombalgia, os sintomas agudos/subagudos não foram associados a menores escores de QVRS mental. Esses resultados estão de acordo com estudos anteriores que mostraram que a dor crônica pode prejudicar a QVRS (DOUMA, 2019).

Acerca de teorias sobre QVT, Galarza Iglesias (2021) traz para a reflexão duas formas de abordagem para alcançar eficiência produtiva. A abordagem objetiva refere-se às condições ambientais, características do trabalho, funções a serem desempenhadas, horários, entre outros. A abordagem subjetiva refere-se à percepção do indivíduo em relação ao seu trabalho, da interação e participação que estabelece com isso, valores e crenças, por exemplo.

A abordagem da qualidade de vida relacionada à saúde com caráter empírico abre o diálogo entre a cura e o acidentado. O PGR e PCMSO são ferramentas que poderão ser efetivas para elaboração de ações preventivas de promoção da QV, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - PGR e PCMSO com foco na promoção da QV. (Elaborado pelos autores)



Exposição prolongada a pressões, recursos escassos e habilidades cognitivas diminuídas levaram trabalhadores a sentir fadiga e exaustão. Demandas crescentes aliadas a recursos escassos geram estresse no trabalho, que pode ser expresso por meio de raiva, medo ou ansiedade e tem impactos adversos no desempenho do trabalho. Devido a essas condições ocorrem desvios de padrão de operações de trabalho. A má qualidade de vida afeta negativamente o desempenho no trabalho e pode afetar indiretamente uma cadeia de produção. Estas situações de estresse trazem efeitos a longo prazo, como os casos de Burnout (ALMOGEL, 2021).

Galarza-Iglesas (2021) aponta que estudos das lesões musculoesqueléticas de policiais e o mecanismo subjacente à relação entre crescimento pós-traumático PTG e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) são pontos que precisam ser estudados, para esses conhecimentos somarem aos demais, para promover melhor QV e melhoria dos atendimentos aos trabalhadores doentes e/ou acidentados. Já Almogbel (2021) afirma que estudos futuros devem se concentrar em identificar e modificar os estressores ocupacionais para os farmacêuticos, começando pelos estressores conhecidos dos profissionais de saúde, incluindo desequilíbrios na demanda de tarefas, responsabilidade do paciente, habilidades, salários, ambiente de trabalho, recursos disponíveis e valorização em cada setor

As referências desse estudo retratam perdas de produtividade e aumento dos riscos de acidentes de trabalho como consequência da falta de efetividade nas questões da QVT. A produtividade de qualquer empresa depende da execução de vários processos de trabalho, realizados pelos empregados, que precisam ser vistos como seres sociais. Em vista disso, os empregadores devem ter como base a motivação e percepção da satisfação do trabalhador, pois a QVT está interligada ao bem-estar físico, emocional, psicológico e financeiro da pessoa.

É preciso mudar o paradigma que a base da satisfação do trabalhador após um infortúnio, é a retirada dele do trabalho na máquina, o salário ou as propostas de trabalho, embora importantes não as únicas e sequer as mais eficazes. A produção empresarial deve ser resultado do trabalho de trabalhadores que pertencem a um grupo social com o qual interagem e do qual dependem.

## **Conclusão**

Os estudos das condições do ambiente de trabalho e da condição da saúde dos trabalhadores, com observância da importância dos aspectos subjetivos da vida laboral se torna a cada dia mais importante para favorecer a qualidade de vida dos trabalhadores e a produtividade para as organizações. A elaboração de plano de ação preventivo de saúde e segurança do trabalho, com parâmetros de qualidade de vida do trabalho, poderá colaborar a melhoria da condição física e cognitiva dos trabalhadores, e com isso, maior eficiência dos processos produtivos.

Isso proporcionará oportunidades de desenvolvimento de estudos e elaboração de métodos que incorporem critérios de qualidade de vida nas ações de SST compulsórias e reguladas pelo arcabouço normativo. Essa incorporação poderá contribuir na redução de doenças no trabalhador.

A forma como indivíduo percebe uma ameaça, afeta sua resposta a essa ameaça e a eficácia dessa resposta. O levantamento de fatores de QVT colaborará no desenvolvimento de ações para



melhorar este quesito. Logo a abordagem sociotécnica para as questões de saúde e segurança do trabalho, deve possuir uma abordagem dupla, uma tecnológica e outra social, para encontrar um equilíbrio mútuo entre os interesses e satisfação do trabalhador e das organizações.

## Referências

ALMOGBEL, Yasser. The Effect of Occupational Stress on the Quality of Life of Pharmacists in Saudi Arabia. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 14, p. 643, 2021.

ALPER, Howard E. et al. Post-Traumatic Growth and Quality of Life among World Trade Center Health Registry Enrollees 16 Years after 9/11. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 15, p. 9737, 2022.

ASGHARI, Elnaz et al. Musculoskeletal pain in operating room nurses: associations with quality of work life, working posture, socio-demographic and job characteristics. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 72, p. 330-337, 2019.

BRACKBILL, Robert M. et al. An assessment of long-term physical and emotional quality of life of persons injured on 9/11/2001. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 6, p. 1054, 2019.

DOUMA, Nabiha Benyamina; CÔTÉ, Charles; LACASSE, Anaïs. Quebec Serve and Protect Low Back Pain Study: What About Mental Quality of Life?. **Safety and health at work**, v. 10, n. 1, p. 39-46, 2019.

FANG, Yun-Ya; HUANG, Chien-Yuan; HSU, Mei-Chi. Effectiveness of a physical activity program on weight, physical fitness, occupational stress, job satisfaction and quality of life of overweight employees in high-tech industries: a randomized controlled study. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, v. 25, n. 4, p. 621-629, 2019.

GALARZA IGLESIAS, Ana Milena; GÓMEZ SALAZAR, Lessby; ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ, Cecilia Andrea. Quality of life at work and sociodemographic aspects in workers reinstated in a Rapid Transit Bus company. **Cuadernos de Administración (Universidad del Valle)**, v. 37, n. 69, 2021.

GONÇALVES, Beatriz de Souza Mello; CARVALHO, Flávio Leonel de; FIORINI, Paula de Camargo. Circular Economy and Financial Aspects: A Systematic Review of the Literature. **Sustainability**, v. 14, n. 5, p. 3023, 2022.

HEIDARIMOGHADAM, Rashid et al. Study protocol and baseline results for a quasi-randomized control trial: An investigation on the effects of ergonomic interventions on work-related musculoskeletal disorders, quality of work-life and productivity in knowledge-based companies. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 80, p. 103030, 2020.

HUANG, Xinru et al. Development and validation of the quality of life scale for Chinese coal miners with pneumoconiosis (QOL-CMP): Measurement method and empirical study. **Journal of Cleaner Production**, v. 232, p. 1062-1075, 2019.

KONGSIN, Teerayut et al. Validation of the brief Thai version of the work-related quality of life scale (brief THWRQLS). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1503, 2020.

MACIEL, Roberto Rodrigues Bandeira Tosta et al. Development of an e-health education program at the workplace using formative research—Technologies for improving quality of life. **Evaluation and Program Planning**, v. 73, p. 129-137, 2019.

NOWROUZI-KIA, B. et al. Examining the quality of work-life of paramedics in northern Ontario, Canada: A cross-sectional study. **Work**, n. Preprint, p. 1-13, 2022.

SELDA, M. E. R. T. et al. Covid-19, Anxiety, and Hopelessness: Quality of Life among Healthcare Workers in Turkey. 2021.

YUNG, Janette et al. Air pollution/irritants, asthma control, and health-related quality of life among 9/11-exposed individuals with

asthma. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 11, p. 1924, 2019.

YAPPA, Indu et al. **The association between health conditions in world trade center responders and sleep-related quality of life and sleep complaints**. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 16, n. 7, p. 1229-1241, 2019.

## AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS RESIDENTES NAS CAPITAIS BRASILEIRAS SEGUNDO A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (2013 e 2019)

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira  
Andréa Suzana Vieira Costa  
Ana Karina Bezerra Pinheiro

### Introdução

Muitos países e cidades em todo o mundo experimentam rápido envelhecimento da população e urbanização nos seus territórios. O Brasil tem um dos processos mais dinâmicos e desiguais de envelhecimento populacional e urbanização no mundo. Em 2013, estimou-se que idosos  $\geq 60$  anos de idade representavam 13,2% (IC95%: 12,8-13,5) da população e 43,6% (IC95%: 42,1-45,1) vivem no pior nível de renda (até meio salário-mínimo) (SOUZA-JÚNIOR et al., 2015). Em 2019, aumentou a proporção de idosos no país (16,4%; IC95%: 16,0-16,8) e 41,8% (IC95%: 40,7-42,8) deles ainda permaneciam no pior nível de renda (STOPA et al., 2020).

Nesse período, cerca de  $\frac{1}{4}$  do idosos viviam nas capitais do país e a concentração deles é maior nos lugares que não estão adequadamente preparados para garantir um envelhecimento ativo e saudável (OLIVEIRA, 2022; SZWARCOWALD et al., 2022). Com isso, o envelhecer nas capitais brasileiras ocorre em contextos de desigualdades socioeconômicas, raciais, sanitárias e de acesso a serviços sociais e de lazer. Em conjunto, essas desvantagens afetam a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos nas cidades (CESÁRIO et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2021).

Nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem propondo investimentos e a implementação de múltiplas ações em áreas prioritárias nas cidades, como forma de alavancar o envelhecimento saudável nos espaços urbanos a partir da organização e funcionamento de cidades mais amigáveis ao envelhecimento (WONG; YU; WOO, 2017; LAI; YU; WOO, 2021). O foco dessas atividades seriam os domínios centrais da vida urbana que afetam a saúde física, emocional e comunitária dos idosos (WONG; YU; WOO, 2017; LAI; YU; WOO, 2021).

Em diferentes países, estudos analisam a vida e a saúde urbana dos idosos (WONG; YU; WOO, 2017; OLIVEIRA et al., 2021; TUR-SINAI; SOSKOLNE, 2021; LAI; YU; WOO, 2021; ZADWORNA, 2022) e apontam que a avaliação do próprio estado geral de saúde como um dos indicadores de saúde mais importante, simples e útil para a análise do bem-estar e qualidade de vida do idoso nas cidades (OLIVEIRA et al., 2021; TUR-SINAI; SOSKOLNE, 2021; ZADWORNA, 2022). A autoavaliação de saúde (AAS) é amplamente utilizada para se verificar dinamicamente o estado de saúde subjetivo que idosos tem sobre sua vida e saúde e tem se apresentado como preditor de morbidade futura e mortalidade, sendo relacionado a vários resultados objetivos de saúde (ZADWORNA, 2022).

A AAS é uma medida global confiável do status saúde e um elemento central do envelhecimento saudável ao integrar múltiplas dimensões da vida e saúde da pessoa (MATHIS; ROOKS; KRUGER, 2015). Com isso, a AAS pode ser afetada por aspectos que suportam a qualidade de vida: estilo de vida, fatores psicológicos, sociodemográficos, infraestrutura sanitária e comunitária, e acesso a serviços e equipamentos sociais e de saúde (OLIVEIRA et al., 2021; DIEZ ROUX; MAIR, 2010; TUR-SINAI; SOSKOLNE, 2021; ZADWORNA, 2022). Logo, durante a AAS, idosos decidem por si mesmos quais fatores considerar, tornando-se uma abordagem inclusiva, personalizada e contextualizada para operacionaliza a autopercepção sobre seu bem-estar e qualidade de

vida no envelhecimento (MATHIS; ROOKS; KRUGER, 2015; WONG; YU; WOO, 2017; ZADWORNA, 2022).

Contudo, ainda é pouco realizado o monitoramento da AAS dos idosos residentes nas cidades grandes do Brasil a partir das bases de dados representativas de toda a população brasileira. Essa condição não permite compreender em contextos subnacionais as desigualdades em saúde, o que limita a implementação de ações públicas que as reduzam entre as cidades brasileiras. Nesse sentido, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019 são úteis para se compreender e acompanhar distribuição da AAS dos idosos nas cidades do Brasil.

Portanto, este estudo buscou analisar a prevalência da autoavaliação positiva de saúde e a sua distribuição entre idosos brasileiros residentes nas capitais do Brasil, destacando suas mudanças entre 2013 e 2019.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal baseado nos dados secundários coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019. A PNS foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (SOUZA-JÚNIOR et al., 2015; STOPA et al., 2020).

A PNS é um inquérito domiciliar de base populacional, de abrangência nacional que coletou um amplo conjunto de indicadores de vida e saúde. A população-alvo da PNS 2013 foi composta pelos indivíduos  $\geq 18$  anos de idade e a de 2019  $\geq 15$  anos de idade, residentes em domicílios particulares permanentes no Brasil. Foram aplicadas questões sobre os domicílios e todos os seus moradores. Uma terceira parte foi aplicada a um morador  $\geq 18$  anos (em 2013) e  $\geq 15$  anos de idade (em 2019) selecionado aleatoriamente entre todos os moradores do domicílio previamente selecionado (SOUZA-JÚNIOR et al., 2015; STOPA et al., 2020; IBGE, 2020).

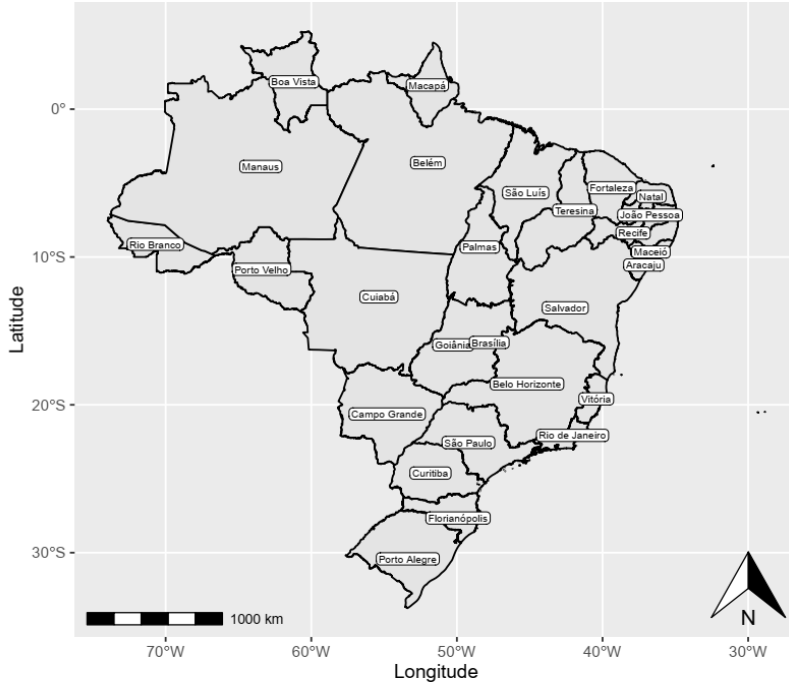
A PNS utiliza amostra probabilística complexa de um conjunto de unidades de áreas selecionadas de todas as Unidades Federadas (UF) do Brasil. A amostragem utilizada foi probabilística por conglomerados em três estágios de seleção, com estratificação das UPA (setores censitários ou um conjunto de setores). Os domicílios representam as unidades secundárias e a terciária o morador ( $\geq 18$  anos em 2013 e  $\geq 15$  anos em 2019), que responde à parte individual do questionário aplicado em cada PNS. Maiores detalhes metodológicos podem ser obtidos em publicações da PNS (SOUZA-JÚNIOR et al., 2015; STOPA et al., 2020; IBGE, 2020).

### **Variáveis do estudo**

Neste presente estudo foram considerados apenas os indivíduos de  $\geq 60$  anos de idade em 2013 ( $n=7.159$ ) e 2019 ( $n=10.135$ ) entrevistados nas duas PNS e que autorreferiram as informações sobre seu estado geral de saúde. Para as análises foram utilizadas um conjunto de variáveis socioeconômicas, demográficas e de percepção da própria saúde. Entre as variáveis socioeconômicas e demográficas foram: sexo (masculino, feminino); idade (em faixas etárias: 60 a 69, 70 a 79 e  $\geq 80$  anos); cor/raça (branca, parda, preta, outras); número de moradores no domicílio (1, 2 e  $\geq 3$ ); escolaridade (em níveis, até fundamental incompleto ou equivalente, médio incompleto ou equivalente, superior incompleto ou equivalente, superior completo); nível de renda domiciliar *per capita* (até 1/2 SM, 1/2 até 1 SM, 1 até 2 SM, 2 até 3 SM, mais de 3 SM). Em 2013, a mediana de renda no menor nível foi de 236,00 reais e no maior 3.644,00. Já em 2019, a mediana de renda no menor nível foi de 358,00 reais e no maior 5.100,00. Foram utilizadas também a macrorregião de residência no país (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul); e as capitais das UF (Unidade Federada - estados). O Brasil é composto por 26 estados e um Distrito Federal e cada um destes tem uma capital que o representa. O mapa 1 apresenta a distribuição geográfica das capitais dos estados brasileiros.

## Mapa 1 - Distribuição geográfica das capitais dos estados brasileiros, Brasil, 2022.

Mapa do Brasil destacando os nomes das capitais dos estados brasileiros



A autopercepção do estado de saúde que foi avaliada por meio da questão:

*De um modo geral, como é o estado de saúde, tendo como alternativas: Muito bom, Bom, Regular, Ruim e Muito ruim.* Nesta pesquisa, as categorias *Muito bom*, *Bom* foram agregadas e classificadas como autoavaliação positiva e as demais como autoavaliação negativa.

### Análise

Para ambos os anos da PNS foram estimadas as prevalências e seus intervalos de 95% de confiança (IC95%) da autoavaliação positiva de saúde segundo das variáveis socioeconômicas e demográficas e as capitais das unidades federadas (estados) brasileiros. Em todas as análises, as diferenças foram consideradas



estatisticamente significativa ao nível de 5% na ausência de sobreposição dos IC95%. Análises de regressão de Poisson bruta e ajustada foram realizadas para se estimar Razões de Prevalência (RP) e respectivos IC95% da associação de cada capital com autoavaliação positiva de saúde em 2013 e 2019.

Todas as análises foram feitas no *software RStudio* versão 2022.7.2.576 (*R Foundation for Statistical Computing, Boston, United States of America*) e incorporam todas as características do plano amostral complexo da PNS 2013 e 2019.

### **Aspectos éticos**

Os projetos da PNS 2013 (parecer nº 328.159) e 2019 (parecer nº 3.529.376) foram aprovados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS), e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (SOUSA-JÚNIOR et al, 2015; STOPA et al., 2020).

### **Resultados**

Foram analisados dados de 7.159 idosos em 2013 e de 10.135 em 2019. A mediana de idade foi a mesma nos dois anos (68, 63-74). Conforme observado na figura 1, a prevalência de autoavaliação positiva de saúde predominou no Brasil em ambos os anos (2013: 54,2%; IC95%: 52,3-56,0; e 2019: 56,5%; IC95%: 54,9-58,1%), mas sem crescimento estatisticamente significativo no período. Em algumas das capitais do país (Maceió, Teresina, São Luís, Palmas, Boa vista e Rio Branco) essa prevalência foi de menos de 50,0% em ambos os anos. No período, apenas em Manaus houve aumento estatisticamente significativo. As capitais dos estados das regiões sudeste e sul do país apresentaram as maiores prevalência em ambos os anos. Todas as capitais das regiões norte, nordeste e centro-oeste apresentaram defasagem temporal em relação as do sul e sudeste, pois mesmo em 2019 não atingiram níveis de

autoavaliação positiva de saúde já observados nestas capitais em seis anos antes, ou seja, em 2013 (Figura 1).

A prevalência de autoavaliação positiva de saúde em ambos os anos de análise foi maior nos homens, idosos mais jovens (60 a 69 anos), cor/raça branca e menor nos moradores das capitais do norte e nordeste. Essa prevalência cresceu estatisticamente com o aumento da escolaridade e renda, sendo maior entre idosos com ensino superior completo e de maior renda *per capita*. No período entre as PNS, apenas para idosos com maior escolaridade e residentes nas capitais do sul do país ocorreu aumento estatisticamente significativo da prevalência de autoavaliação positiva de saúde. Defasagem temporal também foi observada. Mulheres, idosos longevos ( $\geq 80$  anos), pardos e pretos, com baixa escolaridade e renda, e residentes nas capitais do norte e nordeste apresentaram em 2019 prevalência de autoavaliação positiva de saúde mais baixa que do que as já observadas em 2013 nas suas respectivas categorias de referência (homens, idosos jovens, brancos, escolaridade superior completa, mais de 3 SM e residentes no sul e sudeste) (Tabela 1).

Figura 1 - Prevalência da autoavaliação positiva de saúde de idosos residentes nas capitais brasileiras entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (n=7.159) e 2019 (n=10.135) no Brasil.

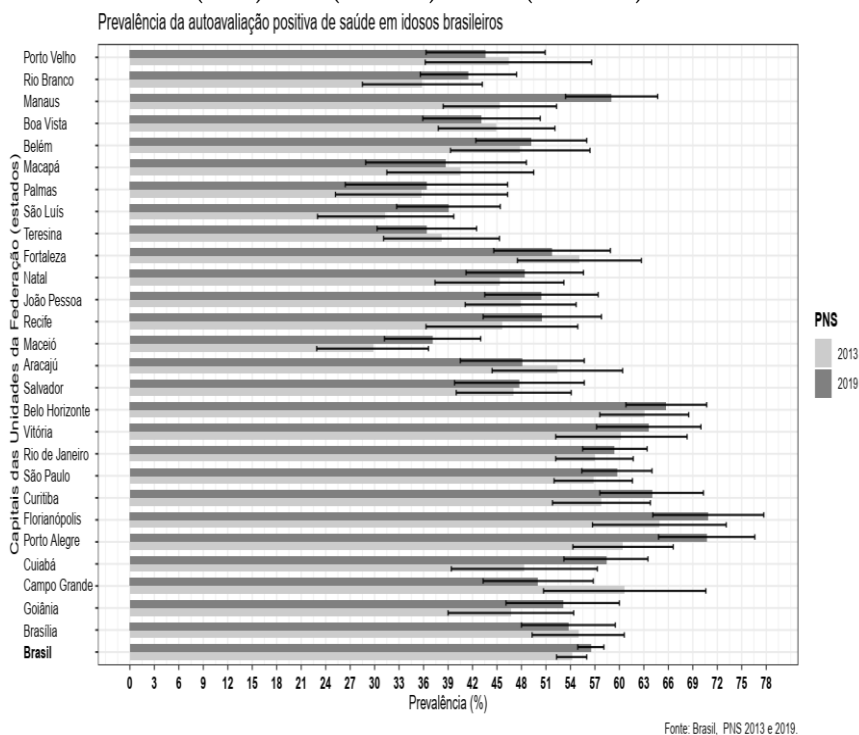


Tabela 1 - Comparação da prevalência da autoavaliação positiva de saúde de idosos residentes nas capitais brasileiras segundo as suas características socioeconômicas e demográficas e entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (n=7.159) e 2019 (n=10.135) no Brasil.

Variáveis	2013 (n=7.159)		2019 (n=10.135)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Total</b>	54,2	52,3-56,0	56,5	54,9-58,1
<b>Sexo</b>				
Masculino	58,2	55,6-60,9	61,2	58,8-63,5
Feminino	51,9	49,7-54,0	53,7	51,9-55,6
<b>Faixa etária (em anos)</b>				
60 a 69	55,9	53,8-58,1	58,8	56,8-60,8

70 a 79	50,7	47,7-53,7	54,7	52,1-57,3
≥80	55,0	50,1-59,9	49,1	44,8-53,4
Cor/raça				
Branca	60,5	58,1-62,8	64,3	62,3-66,3
Parda	44,9	42,3-47,5	47,6	45,2-50,0
Preta	46,5	41,0-52,0	46,8	42,4-51,1
Outros	53,3	38,7-67,9	56,1	46,2-66,1
Moradores no domicílio				
Um	58,2	54,7-61,7	57,2	54,3-60,1
Dois	54,2	51,3-57,1	57,6	55,1-60,1
Três ou mais	52,1	49,5-54,6	54,8	52,4-57,1
Escolaridade				
Até fundamental incompleto ou equivalente	42,0	39,6-44,5	39,7	37,3-42,0
Médio incompleto ou equivalente	53,4	48,5-58,3	54,1	49,7-58,6
Superior incompleto ou equivalente	66,4	63,2-69,6	61,9	59,2-64,5
Superior completo	74,4	71,0-77,7	80,8	78,5-83,1
Renda domiciliar per capita				
Até 1/2 SM	41,7	36,0-47,4	37,0	32,2-41,7
1/2 até 1 SM	40,5	37,2-43,8	38,4	35,4-41,3
1 até 2 SM	47,8	44,8-50,8	49,4	46,7-52,2
2 até 3 SM	59,1	54,5-63,6	60,8	56,6-64,9
Mais de 3 SM	71,8	68,9-74,7	77,1	74,9-79,3
Capitais da macrorregião do país				
Norte	45,0	40,8-49,2	49,6	46,3-52,8
Nordeste	45,9	42,8-48,9	47,0	44,0-49,9
Centro-oeste	52,2	48,4-56,1	54,0	50,6-57,4
Sudeste	57,7	54,6-60,7	60,4	57,7-63,1
Sul	59,9	56,0-63,6	67,6	63,8-71,5

Notas: IC95%: Intervalo de Confiança a 95%.

Tabela 2 - Prevalência e Razões de Prevalência (RP) por regressão de Poisson para análise da associação bruta e ajustada da autoavaliação positiva de saúde de idosos residentes nas capitais brasileiras com o ano da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (n=7.159) e 2019 (n=10.135), Brasil.

Capitais	2013 (n=7.159)				2019 (n=10.135)				2019 / 2013 (n=17.294)			
	Autoavaliação positiva de saúde				Autoavaliação positiva de saúde				Autoavaliação positiva de saúde			
	Análise Bruta		Análise Ajustada <sup>1</sup>		Análise Bruta		Análise Ajustada <sup>1</sup>		Análise Bruta		Análise Ajustada <sup>2</sup>	
	RP	IC95 %	RP	IC95 %	RP	IC95 %	RP	IC95 %	RP	IC95 %	RP	IC95 %
<b>Norte</b>												
Porto Velho	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Rio Branco	0,77	0,57-1,04	0,77	0,58-1,02	0,95	0,77-1,19	0,99	0,81-1,21	0,90	0,75-1,07	0,91	0,78-1,08
Manaus	0,98	0,75-1,28	0,92	0,71-1,18	1,36	1,12-1,64	1,31	1,10-1,56	1,22	1,05-1,43	1,17	1,01-1,35
Boa Vista	0,97	0,74-1,27	0,99	0,77-1,28	0,99	0,78-1,25	0,98	0,78-1,21	0,98	0,82-1,18	0,98	0,83-1,16
Belém	1,03	0,78-1,37	0,95	0,72-1,23	1,13	0,91-1,40	1,09	0,90-1,32	1,09	0,92-1,30	0,88	0,88-1,21
Macapá	0,87	0,64-1,19	0,86	0,64-1,14	0,89	0,66-1,21	0,90	0,66-1,24	0,86	0,71-1,10	0,78	0,71-1,10
Palmas	0,77	0,53-1,11	0,73	0,51-1,05	0,84	0,61-1,15	0,82	0,62-1,08	0,81	0,63-1,05	0,82	0,63-0,98
<b>Nordeste</b>												
São Luís	0,68	0,48-0,95	0,66	0,47-0,92	0,90	0,71-1,13	0,91	0,73-1,13	0,83	0,68-1,01	0,82	0,68-0,99

Teresina	0,82	0,62- 1,10	0,84	0,65- 1,10	0,84	0,66- 1,07	0,85	0,68- 1,05	0,83	0,69- 1,00	0,84	0,71- 1,00
Fortaleza	1,19	0,92- 1,54	1,08	0,84- 1,38	1,19	0,96- 1,48	1,09	0,91- 1,32	1,19	1,01- 1,41	1,09	0,93- 1,26
Natal	0,98	0,74- 1,29	0,85	0,66- 1,10	1,11	0,89- 1,39	1,03	0,85- 1,25	1,07	0,89- 1,27	0,96	0,83- 1,12
João Pessoa	1,03	0,80- 1,34	0,87	0,68- 1,11	1,16	0,93- 1,44	1,04	0,86- 1,26	1,11	0,94- 1,31	0,97	0,83- 1,12
Recife	0,98	0,73- 1,33	0,79	0,60- 1,04	1,16	0,93- 1,45	0,98	0,83- 1,18	1,10	0,92- 1,31	0,91	0,78- 1,06
Maceió	0,64	0,47- 0,88	0,61	0,46- 0,80	0,85	0,68- 1,07	0,84	0,69- 1,03	0,77	0,64- 0,93	0,74	0,63- 0,88
Aracajú	1,13	0,86- 1,48	0,96	0,75- 1,24	1,10	0,88- 1,39	1,06	0,87- 1,30	1,12	0,95- 1,33	1,03	0,88- 1,20
Salvador	1,01	0,78- 1,32	0,90	0,71- 1,14	1,10	0,87- 1,39	0,96	0,79- 1,18	1,07	0,89- 1,28	0,94	0,81- 1,10
<b>Sudeste</b>												
Belo Horizonte	1,36	1,07- 1,72	1,08	0,87- 1,34	1,51	1,26- 1,81	1,27	1,07- 1,51	1,45	1,26- 1,68	1,19	1,04- 1,36
Vitória	1,30	1,01- 1,68	1,01	0,79- 1,28	1,46	1,20- 1,78	1,12	0,94- 1,33	1,40	1,20- 1,64	1,09	0,94- 1,25
Rio de Janeiro	1,23	0,97- 1,55	1,01	0,80- 1,25	1,36	1,14- 1,63	1,11	0,95- 1,31	1,31	1,14- 1,51	1,08	0,94- 1,23
São Paulo	1,22	0,97- 1,55	1,02	0,82- 1,28	1,37	1,14- 1,64	1,15	0,97- 1,36	1,32	1,14- 1,52	1,10	0,96- 1,26
<b>Sul</b>												

Curitiba	1,25	0,98- 1,59	1,02	0,81- 1,28	1,47	1,21- 1,78	1,18	0,99- 1,40	1,39	1,19- 1,61	1,12	0,97- 1,28
Florianópolis	1,40	1,09- 1,80	1,03	0,84- 1,34	1,63	1,34- 1,97	1,19	0,99- 1,42	1,54	1,32- 1,80	1,09	0,99- 1,32
Porto Alegre	1,30	1,02- 1,66	0,97	0,78- 1,22	1,62	1,35- 1,96	1,24	1,04- 1,47	1,49	1,29- 1,73	1,13	0,99- 1,30
<b>Centro-oeste</b>												
Cuiabá	1,31	0,99- 1,72	1,15	0,90- 1,47	1,15	0,93- 1,42	1,05	0,87- 1,29	1,21	1,02- 1,43	1,09	0,94- 1,27
Campo Grande	1,04	0,78- 1,39	0,95	0,73- 1,24	1,34	1,11- 1,62	1,21	1,02- 1,44	1,24	1,06- 1,45	1,12	0,98- 1,29
Goiânia	1,00	0,76- 1,33	0,87	0,67- 1,12	1,22	0,99- 1,51	1,08	0,90- 1,31	1,14	0,97- 1,36	1,00	0,86- 1,17
Brasília	1,19	0,93- 1,51	0,95	0,76- 1,19	1,23	1,01- 1,51	1,04	0,87- 1,24	1,22	1,05- 1,42	1,00	0,88- 1,16

Notas: **1**- Ajuste pelas variáveis sexo, faixas etárias, cor/raça, número de moradores no domicílio, escolaridade, e nível de renda domiciliar *per capita*; **2** - Ajuste pelas variáveis sexo, faixas etárias, cor/raça, número de moradores no domicílio, escolaridade, nível de renda domiciliar *per capita* e ano da PNS.

A tabela 2 apresentou modelos de regressão de Poisson bruta e ajustada para analisar associação de cada capital das UF do Brasil com autoavaliação positiva de saúde. Foram elaborados três modelos de regressão: um para a PNS 2013, um para a PNS 2019 e um para verificar as mudanças temporais entre as elas.

Em 2013, a análise bruta indicou associação positiva do desfecho de interesse com as capitais Belo Horizonte, Vitória, Florianópolis e Porto Alegre. Já São Luís foi a única capital que apresentou menor chance de seus idosos referirem autoavaliação positiva de saúde (0,68; IC95%: 0,48-0,95). Após o ajuste pelas variáveis de confusão, todas as associações positivas anteriores foram perdidas, mas idosos de São Luís (0,66; IC95%: 0,47-0,92) e Maceió (0,61; IC95%: 0,46-0,80) apresentaram associação negativa com o desfecho: menores chances de autoavaliação positiva de saúde. Em 2019, na análise bruta houve associação positiva entre o desfecho e todas as capitais do sudeste e sul, bem como Campo Grande, Brasília e Manaus. Não houve capitais que seus idosos referiram menor chance de referir autoavaliação positiva de saúde. após o controle pelas variáveis de ajuste, apenas Belo Horizonte (1,27; IC95%: 1,07-1,51), Porto Alegre (1,24; IC95%: 1,04-1,47) e Campo Grande (1,21; IC95%: 1,02-1,44) mantiveram associação positiva. Novamente não houve casos de menor chance de referir o desfecho. (Tabela 2).

Por fim, entre as PNS, a análise bruta indicou que no período a chance de referir autoavaliação positiva de saúde foi maior nos idosos residentes nas capitais de todos os estados das regiões sudeste, sul e centro-oeste, exceto Goiânia. Associação negativa foi verificada em Maceió (0,77; IC95%: 0,64-0,93). Após o ajuste pelos fatores de confusão, que também incluiu o ano da PNS, verificou-se que no período, ganhos na associação positiva da autoavaliação positiva de saúde só foi observado em Belo Horizonte (1,19; IC95%: 1,04-1,36). Já associação negativa indicadora de menores chances de referir o desfecho de interesse foram observadas nos idosos das capitais Palmas (0,82; IC95%: 0,63-0,98), São Luís (0,82; IC95%: 0,68-0,99) e Maceió (0,74; IC95%: 0,63-0,88). (Tabela 2).



## Discussão

Os resultados deste estudo indicaram estabilidade da prevalência de autoavaliação positiva de saúde e desigualdades na distribuição dela entre as capitais dos estados brasileiros nos dois anos das PNS e no período avaliado. Idosos das capitais do sudeste e sul e com melhores condições socioeconômicas apresentaram maiores prevalências de autoavaliação positiva em saúde. Em 2019, idosos das demais capitais e historicamente mais expostos a condição de desigualdades (raciais, socioeconômicas e de gênero) estiveram em defasagem temporal e atrás dos níveis de saúde já observados em 2013 nos lugares e grupos mais favorecidos. Após análise de regressão ajustada, idosos residentes em Palmas, São Luís e Maceió apresentaram entre as PNS as menores chances de referir autoavaliação positiva de saúde enquanto os de Belo Horizonte a maior chance, sugerindo que a autopercepção subjetiva de saúde reflete as condições de vida e saúde materiais dos idosos, com menor autoavaliação positiva de saúde nas capitais e nos grupos com maior privação socioeconômica, sanitária e de acesso a saúde.

Estudos anteriores comparando outros indicadores de saúde entre adultos e idosos vem demonstrando avanços na saúde entre a PNS 2013 e 2019, mesmo nos grupos mais vulnerabilizados (ANDRADE DE SOUSA et al., 2019; BARROS et al., 2022; BARROS; GOLDBAUM, 2018; SOUSA; LIMA; BARROS, 2021; SZWARCOWALD et al., 2022). Porém, este estudo indicou a estabilidade da prevalência de autoavaliação positiva de saúde e permanência de desigualdades entre capitais e seus grupos populacionais. Razões para isso podem ser atribuídas as distintas propriedades do indicador de AAS e em relação a outros indicadores mais objetivos. Para a AAS, idosos consideram a dimensão subjetiva e integrada que têm da sua própria saúde, percebem múltiplos aspectos para definir sua resposta, o que é diferente de uma resposta unidimensional e particular dada a um específico e objetivo indicador de saúde (ONG; YU; WOO, 2017;

ZADWORNA, 2022). Ademais, crises socioeconômicas que o Brasil passou entre as PNS podem ter impactado mais negativamente os idosos e diluído possíveis conquistas que seriam esperadas na AAS e concordantes com outras medidas de saúde no período. Por fim, as condições de vida e saúde dos idosos já era ruim em várias capitais e grupos sociais em 2013, e os insuficientes investimentos em estrutura física das cidades e na redução das amplas desigualdades no Brasil no período, podem ter mantido um cenário de envelhecimento desigual entre as capitais do país, em especial, nas capitais com maior vulnerabilidade socioeconômica e de saúde.

A presença das desigualdades socioeconômicas, raciais e geográficas entre idosos desse estudo sugere a complexa interação dos atributos e características individuais com as contextuais e revela a íntima relação entre marcadores de posição social, cor/raça e o lugar em que se vive com a saúde dos idosos. As diferenças observadas entre os grupos de idosos pode refletir a distribuição desigual de fatores de risco, proteção e de agravos à saúde ao longo da vida deles. Esse acúmulo de desvantagens na trajetória da vida dos grupos mais vulneráveis parece ainda os sustentar em desiguais níveis de AAS na vida idosa (OLIVEIRA, 2022).

Semelhante a outros estudos, a AAS dos idosos variou entre lugares que residem (LAI; YU; WOO, 2021; SZWARCOWALD et al., 2022; WONG; YU; WOO, 2017). Razões para isso são atribuídas as características físicas e sociais presentes em cada capital. As cidades são o espaço em que se materializam as repercussões do fenômeno de urbanização e expressam uma variedade de forças, contingências e processos (sociais, raciais, econômicos, políticos e demográficos) que determinam a saúde. Esses processos estão associados à concentração de desvantagens a certos grupos populacionais, em detrimento das vantagens acumuladas em outros grupos, tanto no interior das cidades quanto entre elas (OLIVEIRA, 2022). Nesse sentido, as capitais modelam as condições de vida e a saúde nos espaços que as compõem (LAI; YU; WOO, 2021; SZWARCOWALD et al., 2022). A permanência das desigualdades observadas cristaliza a heterogeneidade do atraso

entre as capitais do Brasil, e do próprio país, nos níveis AAS, em relação a outros países de baixa e média renda (TUR-SINAI; SOSKOLNE, 2021; WONG; YU; WOO, 2017; ZADWORNA, 2022).

Esses achados incentivam a criação de ambientes amigos do idoso nas diferentes localidades das capitais do Brasil a fim de promover a saúde e bem-estar deles. A vida em lugares mais desfavorecidos levar a maus resultados na saúde. Estudos realizados em vários países indicaram que investimentos na infraestrutura das cidades e no melhor acesso a serviços sociais, de saúde e lazer podem mitigar o nível de estresse social e emocional experimentado pelos grupos em desvantagens socioeconômicas e aumentar a coesão social, o vínculo comunitário e os níveis de saúde (MATHIS; ROOKS; KRUGER, 2015; TUR-SINAI; SOSKOLNE, 2021; WONG; YU; WOO, 2017; OLIVEIRA et al., 2021; ZADWORNA, 2022).

Apesar de esses resultados, eles apresentam algumas limitações. A PNS não contempla população institucionalizada. Dificuldades cognitivas e na interpretação dos idosos sobre a percepção da própria saúde pode ter afetado a resposta e as estimativas verificadas. A pergunta sobre a AAS é conceitualmente ampla e pode ser mais sensível em relação a métodos clínicos ou com base em morbidades. Todavia, ela têm importante papel no rastreamento da saúde física e emocional. No período entre as duas PNS, o Brasil passou por grandes mudanças socioeconômicas, culturais e políticas, e por isso, as análises dos resultados devem considerar essas mudanças e seus efeitos nos achados apresentados. Porém, a PNS tem abrangência nacional com amostra representativa da população idosa residente nas capitais brasileiras que permite identificar a situação de saúde subjetiva, sua evolução e distribuição no país. O uso da PNS é uma oportunidade identificar nas capitais os grupos de idosos que mais precisam de atenção para alcançarem maiores, homogêneos e adequados níveis de saúde física e emocional no país.

## Considerações finais

A OMS declarou que os anos de 2021-2030 é a Década do Envelhecimento Saudável, o que conclama a sociedade e atores políticos a buscarem implementar ações que reconfigurem as cidades para serem mais favoráveis a experiências e oportunidades que incentivem e valorizem o envelhecimento saudável.

Para o Brasil, avanços nesse sentido serão desafiantes, pois esse estudo indicou a permanência de desigualdades na prevalência e na distribuição da autoavaliação positiva de saúde de idosos brasileiros residentes nas capitais do Brasil. Indicaram que no período entre as PNS apenas a capital Manaus teve aumento significativo da prevalência da autoavaliação positiva de saúde, mas ao se controlar pelos fatores de confusão, somente Belo Horizonte alcançou associação positiva com esse desfecho. Verificou-se defasagem temporal entre as capitais brasileiras, com idosos de Palmas, São Luís e Maceió com as menores chances de alcançar uma autoavaliação positiva de saúde. Esse cenário destaca a desigual realidade de envelhecimento no país: idosos das capitais mais empobrecidas e dos grupos mais vulnerabilizados — baixa escolaridade, baixa renda, pardos, pretos e mulheres — apresentaram autopercepção positiva de saúde mais baixa e condizente com a estrutura de desigualdades socioeconômicas, raciais e sanitária que ainda estão expostos nas capitais brasileiras em pleno século XXI.

Esses resultados trazem a preocupação sobre os efeitos da pandemia da COVID-19 na saúde atual e futura dos idosos. Esse grupo foi o mais severamente afetado por essa pandemia e as desigualdades que foram exacerbadas em função dela podem ter impactado ainda mais os idosos residentes nas capitais mais vulnerabilizadas do Brasil.

## Agradecimentos

Oliveira BLCA é Bolsista CAPES/BRASIL e agradece o apoio para essa pesquisa. Agradece também a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Ceará (UFC), e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA.

## Referências

- ANDRADE DE SOUSA, B. et al. Apoio social e atividade física de idosos: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1–11, 2019.
- BARROS, M. B. DE A. et al. Changes in prevalence and in educational inequalities in Brazilian health behaviors between 2013 and 2019. **Cadernos de saude publica**, v. 38Suppl 1, n. Suppl 1, p. e00122221, 2022.
- BARROS, M. B. DE A.; GOLDBAUM, M. **Challenges of aging in the context of social inequalities. Revista de Saude Publica** Universidade de Sao Paulo, , 2018.
- CESÁRIO, V. A. C. et al. Trends in the access and use of health services in phc among brazilian older adults in the years 2008, 2013 and 2019. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4033–4044, 2021.
- DIEZ ROUX, A. V.; MAIR, C. Neighborhoods and health. **Annals of the New York Academy of Sciences**. Blackwell Publishing Inc., 2010.
- LAI, E. T. C.; YU, R.; WOO, J. Social gradient of self-rated health in older people-the moderating/mediating role of sense of community. **Age and Ageing**, v. 50, n. 4, p. 1283–1289, 1 jul. 2021.
- MALTA, D. C. et al. 2019 National Health Survey: sustainability and continuity of health surveillance of the Brazilian population. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saude Coletiva, , 2021.

MATHIS, A.; ROOKS, R.; KRUGER, D. Improving the neighborhood environment for urban older adults: Social context and self-rated health. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 1, 22 dez. 2015.

OLIVEIRA, B. L. C. A. **Desigualdades raciais em saúde e a mortalidade por cor/raça entre as cidades brasileiras no início do século XXI**. São Luís: EDUFMA, 2022.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. Social participation and self-assessment of health status among older people in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 581–592, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/IBGE**, coordenação de trabalho e rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

SOUSA, N. F. DA S.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. DE A. Social inequalities in indicators of active aging: A population-based study. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, p. 5069–5080, 2021.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. DE et al. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 207–216, jun. 2015.

STOPA, S. R. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2020315, 2020.

SZWARCWALD, C. L. et al. Socio-spatial inequalities in healthy life expectancy in the elderly, Brazil, 2013 and 2019. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, 2022.

TUR-SINAI, A.; SOSKOLNE, V. Socioeconomic status and health behaviors as predictors of changes in self-rated health among older persons in Israel. **Health and Social Care in the Community**, v. 29, n. 5, p. 1461–1472, 1 set. 2021.

WONG, M.; YU, R.; WOO, J. Effects of perceived neighbourhood environments on self-rated health among community-dwelling

older Chinese. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 6, 7 jun. 2017.

ZADWORNA, M. Pathways to healthy aging – Exploring the determinants of self-rated health in older adults. **Acta Psychologica**, v. 228, 1 ago. 2022.

## EXERCÍCIO FÍSICO NA PROMOÇÃO DA CAPACIDADE MOTORA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON

Sávio Luís Oliveira da Silva  
Carolina Goulart Coelho  
Oswaldo Luiz Gonçalves Quelhas  
Julio Vieira Neto  
Marco Antônio Araújo Leite

### Introdução

Os distúrbios neurológicos estão entre as principais causas de incapacidade na população e representam um grande ônus para a saúde pública, pois são incuráveis em sua maioria e pioram ao longo do tempo (GASKIN et al, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), há a estimativa de que os distúrbios neurológicos e suas sequelas afetem cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo (JAGLAL et al, 2014).

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa crônica que resulta da morte progressiva de neurônios dopaminérgicos localizados na substância negra e consequente degeneração das vias dopaminérgicas nos gânglios basais (BLISS; CHURCH, 2021). É a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente no mundo (PEYRÉ-TARTARUGA et al, 2021), acometendo aproximadamente 1% da população acima de 65 anos e 3-5% das pessoas acima de 85 anos.

Pacientes com DP apresentam sintomas motores como rigidez muscular, bradicinesia, tremores, instabilidade postural, alterações na marcha e disfunção autonômica (PEYRÉ-TARTARUGA et al,



2021). Os sintomas não motores da DP podem incluir depressão e outras manifestações psiquiátricas, dificuldade em engolir e falar, problemas urinários ou constipação, distúrbios do sono e uma infinidade de outros sintomas não vistos ou exibidos abertamente (BLISS; CHURCH, 2021).

Os sintomas da DP provocam um grave comprometimento da autonomia funcional, além de reduzir as interações sociais, contribuindo para sintomas depressivos que prejudicam a qualidade de vida dessa população (PEYRÉ-TARTARUGA et al, 2021). Postura, equilíbrio e mobilidade axial são a base sobre a qual muitas atividades do dia a dia são executadas, normalmente, sem pensamento consciente. Parar para se curvar e amarrar os sapatos ao caminhar, ou virar para olhar por cima do ombro ao dirigir, exige certo grau de movimento axial, flexibilidade e reação postural para manter o equilíbrio do corpo em relação às forças externas (BLISS; CHURCH, 2021).

Atualmente, não há terapia medicamentosa totalmente testada que possa modificar ou retardar a progressão da doença (CANCELA et al, 2020). Segundo os autores, embora alguns distúrbios motores, como o tremor, possam ser aliviados com terapia medicamentosa, sintomas como instabilidade postural dependem da gravidade da doença (unilateral-bilateral), estado da medicação (on-off) e dose da medicação (mg/dia) do paciente.

Embora as intervenções farmacológicas dopaminérgicas sejam eficazes na redução dos sintomas motores, estas medicações não são eficazes para melhorar os déficits de equilíbrio e reduzir as quedas em pessoas com DP (SPARROW et al, 2016). Além disso, o tratamento medicamentoso a longo prazo conduz frequentemente a discinesias induzidas por fármacos e a efeitos colaterais comportamentais (SUBRAMANIAN et al, 2016). Apesar dos melhores tratamentos farmacológicos e cirúrgicos, os sintomas da DP progressivamente debilitam esses pacientes, levando a uma incapacidade física, funcional e emocional crescente. Assim, os pacientes diagnosticados com DP frequentemente buscam abordagens alternativas para atenuar os sintomas motores.

O exercício físico foi proposto como uma das melhores estratégias não farmacológicas com influências positivas na DP (CHANG et al, 2018). Segundo os autores, muitos tipos de exercícios físicos – incluindo treinamento em esteira, treinamento de resistência, ciclismo, tai chi, tango e boxe – melhoram a função motora e as habilidades cognitivas não motoras em pacientes com DP.

Neste capítulo, abordaremos as evidências atuais sobre a eficácia do exercício como tratamento não-medicamentoso das disfunções motoras em indivíduos com DP, promovendo desta forma melhorias na capacidade motora e na qualidade de vida desses pacientes.

## **Metodologia**

Esta revisão de literatura considerou artigos publicados nos últimos cinco anos abordando a utilização do exercício como terapia não-medicamentosa para pacientes com DP. Neste sentido, a busca foi realizada nas bases *Scopus*, *Web of Science* e *PubMed Central*, e foram considerados na análise os trabalhos completos e originais que utilizaram algum tipo de atividade física como intervenção; avaliação de aspectos motores da DP e estudos realizados em humanos. Foram excluídos desta análise os estudos de revisão, protocolos de estudo e estudos-piloto; artigos que não utilizaram a atividade física como prática de intervenção; abordagem de aspectos não-motores da doença e estudos realizados em animais.

## **Discussão**

Os artigos analisados consideraram alguns comprometimentos motores específicos ocasionados pela DP, como congelamento da marcha (SILVA-BATISTA et al, 2020), velocidade da marcha (VIEIRA-YANO et al, 2020; GARNER et al, 2022; RAWSON et al, 2019), bradicinesia (CHANG et al, 2018), equilíbrio (GIARDINI et al, 2018; TAMINE et al, 2020; RAWSON et

al, 2019), destreza bimanual (JANSEN et al, 2021), qualidade de vida (RAWSON et al, 2019) e função motora (RAWSON et al, 2019; WAN, 2021).

Alguns trabalhos (VAN DER KOLK et al, 2019; CANCELA et al, 2020; GIARDINI et al, 2018) realizaram uma avaliação global de capacidades motoras e qualidade de vida, baseados em questionários específicos e validados para verificar tais variáveis, como o *Movement Disorders Society—Unified Parkinson’s Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)*, que avalia a capacidade motora, e o *Parkinson Disease Questionnaire-39 (PDQ39)*, comumente utilizado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes.

### **3.1. Déficits motores avaliados**

#### **3.1.1 – Distúrbios da marcha**

O comprometimento da marcha é a principal causa de incapacidade na doença de Parkinson (DP), e pode ser contínuo, como velocidade de marcha lenta e comprimento da passada reduzido, ou intermitente, como congelamento da marcha (VIEIRA-YANO, 2020). O congelamento da marcha afeta mais de um terço dos indivíduos com DP (SILVA-BATISTA, 2020), e é uma causa comum de quedas, dependência e má qualidade de vida. Ainda segundo os autores, o congelamento da marcha é um fenômeno complexo, e sua fisiopatologia permanece desconhecida.

#### **3.1.2 – Destreza Bimanual**

Caracterizada por descoordenação no acoplamento das forças de prensão e carga (JANSEN et al, 2021). Considerando que as tarefas bimanuais são um componente integral das atividades diárias, a falta de proficiência pode diminuir, segundo os autores, o nível de independência de um indivíduo, afetando a qualidade de vida geral.

### **3.1.3 – Equilíbrio**

No caso dos pacientes com DP, as condições de Equilíbrio representam alto risco de queda, (GIARDINI et al, 2018) por interferir diretamente na marcha (e pelas interações imprevisíveis entre as duas funções), e também por seus limites reduzidos de estabilidade.

### **3.1.4 – Demais distúrbios comuns à DP**

Os subescores do MDS-UPDRS (Movement Disorders Society—Unified Parkinson’s Disease Rating Scale) analisaram tremor em repouso, rigidez e acinesia (toques nos dedos, movimentos das mãos, movimentos alternados rápidos das mãos e agilidade das pernas), distúrbios motores bastante comuns em pacientes com DP.

## **3.2. Principais intervenções**

### **3.2.1 – Treinamento Resistido com Instabilidade (TRI)**

Recentemente, verificou-se que o TRI, uma intervenção com alta complexidade motora (ou seja, exercícios que exigem simultaneamente altas demandas cognitivas, proprioceptivas e de controle motor), melhorou não apenas o ajuste postural antecipatório e a função cognitiva, mas também sintomas motores e qualidade de vida em indivíduos com DP (SILVA-BATISTA et al, 2016).

Neste sentido, Silva-Batista e colaboradores (2020) analisaram os efeitos do TRI na capacidade motora e qualidade de vida de pessoas com DP, comparado com a reabilitação motora tradicional (exercícios sem complexidade motora). Neste estudo, os pacientes foram randomizados para o grupo de TRI (n = 17) ou para o grupo controle ativo (reabilitação motora tradicional, n = 15). Ambos os grupos treinaram 3 dias por semana durante 12 semanas (36

sessões de treinamento) em diferentes instalações. Cada sessão de treinamento durou entre 80 e 90 minutos.

A reabilitação motora tradicional (grupo controle ativo), consistiu em exercícios com foco em alongamento, marcha, equilíbrio, postura e exercícios com pesos livres de membros inferiores e superiores. O TRI consistiu em exercícios de peso livre para membros inferiores e superiores (meio agachamento, flexão plantar, supino, elevação de joelhos e avanço), combinados com dispositivos instáveis (ou seja, almofada de espuma, discos de equilíbrio, BOSU e bola suíça). Ao longo do período de 12 semanas, houve um aumento progressivo da complexidade motora.

O TRI mostrou-se mais eficaz do que a reabilitação motora tradicional, na melhora da relação de congelamento da marcha, sinais motores, qualidade de vida, amplitude de ajuste postural antecipado e ativação cerebral.

Em outro estudo, Vieira-Yano (2020) fizeram comparação semelhante para avaliar os efeitos na automaticidade da marcha, randomizando pacientes para um grupo experimental (TRI, n = 17) e para um grupo controle ativo (reabilitação motora tradicional, n = 15). O protocolo de testes foi o mesmo utilizado por Silva-Batista e colaboradores (2020). Ambos os grupos de treinamento melhoraram os parâmetros de marcha, mas o TRI foi mais eficaz do que a reabilitação motora tradicional na melhora da velocidade da marcha, no comprimento da passada, e na ativação cerebelar da região locomotora.

### **3.2.2 – Bicicleta estacionária**

Estudos demonstraram que o ciclismo estacionário a longo prazo, curto prazo (RIDGEL et al, 2009; RIDGEL et al, 2015; CANCELA et al, 2020) ou mesmo sessão única (RIDGEL et al, 2012) em uma intensidade mais alta melhorou a função motora e a velocidade da marcha em pacientes com DP. Sendo assim, Chang e colaboradores (2018) investigaram a eficácia do ciclismo em intensidade leve a moderada na DP em estágio inicial.

Treze pacientes com DP foram orientados para realizar treinamento de ciclismo duas vezes por semana durante 8 semanas, totalizando 16 sessões. Cada sessão incluiu um aquecimento de 5 minutos, fase principal e um desaquecimento de 5 minutos. O aumento de intensidade foi progressivo a cada semana. O estudo demonstrou que um exercício de ciclismo progressivo de baixa intensidade pode melhorar a função motora na DP, especialmente a acinesia. Os efeitos benéficos foram semelhantes aos dos programas de reabilitação utilizando o ciclismo em alta intensidade.

Em outro estudo, van der Kolk e colaboradores (2019) recrutaram 125 pacientes sedentários com DP. Os pacientes foram aleatoriamente designados (em uma proporção de 1:1) para exercícios aeróbicos feitos em uma bicicleta estacionária (grupo de intervenção aeróbica, n=61) ou alongamento (grupo de controle ativo, n=64). Ambas as intervenções foram domiciliares, exigindo 30-45 minutos de treinamento três vezes por semana durante 6 meses. Os grupos receberam um aplicativo motivacional e supervisão remota. Os treinadores foram capacitados com software de realidade virtual e vídeos da vida real, proporcionando a chamada experiência de *exergaming* (ou seja, exercício aprimorado por elementos gamificados).

Mesmo descartando-se os pacientes que não completaram a intervenção (45 pacientes desistiram durante o processo), foi possível constatar que um programa de exercícios aeróbicos multifacetados feito em casa atenua os prejuízos motores em comparação com exercícios de alongamento, flexibilidade e relaxamento com os pacientes em *off-state* (sem efeito da medicação dopaminérgica). No entanto, não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos de pacientes, quando testados sob efeito do medicamento (*on-state*).

Para determinar os efeitos de uma intervenção de exercício aeróbico de alta intensidade de membros inferiores, de exercício forçado (EF) e exercício voluntário (EV) no controle e coordenação das forças de preensão durante uma tarefa de destreza bimanual

na DP, Jansen e colaboradores (2021), realizaram a intervenção de exercício que consistiu em pedalar em bicicleta estacionária durante 45 minutos, três vezes por semana durante oito semanas, totalizando 24 sessões.

Oito semanas de exercícios de alta intensidade melhoraram as classificações clínicas do MDS-UPDRS em mais de 4 pontos (~15%) para os grupos EF e EV. O tempo para completar a tarefa também diminuiu quase 30% em ambos os grupos. O controle e coordenação das forças de preensão, a simultaneidade do início da força e a taxa de preensão e força de carga exibiram melhorias significativas após o exercício. O exercício aeróbico de alta intensidade, realizado de forma forçada ou voluntária, melhorou os sintomas da DP e a destreza bimanual.

### **3.2.3 – Esteira rolante**

A caminhada realizada em dupla tarefa pode ser definida como caminhar enquanto realiza outra tarefa que possa interferir na caminhada, como por exemplo, falar ou carregar uma bandeja (GABNER et al, 2022). A capacidade de realizar funções em dupla-tarefa tem um enorme impacto na independência e, portanto, na autonomia e qualidade de vida das pessoas.

Considerando essa relevância, Garner e colaboradores (2022) compararam os resultados da fisioterapia individualizada com o treinamento em esteira na marcha durante o desempenho de dupla tarefa. Cento e cinco pacientes (n= 105) com DP foram aleatoriamente designados para os grupos de intervenção (esteira, n=51 ou fisioterapia, n=54). O grupo 1 (esteira) recebeu 8 sessões de caminhada em esteira que foram construídas com intervalos de 5 × 5 min (25 min). O grupo 2 recebeu 8 sessões de fisioterapia e duas sessões de treinamento de resistência (todas as intervenções do Grupo 2 não incluíram caminhada em esteira). A intervenção fisioterapêutica individualizada focou-se nas percepções posturais, estratégias para melhorar a mudança de posições corporais (transferências), treino reativo, sensorial e antecipatório do

equilíbrio, bem como exercícios para melhorar a coordenação e flexibilidade.

Ambas as intervenções melhoraram significativamente a marcha em pacientes com DP leve a moderada. No entanto, a caminhada em esteira não apresentou benefícios significativos em relação à fisioterapia individualizada. Os dados sugerem que ambas as intervenções melhoram a caminhada de dupla tarefa e, portanto, apoiam a caminhada segura e independente.

### **3.2.4. Qigong**

É um método que envolve movimento corporal e respiração que promove a integração de corpo e mente e se apresenta como um tratamento não farmacológico adicional à diversas doenças neurodegenerativas. A intervenção de Qigong na saúde é um programa de atividade física estruturado, planejado e prescrito por um especialista em reabilitação. Saint-Hilaire e Elis (2013) demonstraram que esta terapia reduz a pressão, melhora o humor, a tolerância ao exercício, o equilíbrio e a função imunológica.

O estudo de Wan e colaboradores (2021) avaliou 52 pacientes que foram divididos aleatoriamente em grupos experimental e controle. Vinte e seis pacientes com DP no grupo experimental foram intervencionados com medicina de rotina e exercício físico de Qigong. Os outros 26 pacientes com DP como grupo controle foram tratados apenas com medicação regular. A intervenção de doze semanas foi realizada para o estudo, e os participantes completaram os exercícios programados 4 vezes por semana durante 60 minutos por sessão. Os dados que incluíram o equilíbrio cego unipodal, coordenação física e marcha foram coletados antes, durante e após a intervenção. As comparações foram feitas entre os grupos experimental e controle por meio da análise de variância de medidas repetidas.

Um total de 40 participantes (taxa de resposta de 77%) completaram o estudo. Não houve diferença significativa nos dados de linha de base. Após 12 semanas de terapia com Health Qigong, a



amplitude de movimento articular e a marcha melhoraram significativamente. No grupo controle não houve diferenças significativas nas variáveis acima, exceto para amplitude de movimento articular, que diminuiu. O estudo mostrou que os exercícios de Qigong podem melhorar significativamente as funções físicas em pacientes com DP, especialmente para a capacidade de equilíbrio, marcha, amplitude de movimento articular em pacientes com DP. Pode reduzir seu fator de risco de atividades da vida diária e melhorar sua qualidade de vida.

### **3.2.5. Tango**

A dança é definida como o ato de um ou mais corpos em movimento de uma forma rítmica estimulados pela música, o que exige um compromisso complexo e simultâneo de várias habilidades cognitivas como a memória e físicas incluindo efeitos relacionadas à aptidão física como controle de postura e equilíbrio (DHAMI et al, 2015). Exige controle postural e possui elementos de perturbação envolvendo controle do movimento, mudanças de direção espontâneas, variação rítmica e alterações de velocidade de movimento, que são dificuldades apresentadas pelos indivíduos com DP (HACKNEY e EARHART, 2009).

Para avaliar o impacto do Tango, caminhada em esteira e alongamento na marcha, equilíbrio, função motora e qualidade de vida de pacientes com DP, Rawson e colaboradores (2019) recrutaram noventa e seis participantes (idade:  $67,2 \pm 8,9$  anos, 42% do sexo feminino) com DP idiopática leve a moderada. Foram serialmente designados para tango, caminhada em esteira ou alongamento (grupo controle ativo) e participaram de aulas de uma hora duas vezes por semana durante 12 semanas. As avaliações ocorreram sem medicação antes e após a intervenção e no acompanhamento 12 semanas após a intervenção.

Como resultados, a velocidade para frente e para trás melhorou para o grupo de esteira desde o início até o pós-teste, e as melhorias persistiram no acompanhamento. A velocidade para

trás e o funcionamento motor melhoraram para o grupo de alongamento desde o início ao pós-teste, mas os resultados não persistiram no acompanhamento. Não houve mudanças significativas no grupo de tango ao longo do tempo.

### **3.2.6 – Treino de equilíbrio**

A combinação entre atividades motoras e estímulos sensoriais, como ritmo auditivo externo e/ou sinais visuais e estímulos táteis são estratégias de reabilitação cada vez mais apontadas pela literatura e recomendadas pela *American Academy of Neurology* desde 2006 como capazes de promover a neuroplasticidade (PIRES et al, 2014).

Capato e colaboradores (2020) analisaram a eficácia do treinamento de equilíbrio com e sem sinais auditivos rítmicos entre 154 indivíduos. Foram distribuídos aleatoriamente em três grupos; (1) 56 com treinamento de equilíbrio multimodal com estímulos sonoros rítmicos, (2) 50 com treino regular de equilíbrio multimodal sem estímulo auditivo rítmico; (3) 48 com intervenção de controle envolvendo um programa de educação geral. O treinamento foi realizado durante 5 semanas, 2 vezes por semana.

Os resultados mostraram que tanto o treinamento de equilíbrio multimodal quanto o treinamento regular melhoram o equilíbrio, mas o treinamento de equilíbrio multimodal adicionado de sinais auditivos rítmicos apresenta efeitos maiores e mais sustentados.

### **3.2.7. Exercícios de equilíbrio tradicionais e com instabilidade**

Com o objetivo de comparar os resultados do treinamento em plataforma com o de exercícios tradicionais visando o treinamento do equilíbrio dinâmico, dois protocolos de exercício de equilíbrio foram analisados por Giardini e colaboradores (2018). Os pacientes foram distribuídos em dois grupos, 15 na plataforma e 15 nos exercícios

tradicionais. A plataforma movia-se periodicamente no sentido anteroposterior, laterolateral e diagonal no plano horizontal.

Tanto na plataforma quanto os exercícios foram realizados em progressão de fácil a difícil. Observou-se que ambos os grupos apresentaram melhora no equilíbrio e na velocidade da marcha.

### **3.2.8. Boxe**

Como uma forma de exercício de alta intensidade, o boxe ganhou imensa popularidade para tratar os sintomas da DP. Morris e colaboradores (2019) sugerem que o boxe tem sido utilizado para promover a liberação de fatores neurotróficos, como o fator neurotrófico derivado do cérebro (FNDC), que suporta a sobrevivência e a produção de neurônios dopaminérgicos nos gânglios da base, melhorando a gravidade geral da doença.

Em estudo realizado por Sangarapillai e colaboradores (2021) durante 20 semanas, 40 participantes com DP idiopática foram randomizados em 2 grupos de tratamento, (n = 20) boxe ou (n = 20) exercício sensorial. Os participantes completaram 10 semanas de intervenção com sessões de 60 minutos três vezes por semana. Um efeito significativo de interação entre os grupos e o tempo foram observados, onde o grupo sensorial melhorou em comparação ao grupo boxe.

### **Considerações finais**

Atividades aparentemente simples, mas que são comprometidas em pacientes com PD, reduzem sua autonomia e conseqüentemente afetam a qualidade de vida dessas pessoas, fazendo com que o grau de dependência da ajuda de terceiros aumente. Essa dependência gera prejuízos emocionais, que prejudicam a socialização e a realização de atividades diárias.

A utilização de exercícios para atenuar os déficits motores da DP já está bem estabelecida na literatura sobre o assunto, conforme observado ao longo deste capítulo. Mesmo com benefícios

relatados para os mais diversos tipos de exercício, observa-se melhores resultados entre as tarefas complexas, que exigem um componente misto entre físico e cognitivo.

Vimos também que atividades como dança e artes marciais começam a ganhar importância em novos estudos, o que abre um campo interessante para novas pesquisas na área.

Tratando-se de uma doença neurológica e degenerativa ainda sem um tratamento que leve a cura, consideramos que intervenções com o intuito de proporcionar o retardo na progressão dos sintomas ou melhoria na qualidade de vida do paciente são importantes e bem-vindas. Neste sentido, o exercício ganha cada vez mais importância na vida dessas pessoas.

## Referências

BARBIERI FA, et al. Effects of disease severity and medication state on postural control asymmetry during challenging postural tasks in individuals with Parkinson's disease. **Hum Mov Sci**, v. 46, p. 96-103, 2016.

CANCELA J M, IMOLLINEDO I, MONTALVO S, SUAREZ MHV. Effects of a high-intensity progressive-cycle program on quality of life and motor symptomatology in a Parkinson's disease population: a pilot randomized controlled trial. **Rejuvenation Research**, v. 23, n. 6, p. 1-26, 2020

CAPATO TT, DE VRIES NM, INTHOUT J, BARBOSA ER, NONNEKES J, BLOEM BR. Multimodal balance training supported by rhythmical auditory stimuli in Parkinson's disease: a randomized clinical trial. **Journal of Parkinson's disease**. v. 13, n. 10, p. 333-346, 2020.

DE OLIVEIRA, B. M. et al. **A relação entre encefalopatia traumática crônica no boxe: uma revisão sistemática**. Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia, v. 7, n. 2, p. 138-145, 2019.

DHAMI P, MORENO S, SOUZA, JFX, New framework for rehabilitation–Fusion of cognitive and physical rehabilitation: the

hope for dancing. **Frontiers in Psychology Cognitive Science**, v. 5, p. 1478- 2, 2015.

DOS SANTOS, CVM. **Efeitos do programa de exercício otago com dupla-tarefa no risco de queda em adultos mais velhos**. 2018. Tese de Doutorado (doutorado em ciências da saúde). Instituto Politecnico do Porto (Portugal), 2018.

GABNER H, TRUTT E, Seiferth S, Friedrich J, Zucker J, Ziad S, Werner A, Jürgen W, Wolfgang H. J. Treadmill training and physiotherapy similarly improve dual task gait performance: a randomized-controlled trial in Parkinson's disease. **Journal of Neural Transmission**, n. 129, p. 1189–1200, 2022.

GIARDINI M, NARDONE A, GODI M, GUGLIELMETTI S, ARCOLIN I, PISANO F, SCHIEPPATI M. Instrumental or Physical-Exercise Rehabilitation of Balance Improves Both Balance and Gait in Parkinson's Disease. **Neural Plasticity**. V. 7, p. 561-642, 2018.

GUO Y, LIU FT, HOU XH, LI JQ, CAO XP, TAN L et al. Predictors of cognitive impairment in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **Journal of Neurology**, n. 268, p. 2713–2722, 2020.

HACKNEY, ME; EARHART, GM. Effects of Dance on Movement Control in Parkinson's Disease: A comparison of argentine tango and american ballroom. **J Rehabil Med**, v. 41, n. 6, p. 475–481, 2009.

HSIU-CHEN C, CHIN-SONG L, WEI-DA CCC, YI-HSIN W, YA-JU C. An 8-Week Low-Intensity Progressive Cycling Training Improves Motor Functions in Patients with Early-Stage Parkinson's Disease. **Journal of Clinical Neurology**, v. 14, n. 2, p. 225-233, 2018.

JANSEN AE, KOOP MM, ROSENFELDT AB, ALBERTS JL. High intensity aerobic exercise improves bimanual coordination of grasping forces in Parkinson's disease. **Parkinsonism & related disorders**. v. 20, n. 87, p. 13-19, 2021.

MONTEIRO-JUNIOR RS, et al. We need to move more: neurobiological hypotheses of physical exercise as a treatment for Parkinson's disease. **Med Hypotheses**, v. 85, p. 537-541, 2015.

NICOLIEN MVDK, NIENKE MV, ROY PCK, HILDE J, AEILKO HZ, BART P, BASTIAAN RB. Effectiveness of home-based and

remotely supervised aerobic exercise in Parkinson's disease: a double-blind, randomized controlled trial. *Lancet Neurology*, v. 18, p. 998–1008, 2019.

PIRES, S. et al. Pistas auditivas musicais na fisioterapia em grupos de doentes com Parkinson. *Arquivos de medicina*, n. 28, p.162-166, 2014.

RAWSON, KS, et al. Exercise and Parkinson's disease: comparing tango, treadmill and stretching. *Journal of neurologic physical therapy*. V. 43, n. 1, p. 26-32, 2019.

RIDGEL AL, et al. Active-assisted cycling improves tremor and bradykinesia in Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 93, p. 249-254, 2012.

RIDGEL AL, et al. Dynamic high-cadence cycling improves motor symptoms in Parkinson's disease. *Front Neurol*, v.6, n. 194, 2015.

RIDGEL AL, et al. Forced, not voluntary, exercise improves motor function in Parkinson's disease patients. *Neurorehabil Neural Repair*, v. 23, p. 600-608, 2009.

SANGARAPILLAI K, NORMAN BM, ALMEIDA QJ. Boxing vs sensory exercise for Parkinson's disease: a double-blind randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. v. 35, n.9, p. 769-777, 2021.

SILVA-BATISTA C, et al. Resistance training with instability for patients with Parkinson's disease. *Med Sci Sports Exerc*, v. 48, n. 9, p. 178-187, 2015.

SILVA-BATISTA C, LIMA-PARDINI, AC, PENTEADO MN, Coelho DB, BATISTA A, PIEMONTE MEP, BARBOSA ER, TEIXEIRA LA, PhD, CORCOS DM, AMARO JÚNIOR A, HORAK FB, UGRINOWITSCH C. A Randomized, Controlled Trial of Exercise for Parkinsonian Individuals With Freezing of Gait. *Movement Disorders*, v. 35, n. 9, 2020

SILVA-JUNIOR, AC. et al Repercussões da prevalência da Síndrome Metabólica em adultos e idosos no contexto da atenção primária à saúde. *Revista de Salud Publica*, v. 1, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rsap/2018.v20n6/735-740/pt/>. Acesso em 24 de outubro de 2022.

VIEIRA-YANO B, MARTINI, DN, HORAK FB, LIMA-PARDINI A, ALMEIDA F, SANTANA VP, LIMA D, BATISTA AX, MARQUESINI R, LIRA J, BARBOSA R E, CORCOS DM, UGRINOWITSCH C, SILVA-BATISTA C. The adapted resistance training with instability randomized controlled trial for gait automaticity. **Movement Disorders**, v. 36, n. 1, 2021

WAN Z, LIU X, YANG H, LI F, YU L, LI L, WANG Y, JIANG H, ZOU J, DU J. Effects of health qigong exercises on physical functions on patients with Parkinson's disease. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**. V. 28, n. 14, p. 941-950, 2021.

WANG Q, et al. The landscape of multiscale transcriptomic networks and key regulators in Parkinson's disease. **Nat Commun**, v. 10, p. 1–15, 2019.

## AS REPERCUSSÕES DA EXPERIÊNCIA DE ANSIEDADE NA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE JOVENS EM STARTUP

Luana Taynara Monteiro de Brito  
Lucas Guimarães Bloc  
Marselle Fernandes Fontenelle  
Maxmiria Holanda Batista  
Kassandra Maria de Araújo Morais  
Rodrigo Sérgio da Silva Rodrigues

### **Introdução**

De acordo com a ABStartup, Associação Brasileira de Startup (2017), Startups são negócios em fase inicial de desenvolvimento, com potencial de rápido crescimento. Sua principal característica envolve a inovação, apresentando para o mercado um novo produto ou serviço; escalabilidade, ou seja, poder de atingir de forma rápida um número de usuários com baixo custo, visto que, empresas deste modelo iniciam seu funcionamento com poucos recursos. Por operarem de forma enxuta, dependem da participação e alto engajamento dos membros que compõem as equipes, flexibilidade, alta capacidade de pensar novas formas de fazer constantemente, visto a necessidade de um ambiente inovador, com autonomia e responsabilidade.

Na sociedade contemporânea a vivência de um tempo acelerado torna-se uma condição para manter-se dentro do mercado de trabalho. Este aspecto impede aquilo que Calvosa (2022) chama de proposta de construção social que seria uma forma de possibilitar que os trabalhadores se tornem agentes ativos no



desenvolvimento de prazer, de significado e de colaboração dos lugares psicológicos ocupados pelo sentido do trabalho. Olhando para um cenário histórico, o indivíduo nunca esteve tão ameaçado pelos ritmos impostos de mudança como na contemporaneidade, dado a efemeridade das relações, sejam elas sociais, políticas ou econômicas. (PINTO, 2019).

O ritmo acelerado imposto pelo alto nível de inovação e contexto incerto e competitivo geram a exigência por desempenho e a demanda de produção ou entrega em um curto período, o que impacta diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores nesse contexto. Os resultados dessas transformações na estrutura do trabalho exigem que os profissionais adquiram diferentes competências para serem capazes de gerenciar diferentes tarefas com aumento do ritmo do trabalho e intenso fluxo de processos (ANTUNES, 2014).

Assim, a percepção do indivíduo sobre o conforto físico, social e ambiental em que está inserido e a forma como reage e busca superar problemas relativos a eventual ausência de conforto percebido são elementos primordiais a serem analisados. O nível de tolerância do indivíduo a estas condições que geram ansiedade se relaciona com o nível de bem-estar e saúde mental que esse mesmo indivíduo é capaz de manter, afetando, de forma abrangente, sua qualidade de vida. Portanto, a reestruturação da produção e do trabalho passam a ser vistas como necessárias para buscar condições de trabalho capazes de gerar satisfação e bem-estar do trabalhador e influenciar positivamente a produtividade (DOURADO, 2006).

Os transtornos de ansiedade, descritos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, abrangem apresentações relacionadas aos conceitos culturais de sofrimento, que são basicamente caracterizados por elementos difusos que se apresentam por: sintomas de transtornos distintos incorporados a um único conceito popular; uso de uma mesma expressão de sofrimento para definir diversas faixas de gravidade; uso de termo cultural para descrever diversos conceitos. Dessa forma, o termo

ansiedade pode ser usado para descrever uma síndrome (p.ex. transtorno de ansiedade generalizada), uma expressão de sofrimento (p.ex., uso da expressão “estou muito ansioso”) ou uma causa entendida como similar (p.ex., ‘estresse’) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A ansiedade pode emergir de ritmos demandados pela organização do trabalho, dos fatores estressores presentes no ambiente de trabalho, celeridade, excesso de trabalho, excesso de comprometimento individual e reconhecimento e remuneração desproporcionais ao esforço do colaborador. Esta questão de saúde que surge no ambiente de trabalho, pouco falada por quem estuda esse tema nas organizações, pode ter o mesmo valor da carga física, gerando esgotamento, desgaste e por fim um adoecimento (DEJOURS, 2015).

Dejours (2011) trata sobre a busca do trabalhador pelo que chama do ‘enigma da normalidade’, se referindo a um equilíbrio precário que o trabalhador é capaz de estabelecer diante do que chama de “a loucura do trabalho”, ou seja, as condições específicas das atividades às quais os trabalhadores são submetidos em função dos resultados que devem atingir. No entanto, para que tal equilíbrio ocorra, deve ser estabelecida uma espécie de compensação entre os conflitos e obstáculos encontrados no trabalho e a própria capacidade subjetiva do trabalhador de resolver problemas criativamente, tanto sob a ótica individual quanto no aspecto coletivo da cooperação. A qualidade de vida se insere nesse contexto à medida em que a melhoria do desempenho dos trabalhadores é percebida como resultante de uma lógica organizacional, onde o trabalho seja concebido sob uma abordagem sociotécnica, visando reduzir efeitos negativos para a saúde do trabalhador (TOLFO, 2002).

Assim, Qualidade de Vida no Trabalho é um termo que representa a forma como um conjunto de variáveis impacta na vida do indivíduo. As variáveis incluem condições ambientais, sociais, culturais, de saúde física e psicológica e outras que possam ainda ser acrescentadas pela percepção de importância que o próprio

indivíduo atribui, pois trata-se de questão subjetiva, mas, primordialmente, engloba o objetivo de conciliar as demandas e necessidades dos trabalhadores aos interesses de produtividade da empresa (FERNANDES, 1988).

Sendo o trabalho um ambiente diferenciado, com variáveis específicas relacionadas ao negócio, ao mercado, às atividades e demandas a ele inerentes, com regras e procedimentos próprios, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) estaria relacionada ao contexto da cultura organizacional, ao sistema de valores praticados pelas pessoas no ambiente de trabalho, aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações dos trabalhadores no que se refere ao que é resultante do seu esforço nas atividades e relações. Para além de questões estruturais e legais que diferenciam o ambiente de trabalho da sociedade de uma forma geral, as questões relativas à cultura de cada organização são influenciadas por condições naturais, tecnológicas e historicamente construídas (SHEIN, 2009).

Pelo olhar de mercado, no que concerne à alta competitividade e cada vez mais elevada necessidade de agilidade e inovação, a QVT chega a ser utilizada para descrever valores relacionados com a qualidade das experiências humanas no ambiente de trabalho, em que estratégias para a sua melhoria contribuem para uma indispensável melhoria na produtividade (LASZLO, 1987). Sob ótica mais ampla, a QVT, que foi inicialmente baseada em critérios tais como compensação, condições de trabalho, relevância do trabalho, oportunidades imediatas e futuras de desenvolvimento do indivíduo, tem sido melhor compreendida à medida em que inclui questões relativas à subjetividade humana, como as necessidades que impactam em mudanças nos próprios modelos de atividades, identidade do trabalhador com a tarefa e possibilidade de retroalimentar o processo com suas próprias percepções (LIMONGI-FRANÇA, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), no que tange à saúde, a qualidade de vida se integra em uma implicação social da construção coletiva dos padrões de bem-estar e aceitação que

determinada sociedade estabelece como um paradigma adequado. Neste campo, o desenvolvimento da qualidade de vida passou a ser caracterizado como um resultado a ser alcançado com práticas assistenciais individuais ou coletivas, bem como nas políticas públicas por meio de ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Logo, os dados sobre a qualidade de vida têm sido aplicados como parâmetro para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinadas condutas em grupos de indivíduos.

Ao direcionarmos a qualidade de vida para os processos de trabalho, e considerando que o trabalho assume um peso importante na vida pessoal e profissional do trabalhador, é flagrante observarmos um mercado contemporâneo em ampla competição, em que as empresas se preocupam mais com o lucro e com a competitividade, exigindo dos trabalhadores mais tempo de trabalho e altas metas com prazos cada vez menores, passando a qualidade de vida, a ocupar um lugar prescindível, apesar da sua relevância. Segundo Limongi-França (2004), os olhares e concepções sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), são multifacetadas, com implicações éticas, políticas e expectativas pessoais. Para Laszlo (1987), a QVT é utilizada para descrever valores relacionados com a qualidade das experiências humanas no ambiente de trabalho, em que estratégias para a sua melhoria, contribuem para uma indispensável melhoria na produtividade.

Diante disto, esta pesquisa se direciona para compreender a experiência de ansiedade em trabalhadores que atuam em Startup e suas repercussões na qualidade de vida e saúde mental desses trabalhadores.

## **Metodologia**

Este estudo se caracteriza como um tipo de estudo qualitativo. Utilizando um viés exploratório, buscou-se compreender mais sobre a temática abordada a partir das pessoas inseridas nele, obtendo dados de forma descritiva da experiência dos participantes. Objetivou-se compreender os

significados, as experiências e o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos ao levantamento e quantificação de variáveis (GODOY, 1995).

Dentre os métodos possíveis de pesquisa qualitativa, utilizamos o método fenomenológico crítico, em função do teor investigativo com foco em compreender um fenômeno. O que caracteriza essa metodologia é que os pesquisadores se mantêm atentos ao significado da experiência vivida pelos participantes (MOREIRA, 2004). Sendo assim, o olhar desta pesquisa esteve direcionado a compreender como a relação do participante estabelecida com o seu trabalho constitui a experiência de ansiedade e suas repercussões na saúde mental e qualidade de vida desse profissional. Trata-se da busca da compreensão de uma experiência que se dá no entrelaçamento do universal com o singular. Há um mundo contemporâneo que favorece a expressão da ansiedade diante de diferentes modos de atuação no contexto do trabalho e também uma experiência que é vivida por um jovem que adentra nesse contexto e possui uma história particular.

Para acessar tal material descritivo foi utilizado entrevista semiestruturada como instrumento de pesquisa. A entrevista semiestruturada permite o acesso à percepção da experiência dos participantes da pesquisa a partir de perguntas norteadoras definidas previamente (MORE, 2015). No caso da utilização dessa ferramenta no método fenomenológico, parte-se apenas de uma pergunta de partida, duas ou no máximo três, com o intuito de garantir que o objetivo de compreender o vivido a ser explorado será alcançado a partir da descrição das experiências (MOREIRA, 2004).

A pesquisa contou como critério de inclusão: ser jovem entre 20 e 35 anos; atuar em *Startup* na cidade de Fortaleza no período em que a pesquisa foi desenvolvida e que fosse funcionário da *Startup* há pelo menos 6 meses; e que considerasse viver experiências de ansiedade no dia a dia de trabalho. Foi considerado como critério de exclusão: colaboradores que, por algum motivo, estavam afastados das suas organizações, e pessoas que atuaram

em *Startup* fora do período em que a pesquisa foi realizada. Foram utilizadas duas perguntas norteadoras, sendo elas: Como é trabalhar em uma startup? Como você descreveria a sua ansiedade? Partindo dessas duas perguntas, o intuito é compreender a experiência do participante de forma descritiva.

O recrutamento de participantes foi feito através de chamadas em redes sociais, para atrair as pessoas que se enquadram nos critérios de inclusão da pesquisa. Utilizamos o “Instagram” e o “Linkedin” como canais de divulgação de forma aberta, para levantamento de interessados a participar da pesquisa de forma voluntária. O convite foi realizado com uma breve apresentação da pesquisa, contendo o objetivo e os critérios de inclusão e exclusão, solicitando a sinalização de interesse em participar através de canais privados nas respectivas redes sociais e resguardando os participantes de qualquer exposição e revelação de identidade de forma pública.

Após a realização do convite individual, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e informado ao participante que qualquer envolvimento na pesquisa se daria após anuência através do termo de participação. Qualquer dado pessoal coletado, como nome, contato, e-mail, idade e local de trabalho, foram preservados e salvos de uma forma que não sejam acessados por terceiros.

Foram entrevistados oito participantes, com a média de idade de 26 anos, dentre eles, seis mulheres e dois homens. Todos atuam em empresas de tecnologia, variando entre fintech, do ramo financeiro, edtech, startup de educação, empresa de marketing com foco em relacionamento com o cliente e empresa de telecomunicação. Eles têm uma média de tempo de atuação nessas empresas de 1,8 anos.

Dos participantes, apenas três não fazem acompanhamento psicológico, cinco realizam psicoterapia e dois realizam acompanhamento tanto com psicólogo, quanto como psiquiatra. Essas duas pessoas fazem uso de medicação. Duas pessoas

entrevistadas passaram por períodos de afastamento do trabalho, associado a ansiedade

Os encontros para realização das entrevistas aconteceram online através da plataforma de vídeo chamada “Google Meet”. A pesquisa não esteve centrada em uma única organização, mas contou com pessoas que possuíam vínculo empregatício dentro do período em que a pesquisa foi realizada.

A análise dos dados coletados foi realizada seguindo o método fenomenológico e o que Moreira (2004) nomeia de análise fenomenológica mundana. Para análise das entrevistas de cada participante foi realizado: 1. Transcrição dos elementos que surgiram na entrevista, tais como falas, expressão corporal e até mesmo a entonação da conversa; 2. Identificação dos temas que emergiram; 3. Restrição ao fenômeno através da redução fenomenológica, buscando suspender a *prioris*, estabelecendo uma distância entre experiências pré-concebidas e a temática do estudo; 4. Saída do parêntese estabelecido anteriormente, entre as ideias pré-concebidas a respeito do tema e a atenção centrada no fenômeno emergente, para analisar os resultados encontrados alinhados à hipótese da pesquisa.

Esta pesquisa foi realizada de acordo com os padrões éticos, como se refere à Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes. Foi devidamente aprovada pelo CEP/CONEP sob o CAEE no 47835821.0.0000.5052.

É importante frisar a realização da pesquisa diante do cenário de pandemia da Covid-19, que gerou alterações sociais que impactou inclusive o mundo do trabalho, com privação das relações e exposição a condições estressoras. Essa conjuntura pode desencadear adoecimento mental, principalmente pela exposição a sobrecarga de tarefas e emocional, somada ao medo de contaminação (Brasil, 2020). Sendo assim, esse contexto pode ter influenciado na experiência dos participantes no período em que a pesquisa foi realizada.

## Resultados e discussões

Ao analisar as entrevistas dividimos o material coletado em duas categorias: 1. O tempo vivido diante das características de trabalho em *Startup*; 2. “É difícil frear”: a celeridade requerida para o alcance de resultados;

### O tempo vivido diante das características de trabalho em *Startup*

Diante da análise das entrevistas, um dos fatores que mais atravessa a experiência dos participantes é a dimensão do tempo. Thaís destacou em sua fala a percepção de tempo vivida nesse contexto: “Um dia é uma semana, uma semana é um mês e um mês é um ano.” Já Pedro mencionou: “Atuei em um escritório de advocacia mais tradicional, lá, um processo levava sete dias para acontecer, me questionava se não estava perdendo tempo, porque em *Startup*, esse pode ser o tempo que um processo pode levar para não fazer mais sentido.”

O ritmo de trabalho pode ser considerado um fator psicossocial. É considerado efeito potencialmente adoecedor quando oferece risco de danos psicológicos, físicos e sociais (JACINTO, 2017). Embora as novas formas de gestão adotadas em empresas possam dar a possibilidade das pessoas gerenciarem o próprio trabalho este aspecto pode culminar em preocupações constantes, alterações no sono, insegurança, autocobrança, sintomas psicossomáticos e ansiedade (VIAPIANA, 2018).

Dentre os sintomas que envolvem quadros mais agudos de ansiedade, podemos encontrar a insônia, inquietação, angústia, dificuldade de concentração e dificuldade em relaxar. A pessoa pode viver em constante estado de alerta, tensa, nervosa e irritada. Além disso, existem sintomas físicos como a dor de cabeça, dor no corpo, batimentos cardíacos acelerados e tontura. Esses sintomas podem prejudicar a esfera pessoal, social e ocupacional de um indivíduo em sofrimento (DALGALARRONDO, 2018).



Deste modo, entendemos que a qualidade de vida e as patologias sociais são dimensões fundadas na e pela rotina e/ou modo (estilo) de vida da sociedade (ALMEIDA, 2009) e são inerentes aos ambientes (SILVA *et. al*, 2022). Sendo assim, um fator que emerge da relação entre o indivíduo e seu entorno e que podem causar efeitos de saúde ou adoecimento, a depender das condições apresentadas.

Contextos de pressão, tensão e ritmos desenfreados de produtividade se tornam uma realidade comum. Diante dessa lógica, o indivíduo se sente em estado de alerta diante do próprio trabalho, com medo de errar, de não atender as demandas da organização, de colocar em risco o seu próprio trabalho e de não atender prazos e qualidade (LINHART, 2014).

Esse modo de funcionamento específico de *Startup*, influencia na maneira em que o trabalhador vivencia o trabalho. Algo bastante característico é o ritmo que os impedem de frear, como foi descrito em falas das entrevistas, o número de tarefas e o nível de prioridade assumido por todas elas, assim como, a forma como essas demandas ocupam o sujeito fora da sua esfera de trabalho.

Os jovens entrevistados relataram um alto nível de mudanças e responsabilidade exagerada diante das suas atividades. Isso parece contribuir para a existência de um ambiente estressor, influenciar na contínua adaptação do indivíduo no contexto em que está inserido e levar a uma ansiedade constante e exacerbada. Para Pinto, a ansiedade é um alerta diante do meio que pode representar em algum nível perigo à integridade humana, que pode ser constante, levando o indivíduo a um estado de agitação (PINTO, 2021). Ela se reflete em um quadro sintomático, que envolve sintomas como alterações do sono, aumento da frequência cardíaca, tensão muscular, aspectos emocionais tais como: pensamentos acelerados e negativos da realidade e paralisação (RIBEIRO, 2015).

Lívia descreveu como sua experiência reflete em seu quadro de sintomas:

“Eu penso no trabalho antes de dormir, muitas vezes sonho com trabalho, passo o final de semana pensando no trabalho, um espaço que seria para descanso, existe o pensamento de não vou conseguir entregar”, paraliso diante de situações, é tanta coisa, que não sei por onde começar, me sinto confusa. É difícil de agir, perco o foco, além disso, a cabeça não para. Isso resulta em um medo de não entregar e fracassar.”

Em negócios como Startup há sempre a necessidade “escalabilidade” do negócio, termo utilizado para designar a rapidez com que o produto tem para atingir o maior número de usuários possível, garantindo retorno ao negócio em um curto período (ABStartup, 2017). Isso influencia na forma com que resultados são mensurados, tudo é construído para ser vivido em um curto espaço de tempo.

### **“É difícil frear”: a celeridade requerida para o alcance de resultados**

Em *Startup*, o alcance de resultados em um curto período de tempo resulta da necessidade em atender prazos de investidores ou até mesmo garantir faturamento para assegurar a continuidade da empresa. Thaís mencionou: *“Em Startup você tem a sensação que precisa fazer tudo de uma vez, é tudo muito urgente. Parece que tudo tem que acontecer na mesma hora. Já esqueci que sou só uma e preciso fazer uma coisa de cada vez”*.

Nas entrevistas, a dimensão resultado foi que a apresentou maior grau de influência na qualidade de vida por quem atua nesse contexto. Duas pessoas entrevistadas relataram afastamento por motivos de saúde emocional, por não conseguirem mais lidar de forma saudável com o nível de cobrança.

Bruna relata:

“Quando entrei em contato com cobrança e prazos, isso me deixou mais ansiosa. Teve uma hora que eu pifei. Passei a sentir muita enxaqueca, fazendo o mínimo nas minhas tarefas, as coisas estavam

virando uma bola de neve e então cheguei para minha gestora e falei que eu não sabia se precisaria pedir demissão. Procurei ajuda médica, peguei um atestado e precisei me afastar do trabalho.”

Luísa relatou afastamento por dois períodos por experienciar uma crise de ansiedade diante das demandas:

“Teve um período que eu estava tão ansiosa que eu não conseguia trabalhar, eu estava fazendo o básico, porque eu estava tão ansiosa que não conseguia me concentrar. Realmente isso era a ansiedade me bloqueando. Minhas crises deixaram de ser pontuais, foi quando comecei a tomar paroxetina.”

A ansiedade, então, se associa ao risco de não seguir a velocidade do “foguetete”, como muitas empresas desse modelo de negócio fazem referência, pois a situação de trabalho é atravessada pelo receio de não acompanhar essa celeridade (DEJOURS, 2011).

Esse sofrimento parece ser desencadeado por aquilo que Dejourns (2018) nomeia de medo da incompetência. Esses jovens sofrem com o receio de não acompanhar a demanda requerida para eles e não atingir as exigências por resultado, ritmo, conhecimento, capacidade resolutiva diante dos problemas e situações novas. Além disso, estão expostos a desafios que requerem um maior grau de formação ou experiências que jovens com sua faixa etária ainda não experienciaram.

Além de todas essas características em *Startup*, independente da posição que os colaboradores ocupam, eles assumem muitas atribuições. Por assumir responsabilidade com pouca idade, pouca experiência e muita disponibilidade para fazer acontecer, acabam servindo como peça-chave para uma engrenagem que tem o objetivo de operar de forma enxuta.

Durante a entrevista, Lívia relatou o ciclo de cobrança que vive:

“Constantemente eu me vejo em um ciclo de autocobrança, isso acontece porque como são empresas formadas por jovens que estão

no início da carreira, é muito comum que existam experiências novas, nunca vivenciadas, e como não tem ninguém mais experiente para dizer que é exatamente daquela forma que resolve, isso gera a auto responsabilidade.”

O aspecto relatado acima surge como reflexo da dinâmica do trabalho, exposição a riscos psicossociais e estressores. Que podem estar associados à alteração na forma em que o sujeito vive o seu trabalho, afetando seu bem-estar e as queixas sintomáticas geradas a partir dessa experiência (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Em Startup, podemos identificar este fenômeno emergir a partir da demanda por rápida resolução de problemas e adaptação constante, afetando na forma com que o trabalhador assimila sua realidade laboral. Isso vem associado a resultados pela sobreposição de demandas e configuração desse trabalho, com constantes urgências.

O trabalhador passa a ter a percepção de que seu tempo foi condensado, fazendo com que cresça a ampliação de jornadas ou a intensificação do trabalho. Isso influi na realização de muitas atividades por um único colaborador que poderia dividir sua responsabilidade com outra pessoa, ou que acaba abraçando atividades diferentes de um único setor. A Bruna descreveu esse último fator como positivo e negativo:

“Por mais que você tenha um cargo definido, você nunca acaba trabalhando única e exclusivamente por aquilo. Vim atuar no time de Marketing para trabalhar de forma estratégica, analisar dados, no entanto, é inevitável eu não atuar com design, *copywriter*. É ruim pelo volume de entrega que eu tenho, algumas sem relação com o cargo a qual eu fui contratada.”

Por atuarem de maneira enxuta, *Startup* depende de uma divisão de trabalho que faz com que um único trabalhador atue com diferentes frentes de um mesmo trabalho, exercendo uma função de forma generalista. Isso pode contribuir para sobrecarga e a sensação de que não vai ser possível entregar uma determinada

demanda. Isso revela um contexto de constante excitação, que irá exigir do indivíduo da mesma forma, constantes enfrentamentos, podendo gerar confiança ou medo, a depender do suporte ambiental ou do autossuporte (PINTO, 2021).

Segundo Dejours (2018), a ansiedade pode estar conectada com as relações de trabalho atrelada à relação estabelecida com lideranças, podendo esta assumir níveis de assédio moral, na imposição de metas, cobranças, imposição de ritmos e jornadas prolongadas, além da relação com outros trabalhadores.

É muito comum lideranças ultrapassarem a carga horária de trabalho para o alcance de metas, organização do trabalho e realização de atividades diversas, influenciando reuniões fora do horário de trabalho ou sensação de supervisão do trabalhador que cumpre jornadas em horário comercial, por exemplo, fazendo com que exista uma sensação de cobrança e espaço para autocobrança. É comum existir o uso de desempenho como único critério de promoção e pouca valorização de momentos de pausa, com falas em tom de “brincadeira”, que denotam um nível de realidade, como: “férias para que?”, “Já vai embora?” Está cedo.”

Joana descreveu sua experiência com essas relações e como ela influencia na sua experiência de ansiedade:

“Hoje o sintoma que mais tenho dificuldade em controlar é a dificuldade de dormir, eu não tenho insônia, mas as vezes vou me preparar para dormir e lembro de uma meta, o que você vai fazer? E aí lembro do que outra pessoa falou, uma cobrança, um comentário mais incisivo, e aí já deu duas horas da manhã e eu não dormi, no outro dia já acordo cansada.”

Os resultados apresentados corroboram com a necessidade de busca de equilíbrio entre as condições de trabalho e a percepção de conforto do trabalhador, para que seja alcançada a qualidade de vida. Nesse caso, no entanto, há demonstração de que as variáveis relacionadas ao trabalho, aqui caracterizadas por elementos tais como ritmo de trabalho, pressão por atingimento de metas,

multifuncionalidade, têm sido percebidas pelos trabalhadores como força opressora maior do que suas capacidades de tolerância, uma vez que os relatos se concentram no ritmo potencialmente adoecedor, associado a dinâmica de trabalho e a carga psíquica a que os trabalhadores estão expostos no dia a dia, com tanta demanda por adaptação

### **Considerações finais**

Esse trabalho nos permitiu compreender a forma como as características presentes no contexto laboral em Startup contribui para o modo específico que trabalhadores vivenciam seu trabalho e para a influência desse ambiente para a experiência acentuada de ansiedade e prejuízos a qualidade de vida.

A celeridade de processos e a influência disso no desenvolvimento de autocobrança para o alcance de resultados, as relações de trabalho atravessadas por assédio moral para alcance de metas e resultados, a hipersolicitação do trabalhador e o cenário de instabilidade como fatores que influenciam para a experiência de adoecimento dos trabalhadores.

Por se tratar de um modelo de negócio emergente, pode-se questionar a especificidade desse cenário. Apesar disso, foi possível identificar características do mundo do trabalho contemporâneo presentes nesse meio que favorecem o surgimento de adoecimento, mais especificamente a ansiedade, nos dando um panorama de como pode existir uma patologia social no mundo do trabalho, evidenciada por esses aspectos.

Tais elementos nos levam a refletir sobre a presença dessas características cada vez mais frequentes em diferentes modelos de negócio e recomendar estudos complementares capazes de propor modelos de atuação que possibilitem o equilíbrio entre as exigências e os modos de organização do trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores.

## Referências

- ABStartup**. O que é uma startup? Associação Brasileira de Startup. Acesso em: 08 abril 2021 <<https://abStartup.com.br/o-que-e-uma-startup/>>
- ALMEIDA, L. **O trabalhador no mundo contemporâneo: Psicodrama nas organizações**. Ed. Ágora, 216p., São Paulo, 2004.
- ALVIM, M. B. A relação do homem com o trabalho na contemporaneidade: uma visão crítica fundamentada na gestalt-terapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.6, n.2, p.122-130, Rio de Janeiro, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5**. Tradução Maria Inês Correa Nascimento, *et al.* Rervisão Técnica Aristides Volpato Cordioli, *et al.* 5.ed., 948p., 2014.
- ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 28, p.81, São Paulo, 2014
- BRASIL. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Informativos em Saúde do Trabalhador. [Acessado em: 10 janeiro 2022] <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs>
- CALVOSA, M. V. D. Relevância do trabalho e da qualidade de vida no trabalho para a sociedade. **Revista de Administração de Empresas**, v. 62, n. 2, 2022.
- CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: Uma revisão de literatura. **Ciênc Cuid Saúde**; v.7, p:232-240, São Paulo, 2008
- COSTA, V.E.S.M.; MEDEIROS, M. O tempo vivido na perspectiva fenomenológica de Minkowski. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.2, p.375-383, Paraná, 2009.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Artmed. Porto Alegre, 2018.
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim, Ed. FGC, Rio de Janeiro, 2011.

- \_\_\_\_\_. **A Loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay, Lúcia Leal Ferreira. Ed. Cortez. São Paulo, 2018.
- DOURADO, D.C.P.; CARVALHO, C.A. Controle do homem ou qualidade de vida no trabalho? **Cadernos EBAPE**. V.4, nº4, 2006.
- FERNANDES, E.C. *et al.* Qualidade de vida no trabalho (QVT) – uma experiência brasileira. **Revista de Administração**, v.23, São Paulo, 1988.
- GODOY, S.A. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE Artigos**.v.35, n.2, p.57-63, São Paulo, 1995.
- HAN, B.C. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. Ed. Vozes, 80 p. Rio de Janeiro, 2015
- JACINTO. A.; TOLFO. S.R. Riscos Psicossociais no trabalho: Conceitos, variáveis e instrumentos de pesquisa. **Perspectivas em Psicologia**. v. 21, n.1, pp. 39-55, Santa Catarina, 2017.
- KINRYS. G; WYGANT. L. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? **Rev Bras Psiquiatr**. v.27(Supl II), p.43-50, 2005.
- KLUTHCOVSKY A.C.G.C.; TAKAYANAGUI A.M.M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Rev Salus**. v.1(1): p.13-5, 2007.
- LASZLO E. **Evolution: The grand synthesis**. Ed. Shambala, 200p., Boston, 1987.
- LIMONGI-FRANÇA, A.C. Qualidade de Vida no Trabalho: Conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2ª ed. Atlas. São Paulo, 2004.
- LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. Trabalho, Educação e Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 9, n. 1, p. 149-160, Rio de Janeiro, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Modernização e precarização da vida no trabalho**. In R. Antunes. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III. 1ª. ed. Boitempo. São Paulo, 2014
- MINKOWSKI, E. O tempo vivido. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v.17, p.87-100, 2011.
- MORÉ. C.L.O.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Dilemas epistemológicos



e desafios de sua construção e aplicação. **Atas - Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais**. v.3, 2015.

MOREIRA, V. O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. V.17, pp.447-456. 2004.

PINA, J.A. STOTZ, E.N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, v.39 (130), p.150-160, São Paulo, 2014.

PINTO, E. B. A ansiedade: Alguns aspectos de sua vivência na contemporaneidade. *Compreensão Diagnóstica em Psicoterapia*. **X Jornada Paulista de Gestalt**. São Paulo, 2019.

\_\_\_\_\_. **Dialogar com a Ansiedade**: Uma vereda para o cuidado. 1a. Ed. São Paulo. Summus, 2021.

ROCHA-DE-OLIVEIRA, S. *et al.* Juventudes, gerações e trabalho: é possível falar em geração Y no Brasil?. **Organ. Soc. Salvador**, v.19, n.62, p.551-558, 2012.

RIBEIRO, H.C. Ansiedade. Newsletter. **Carpsi Serviços em Psicologia, Saúde e Gestão**. Ed. 15, 2015.

RIBEIRO, H. *et al.* Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Rev Bras Saude Ocup** v. 44: e1, 2019

SHEIN, E.H. **The Corporate Culture Survival**. Jossey-Bass; 2.ed., 240p., 2009.

SILVA, A.F.O.S. *et al.* Qualidade de Vida: uma reflexão sobre a cidade de São Paulo. **Revista Saúde e Meio Ambiente**. V, n., Mato Grosso do Sul, 2022.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. C. A qualidade de vida no trabalho nas melhores empresas para trabalhar no Brasil: disjunções entre teoria e prática. **Rev. de Administração Contemporânea**. v.5, Paraná, 2001.

VIAPIANA, V. N. *et al.* Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde debate**. v. 42, p. 175-186, Rio de Janeiro, 2018.

## INDICADORES DE RESULTADO DE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL HUMANIZADA EM CUIDADOS INTENSIVOS E QUALIDADE DE VIDA

Aramid Gomes  
Sílvia Ramos  
Ana Rosinhas  
Paula Encarnação

### Introdução

A *World Health Organization* definiu Qualidade de Vida (QV) como uma percepção do pessoa relativamente à sua posição na vida dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores onde vive, e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994; “Health-Related Quality of Life (HRQOL) | CDC”, 2018). No contexto atual dos cuidados de saúde, os cidadãos exigem dos profissionais de saúde uma abordagem diferente que requer uma mudança de paradigma, passando a colocar no centro dos cuidados de saúde a pessoa, os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. O contexto das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), caracterizados por um ambiente de enorme complexidade técnica, humana e tendencialmente focado no tratamento da doença, requer respostas inovadoras e humanizadas que permitam integrar os desejos e objetivos individuais das pessoas, tanto nos cuidados como nos indicadores de resultado com impacto na qualidade assistencial e na QV da pessoa. Este capítulo tem como objetivos identificar os indicadores de uma prática profissional humanizada em UCI e analisar a relação entre essa mesma prática e os ganhos na QV da

pessoa em situação crítica, através de uma revisão de literatura não sistemática, com síntese narrativa.

## **Indicadores de qualidade em Unidades de Cuidados Intensivos**

Em 1952, a epidemia de poliomielite em Copenhaga, conduziu a uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde. A necessidade de utilização de suporte respiratório em pacientes com insuficiência respiratória por poliomielite bulbar esteve na origem do desenvolvimento das primeiras UCI (PAIVA *et al.*, 2016). Desde então, de entre os desenvolvimentos mais importantes ocorridos na medicina, nas últimas décadas, contam-se os registados nas UCI e na sua capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência eminente, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis e acompanhados pelo avanço da prática assistencial, de avaliação e de investigação (PENEDO *et al.*, 2013). Com este desenvolvimento emergiu a necessidade de serem definidos indicadores que permitam medir o desempenho do sistema, a qualidade da assistência dos cuidados e demonstrar até que ponto os esforços de melhoria levam a mudanças desejáveis ou contribuem para resultados não intencionais (BRAITHWAITE *et al.*, 2017). Seguindo o quadro conceptual de Donabedian (2005), dividiram-se os indicadores em três domínios: os de estrutura, os de processo e os de resultados. Os indicadores de estrutura refletem os ambientes onde os cuidados são realizados e os recursos vinculados à prestação de cuidados. Os indicadores de processo refletem a prestação do cuidado, ou seja, o conteúdo e as atividades do cuidado. Os indicadores de resultados ilustram os resultados referentes aos cuidados prestados, tanto para o paciente quanto para a organização (DONABEDIAN, 2005; SANTANA *et al.*, 2018; “Organizing Quality Measures by Domains of Health Care Quality”, [s.d.]). Nesta perspetiva, Rhodes *et al.* (2012), em colaboração com a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, definiram nove indicadores de qualidade em UCI agrupados em

três domínios: i) indicadores de estrutura - UCI que cumprem os requisitos legais obrigatórios relativos à organização, funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade de prestação de cuidados intensivos; disponibilidade de um médico intensivista e disponibilidade de um sistema de notificação de eventos adversos nas 24 horas; ii) indicadores de processo – presença de equipas clínicas multidisciplinares em todos os turnos e procedimentos de transferência padronizados; iii) indicadores de resultado – causas e taxas de mortalidade; taxa de readmissão na UCI às 48 horas após a alta; taxa de infeção relacionada com o Cateter Venoso Central e taxa de extubações endotraqueais acidentais. Atendendo à monitorização de indicadores de qualidade e aos objetivos dos ensaios clínicos randomizados realizados em UCI, percebe-se que estes priorizam resultados focados na doença em detrimento de indicadores centrados na pessoa (TEIXEIRA; KERN; ROSA, 2021). Embora a mortalidade seja um indicador de resultado determinante na prestação de cuidados nas UCI para todos os intervenientes, os cuidados centrados na pessoa e os resultados que podem surgir com esta abordagem tendem, atualmente, a ganhar mais relevância. A heterogeneidade dos instrumentos de medida parece dificultar esta mudança, constituindo-se como uma barreira para a sistematização e interpretação destes indicadores, bem como para a realização de novos estudos (TEIXEIRA; KERN; ROSA, 2021). Neste sentido, uma mudança de paradigma onde a QV, a capacidade funcional e a capacidade cognitiva possam ser consideradas como indicadores de resultados, introduzem a pessoa como foco de atenção e podem refletir melhor os desejos dos pacientes durante o internamento em UCI (AURIEMMA *et al.*, 2021; TEIXEIRA; KERN; ROSA, 2021).

### **Humanização dos cuidados em Unidades de Cuidados Intensivos**

A “Humanização dos Cuidados” (HC) é um conceito amplo, que aborda aspetos multidisciplinares do cuidado centrado na

pessoa e no paciente (HÅKANSSON EKLUND *et al.*, 2019), usado frequentemente para representar uma abordagem antropocêntrica de respeito pela dignidade de cada pessoa, que a coloca no centro dos cuidados e cujo objetivo passa pelo sentido que esta atribui à sua vida e sua funcionalidade. Nele, estão incluídas seis dimensões: i) respeito pelos valores individuais, preferências e necessidades expressas pelas pessoas; ii) coordenação e integração dos cuidados; iii) informação, comunicação e educação; iv) conforto físico; v) apoio emocional e vi) envolvimento de familiares e amigos (SECUNDA; KRUSER, 2022). Contudo, o modelo de HC não tem sido alvo de consenso no seio da comunidade científica (VELASCO BUENO; LA CALLE, 2020). Se para alguns autores a HC está implícita em todas as intervenções desenvolvidas por pessoas, destinadas a cuidar de pessoas, para outros esta requer uma abordagem estruturada, planeada e cuidadosa que se traduza em ganhos em saúde para todos os intervenientes no processo de cuidar (pessoas, profissionais e organizações) (BAMBI *et al.*, 2020; VELASCO BUENO; LA CALLE, 2020; SECUNDA; KRUSER, 2022). Considerando as publicações existentes sobre a HC, percebe-se que a evidência sobre a sua utilidade clínica ainda é escassa e a literatura sobre este tópico tem ampla terminologia, com termos dispersos, como “cuidado centrado no paciente”, “cuidado centrado na pessoa” ou termos específicos referentes a intervenções alvo que assentam na percepção do benefício das mesmas (GARCÍA-SALIDO; HERAS LA CALLE; SERRANO GONZÁLEZ, 2019; GAREAU; DE OLIVEIRA; GALLANI, 2021). Porém, em ambientes complexos como os das UCI, concorrem diversos fatores que contribuem para a desumanização dos cuidados, tais como: horário de visita restrito, desconforto ambiental, modelos de assistência fragmentados, complexidade técnica, paradigma de *life-saving* e uma visão centrada no valor economicista da saúde (GAREAU; DE OLIVEIRA; GALLANI, 2021). Devido às suas características físicas e organizacionais, as UCI exigem uma atenção diferenciada para que os cuidados altamente especializados possam ser prestados tendo em conta a técnica de empatia (WILSON *et al.*, 2019), reconhecendo

que, no cuidado à pessoa, diferentes atores são igualmente importantes: paciente, família, profissionais e organizações e que todos, priorizam aspetos relacionados com a HC (e.g., comunicação, acolhimento, ética profissional, religiosidade e espiritualidade) (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017). Atualmente, a evidência científica tem vindo a destacar a importância da HC nas UCI, sintetizando os resultados que emergem de uma abordagem humanizada e dos quais se destacam: aumento da satisfação e diminuição da ansiedade no paciente e família, aumento da adesão ao tratamento, diminuição do tempo de internamento, redução do distress moral, diminuição da fadiga por compaixão e do *Burnout* nos profissionais (GOLDFARB *et al.*, 2017; GALVIN *et al.*, 2018). Assim, esta revisão de literatura considerará o modelo proposto por Calle, Martin, Nin, (2017) e Sesmero, (s.d.), como modelo de HC e que contempla sete linhas estratégicas: i) UCI de portas abertas: presença e participação dos familiares nos cuidados; ii) Comunicação; iii) Bem-estar do paciente; iv) Cuidados ao profissional; v) Síndrome Pós internamento em UCI; vi) Cuidados no final de vida e vii) Infraestrutura humanizada. Este modelo tem sido adotado mundialmente por diversas associações e sociedades de cuidados intensivos, com maior expressão no Continente Sul Americano e Europa.

### **Qualidade de vida como indicador de resultado**

A avaliação da QV das populações tem sido uma constante e muitas vezes utilizada para avaliar o impacto das intervenções em saúde (ANDRADE LOPES *et al.*, 2021). O seu conceito por ser multidimensional, mediante o contexto ou a diferente percepção das pessoas, apresenta por vezes imprecisões teórico/metodológicas que podem dificultar a investigação, o diálogo entre as diferentes áreas que trabalham com este conceito e, principalmente, a aplicação do conhecimento produzido na melhoria da QV da população. Além disso, também o termo QV relacionado com a saúde não encontra consenso no seio da

comunidade científica, não sendo suficientemente claro para diferenciar os termos Saúde e QV. Por sua vez, os instrumentos de QV relacionados com a saúde são entendidos por muitos pesquisadores como instrumentos de autopercepção do estado de saúde (KARIMI; BRAZIER, 2016; HARALDSTAD *et al.*, 2019). Contudo, a QV relacionada com a saúde, tem vindo a ser descrita como um termo que se refere aos aspectos de saúde da QV e uma medida do valor atribuído à duração da vida, que reflete o impacto da doença e do tratamento na incapacidade, na funcionalidade, na condição de saúde e na capacidade percebida pela pessoa para viver uma vida plena (KARIMI; BRAZIER, 2016). Com o objetivo de clarificar as imprecisões teórico/metodológicas relacionadas com este conceito, a *World Health Organization* em 1994 construiu um instrumento de avaliação da QV (WHOQOL-100), onde os aspectos físicos e psicológicos presentes no instrumento, foram responsáveis pela explicação da maior parte da variação na QV percebida pelas pessoas. Não obstante das controvérsias existentes quanto à definição deste construto e às estratégias de mensuração, os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a sua clarificação e relativa maturidade (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Atendendo às dificuldades relacionadas com a definição de QV, tem-se vindo a perceber um consenso entre os pesquisadores quanto à sua subjetividade e multidimensionalidade, bem como, quanto à sua categorização em: económica, psicológica, biomédica e geral ou holística (RENWICK; BROWN; NAGLER, 1996; SEIDL; ZANNON, 2004). A abordagem económica tem os indicadores sociais como principal elemento. A abordagem psicológica centra-se em indicadores relacionados com a forma como as populações percebem as suas próprias vidas, felicidade e satisfação. A aplicação da QV no contexto biomédico, aparece associado a indicadores como condições de saúde, funcionamento social e impacto da condição de saúde na capacidade de se viver plenamente. As abordagens gerais ou holísticas baseiam-se na premissa segundo a qual o conceito QV é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus

componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com o seu ambiente/ contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas num contexto similar (RENEWICK; BROWN; NAGLER, 1996). Esta abordagem está em consonância com a definição de QV proposta pela *World Health Organization* (“WHOQOL-BREF| The World Health Organization”, [s.d.]), bem como, com a definição de saúde descrita como um estado de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença (MEDITERRANEAN, 1995). Atendendo à amplitude, complexidade e diversidade de conceitos e de instrumentos de monitorização da QV, os pesquisadores devem estar atentos às questões metodológicas, conceitos e instrumentos utilizados ao planear estudos de QV.

## **Metodologia**

Utilizou-se como metodologia a revisão de literatura não sistemática com síntese narrativa, apresentando-se como uma variação da revisão sistemática de literatura recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (AROMATARIS; MUNN, 2020) e que seguiu as seguintes etapas: i) questão de investigação; ii) critérios de inclusão; iii) estratégia de pesquisa; iv) seleção dos estudos; v) extração e análise dos resultados.

### ***Questão de investigação***

Com esta revisão de literatura partiu-se da seguinte questão de investigação: uma prática profissional humanizada em UCI produz indicadores de resultado com impacto na QV da pessoa em situação crítica?

### ***Crítérios de inclusão e exclusão***

Recorreu-se a estratégia *Patient-Intervention-Outcomes* (PIO) para a definição dos critérios de inclusão, uma variação da estratégia *Patient-Intervention-Comparison-Outcomes* (PICO) recomendada pelo



*Joanna Briggs Institute* (AROMATARIS; MUNN, 2020). A **População** em estudo - adultos com internamento em UCI. Não foram aplicadas restrições de género, idade, etnia ou outras características pessoais. A **Intervenção** referiu-se a uma prática profissional humanizada em UCI. Intervenções no âmbito da HC, bem como, intervenções com conceitos relacionados (cuidado holístico, cuidado centrado no paciente ou cuidado centrado na pessoa). O **Resultado** (outcome) foi medido em relação à QV independentemente do instrumento utilizado para a sua avaliação. Os **Tipos de fontes** incluíram: artigos escritos em português, inglês e espanhol; artigos que respondam à questão de investigação; estudos primários do tipo quantitativo, qualitativo e misto e estudos secundários; documentos de texto e de opinião e estudos encontrados nas referências bibliográficas secundárias. Foram excluídos artigos sem texto integral, fora do âmbito da questão de partida e documentos de literatura cinzenta. Não foram aplicados limites temporais, tendo a pesquisa decorrido em setembro de 2022.

### *Estratégia de pesquisa*

A estratégia de pesquisa passou pela identificação dos descritores *Medical Subject Hedings* (MeSH) e termos-chave importantes para a pesquisa, conforme se pode consultar na tabela 1.

Tabela 1 Principais descritores MeSH e termos-chave

	<b>População</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Resultados</b>
<b>Descritores MeSH</b>	Critical care; Intensive Care Units; Coronary Care Units; Post Anesthesia Care Units; Respiratory Care Units. Stroke Units;	Patient-centered care; Dehumanization Holistic care	Quality-adjusted life years; Quality of Life

<b>Termos-chave</b>	Intensive Care ICU	Dehumanization Dehumanisation Patient-center; Person-center Patient-Focus; Person-Focus Client-Focus; Client-Center; Person based Patient based Humanization; Humanisation; Holistic care	Indicators of Quality of Life; QALYs; QUALYs;
---------------------	-----------------------	---	--

Posteriormente contruiu-se a frase booleana que foi introduzida nos motores de busca, tendo em consideração as respetivas características, conforme se pode consultar na tabela 2 e 3. Recorremos à PubMed via Medline e EBSCOhost com as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, Cochrane database of systematic reviews.

Tabela 2 Estratégia de pesquisa PubMed

PubMed via MEDLINE		
#1	(((((((Intensive Care Units[Title/Abstract]) OR (Coronary Care Units[Title/Abstract])) OR (Post Anesthesia Care Units[Title/Abstract])) OR (Respiratory Care Units[Title/Abstract])) OR (Stroke Units[Title/Abstract])) OR (Critical Care[Title/Abstract])) OR (Intensive care[Title/Abstract])) OR (ICU[Title/Abstract])	236,857
#2	(((((((((((((((Humanis*[Title/Abstract]) OR (humaniz*[Title/Abstract])) OR (dehumaniz*[Title/Abstract])) OR (dehumanis*[Title/Abstract])) OR (holistic care[Title/	77,796

	Abstract])) OR (Patient-cent*[Title/Abstract])) OR (Person-focus*[Title/Abstract])) OR (Person-cent*[Title/Abstract])) OR (Client-cent*[Title/Abstract])) OR (Patient-based[Title/Abstract])) OR (Person-based[Title/Abstract])) OR (Patient-focus*[Title/Abstract])) OR (Client-focus[Title/Abstract])) OR (Dehumanization[Title/Abstract])) OR (Patient centered care[Title/Abstract]))	
#3	((quality of life[Title/Abstract]) OR (Indicators of Quality of Life[Title/Abstract])) OR (QALYs[Title/Abstract])) OR (QUALYs[Title/Abstract]))	348,089
#4	((#1) AND (#2)) AND (#3)	113

Tabela 3 estratégia de pesquisa EBSCOhost

EBSCOhost: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, Cochrane database of systematic reviews.

S1	AB ( "Intensive Care Units" or "Coronary Care " or "Post Anesthesia Care Units" or "Respiratory Care Units" or "Stroke Units" or "Critical Care" or "Intensive care" or ICU ) OR TI ( "Intensive Care Units" or "Coronary Care " or "Post Anesthesia Care Units" or "Respiratory Care Units" or "Stroke Units" or "Critical Care" or "Intensive care" or ICU )	403,509
S2	AB ( Humanis* or humaniz* or dehumanize* or dehumanis* or "holistic care" or "Patient-cent*" or "Person-focus*" or "Person-cent*" or "Client-cent*" or "Patient-based" or "Person-based" or "Patient-focus*" or "Client-focus" or Dehumanization or "Patient centered care" ) OR TI ( Humanis* or humaniz* or dehumanize* or dehumanis* or "holistic care" or "Patient-cent*" or "Person-focus*" or "Person-cent*" or "Client-cent*" or "Patient-based" or "Person-based" or "Patient-focus*" or "Client-focus" or Dehumanization or "Patient centered care" )	139,288

S3	AB ("quality of life" or "Indicators of Quality of Life" or QUALYs or Qalys ) OR TI ( "quality of life" or "Indicators of Quality of Life" or QUALYs or QALYs)	650,108
S4	S1 AND S2 AND S3	229

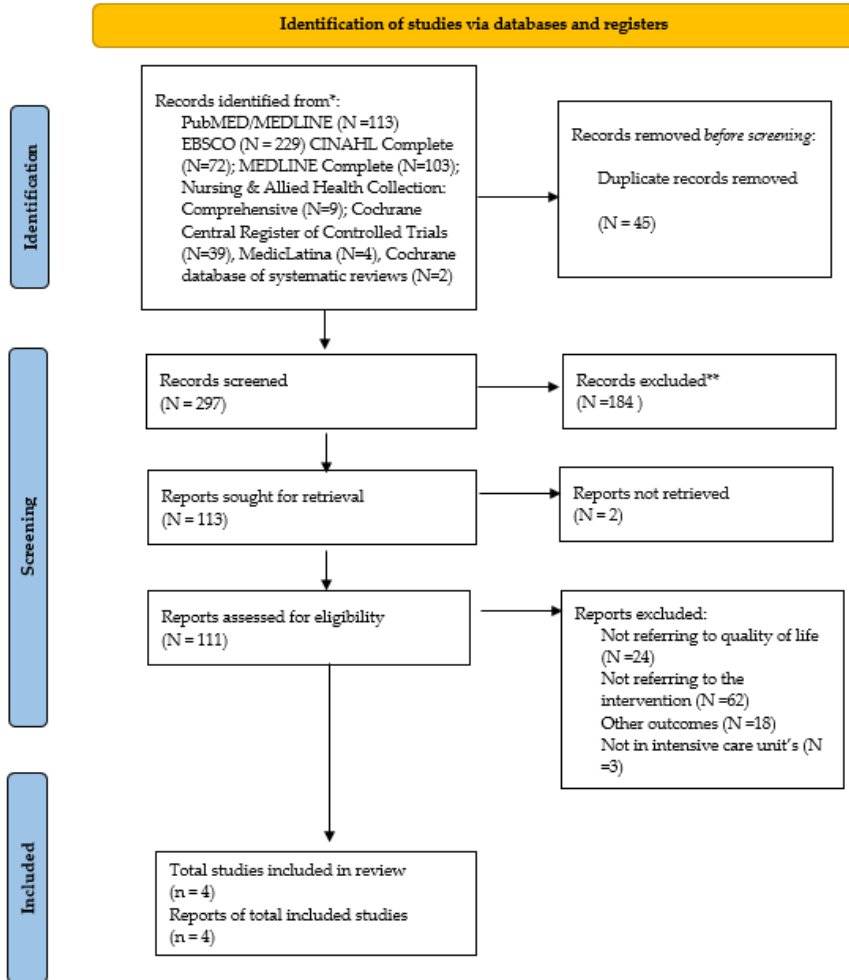
### *Seleção dos estudos*

O processo de seleção dos estudos foi realizado por dois pesquisadores de forma independente, tendo sido consultado um terceiro pesquisador nos casos de falta de concordância quanto à inclusão dos artigos. Foi efetuada uma análise dos estudos com base no título, resumo e leitura de texto integral que conduziu à eliminação daqueles que não cumpriram os critérios de inclusão. Os estudos que cumpriram os critérios de elegibilidade passaram para a fase de extração de dados e foram submetidos a uma análise da lista de referência de modo a incluir potenciais estudos adicionais.

### *Extração dos resultados*

A extratificação e análise dos resultados contemplou as etapas de identificação, seleção e inclusão, tal como proposto por Page *et al.* (2021) e que permitiu uma síntese lógica e descritiva dos mesmos. O Mendley foi o software usado para a gestão dos resultados que emergiram da pesquisa. A consulta da figura 1 permite identificar 342 resultados. Foram eliminados 45 artigos duplicados tendo ficado com 297 artigos. Destes, 184 foram excluídos após leitura dos títulos, ficando com 113, dos quais dois foram excluídos por não apresentarem texto integral. Dos 111 artigos selecionados, 24 foram eliminados por não se referirem ao indicador de resultado QV, 62 por não se referirem a intervenções no âmbito da HC em UCI, 18 por se reportarem a outros indicadores de resultado sem relação com a QV e três por não se realizarem em UCI. Foram incluídos quatro artigos nesta revisão da literatura.

Figura 1 - Resultados da pesquisa, seleção dos estudos e processo de inclusão (Page *et al.*, 2021)



## RESULTADOS

Após a inclusão dos estudos, os pesquisadores extraíram os resultados que se encontram sintetizados na tabela 4. Posteriormente efetuou-se um resumo narrativo que contém a discussão dos resultados e a descrição da sua relação com o objetivo e questão de investigação.

Tabela 4 Principais conclusões dos estudos incluídos na revisão da literatura

<b>Autores</b>	Estudo 1 (E1)		
	ZENG; GUAN		
<b>Ano</b>	2021	<b>País</b>	China
<b>Título do artigo</b>	[Influência do cuidado humanizado na autoeficácia, sono e qualidade de vida de pacientes em unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardiovascular]		
<b>Métodos</b>	Estudo experimental randomizado		
<b>Principais resultados</b>	A intervenção HC incluiu comunicação (comunicação entre todos os intervenientes com relação terapêutica e empática), infraestruturas (gestão dos cuidados e organização de espaço físico tendo em consideração o ruído, luminosidade, temperatura e humidade), bem-estar do paciente (satisfação, preparação física, psicológica, e cuidados com o sono) e Síndrome Pós internamento em UCI (avaliação da depressão, ansiedade e emoções negativas). Indicadores medidos na admissão, sete e 14 dias após intervenção HC: autoeficácia e qualidade de sono. Indicadores medidos à admissão e aos 14 dias: ansiedade, depressão e QV. A QV foi avaliada pelo questionário <i>Short Form- 36</i> (SF-36). A intervenção HC demonstrou melhoria em todos os indicadores avaliados ( $p < 0.005$ ).		
<b>Autores</b>	E2		
	MERCADANTE; GREGORETTI; CORTEGIANI		
<b>Ano</b>	2018	<b>País</b>	Itália
<b>Título do artigo</b>	[Cuidados paliativos em unidades de cuidados intensivos: porquê, onde, o quê, quem, quando, como]		
<b>Métodos</b>	Revisão da literatura		
<b>Principais resultados</b>	A intervenção HC incluiu cuidados paliativos de acordo com três modelos em UCI: Modelo Integrativo, Modelo de Consultadoria e Modelo Misto. Esta intervenção, pode diminuir o tempo de internamento em UCI; não apresenta alterações na taxa de mortalidade; pode estar associada a melhoria da QV, a maiores taxas de formalização de		

	diretivas antecipadas de vontade, à utilização de cuidados continuados e a uma menor utilização de intervenções de obstinação terapêutica em pacientes em fim da vida.		
<b>Autores</b>	E3 BIERLE; VUCKOVIC; RYAN		
<b>Ano</b>	2021	<b>País</b>	Estados Unidos da America
<b>Título do artigo</b>	[Integrando Cuidados Paliativos na gestão da Insuficiência Cardíaca]		
<b>Métodos</b>	Revisão da literatura		
<b>Principais resultados</b>	A intervenção HC incluiu cuidados paliativos nas UCI. A paliação e gestão adequada dos sintomas (dispneia, humor depressivo, edema, dor, boca seca, sede, náuseas, obstipação, ansiedade e insónia) em UCI melhoram a QV dos pacientes. A abordagem das necessidades psicológicas, espirituais e físicas das famílias e pacientes, o envolvimento na tomada de decisão dos pacientes e família contribuem para a QV. A HC em cuidados paliativos demonstrou melhoria significativa da QV dos pacientes no <i>follow-up</i> aos 3 e 6 meses.		
<b>Autores</b>	E4 FONTAINE; BRIGGS; POPE-SMITH		
<b>Ano</b>	2001	<b>País</b>	Estados Unidos da América
<b>Título do artigo</b>	[Projetando Ambientes de Cuidados Críticos Humanizados]		
<b>Métodos</b>	Revisão da literatura		
<b>Principais resultados</b>	A intervenção HC assenta no ambiente em UCI. As infraestruturas humanizadas incluem quartos individuais com áreas para familiares, portas transparentes e deslizantes, desenho em estrutura circular, janelas com luz natural, incremento de design criativo nas infraestruturas, pavimento, parede e teto com descentralização do ambiente tecnicista e ambientes com controlo de ruído. Ambientes com medidas não farmacológicas de promoção do sono (aromaterapia, musicoterapia), flexibilidade na visita familiar e terapia com animais. A atenção dada a infraestruturas		

---

humanizadas pode melhorar significativamente a QV dos pacientes e familiares.
---

---

## Discussão

Dos artigos incluídos nesta revisão, um é de 2001, um de 2018 e dois de 2021. Destes, três são revisões da literatura e um é um estudo randomizado. Quanto à sua origem, dois estudos são dos Estados Unidos da América, um de Itália e outro da China. Os resultados permitiram identificar os indicadores de uma prática profissional humanizada em UCI e a relação entre essa mesma prática e os ganhos na QV da pessoa em situação crítica. Como indicadores destacam-se: o controle sintomático (e.g., dor e dispneia), a capacidade funcional, a capacidade cognitiva, a taxa de mortalidade, o tempo de internamento em UCI, a Síndrome Pós internamento em UCI (ansiedade, depressão e emoções negativas), a qualidade do sono e satisfação dos pacientes. Nenhum dos artigos selecionados descreve uma intervenção de HC que englobe as sete linhas estratégicas definidas no modelo de Calle, Martin, Nin, (2017) e Sesmero, (s.d.). Porém, todos os estudos se reportam a mais do que uma das linhas estratégicas deste modelo, e ao impacto de uma intervenção de HC em UCI sobre o indicador QV. No E1 é realizada a avaliação de uma intervenção de HC que assenta em quatro das linhas estratégicas de Calle, Martin, Nin, (2017) e Sesmero, (s.d.): comunicação; infraestrutura, bem-estar do paciente e Síndrome de Pós internamento em UCI, sendo a QV avaliada através do SF-36 à admissão do paciente e ao 14<sup>o</sup> dia. A intervenção de HC em E1 demonstrou melhoria em todos os indicadores monitorizados, incluindo a QV, com evidência estatisticamente significativa no grupo de intervenção. Similarmente, o E4 refere-se a uma intervenção de HC que assenta nas linhas estratégicas de Calle, Martin, Nin, (2017) e Sesmero, (s.d.), ou seja, infraestrutura, bem-estar do paciente e UCI de portas abertas (presença e participação dos familiares nos cuidados). Neste estudo, a infraestrutura humanizada além de



passar pelas especificidades da estrutura física das UCI, assenta também na descentralização do ambiente tecnicista e em medidas não farmacológicas de promoção do sono (aromaterapia e musicoterapia), flexibilidade na visita familiar e na terapia com animais. Tal como em E1, E4 reforça que o foco em ambientes humanizados pode melhorar significativamente a QV dos pacientes e acrescenta que esses ambientes podem igualmente favorecer a QV dos familiares. Estes resultados são corroborados por Thurston *et al.* (2020) que vêm realçar a necessidade de integrar em ambientes de UCI, a saúde física, psicológica, cognitiva, social e satisfação com a vida dos pacientes e seus familiares. Esta mudança de paradigma é abordada mais recentemente por Teixeira, Kern, Rosa, (2021) que categoriza os múltiplos indicadores das UCI em seis grupos (indicadores importantes para o paciente; indicadores clínicos; indicadores biológicos, fisiológicos ou radiológicos; indicadores relacionados com a decisão do familiar/cuidador; indicadores relacionados com a performance dos cuidados e outros indicadores), sendo que no grupo dos indicadores importantes para os pacientes sobressaem: a mortalidade, a QV, a capacidade funcional e cognitiva após a alta. Adicionalmente Auriemma *et al.* (2021) reforça que o indicador mortalidade é um indicador importante na ótica dos pacientes, no entanto, para estes, esse indicador isolado não é suficiente, sendo necessário incluir os aspetos relativos à QV e à capacidade funcional e cognitiva. A garantia de melhoria destes três indicadores (capacidade funcional, capacidade cognitiva e QV) é mais valorizada pelos pacientes que o indicador mortalidade por si só (AURIEMMA *et al.*, 2021). O E2 refere a necessidade de integração de cuidados paliativos em UCI, podendo esta integração ser feita de acordo com três modelos (integrativo, consultadoria e misto). Tais modelos podem estar associados à melhoria da QV, maiores taxas de formalização de diretivas antecipadas de vontade e utilização de cuidados continuados, bem como, menor utilização de intervenções de obstinação terapêutica para pacientes em fim de vida, o que vai de encontro à linha estratégica de cuidados em fim

de vida proposto por Calle, Martin, Nin, (2017) e Sesmero, (s.d.). Na mesma linha, o E3 refere-se à importância de intervenções no âmbito dos cuidados paliativos, tais como a palição e gestão adequada de sintomas. A abordagem aos sintomas de: dispneia, humor depressivo, edema, dor, boca seca, sede, náuseas, obstipação, ansiedade e insónia parecem melhorar a QV dos pacientes. Estes podem enquadrar-se nas linhas estratégias de cuidados em fim de vida, bem como, no bem-estar do paciente (CALLE; MARTIN; NIN; 2017; SESMERO; [s.d.]). O E3 acrescenta ainda que a abordagem das necessidades psicológicas, espirituais e físicas das famílias e dos pacientes, bem como o seu envolvimento na tomada de decisão, podem contribuir para melhorar a QV. Estas enquadram-se nas linhas estratégicas da comunicação e UCI de portas abertas (CALLE; MARTIN; NIN; 2017; SESMERO; [s.d.]). Os resultados apresentados em E2 e E3 vão ao encontro das conclusões de Auriemma *et al.* (2021) que refere que a incapacidade física severa, a dependência de equipamentos médicos e a dor severa, são fatores que concorrem para o compromisso da QV, sendo que estes são descritos pelos pacientes como tão maus ou piores que a própria morte.

### **Considerações finais**

Esta revisão permitiu identificar o efeito de uma intervenção de HC em UCI e o seu impacto na QV dos pacientes. Contudo não foi possível perceber qual o impacto de uma intervenção de HC, que englobe todas as linhas estratégica propostas no modelo de Calle, Martin, Nin, (2017) e Sesmero, (s.d.). Nesta revisão, a infraestrutura humanizada, a UCI de portas abertas, o bem-estar do paciente, a comunicação, os cuidados em fim de vida e o Síndrome Pós internamento em UCI, destacaram-se enquanto linhas estratégicas, sendo que a linha do cuidado ao profissional foi a única que não foi identificada. Dos indicadores associados à QV que emergiram desta revisão, tais como controle sintomático (dor e dispneia), capacidade funcional, capacidade cognitiva, taxa de

mortalidade, tempo de internamento em UCI, Síndrome Pós internamento em UCI (ansiedade, depressão e emoções negativas), qualidade do sono e satisfação dos pacientes, ainda se desconhece qual ou quais apresentam maior efetividade/impacto na QV, bem como, se intervenções de HC baseadas num menor ou igual número de linhas estratégicas, apresentadas no modelo de Calle, Martin, Nin, (2017) e Sesmero, (s.d.), são tão ou mais eficazes. As intervenções de HC em UCI carecem de maior investigação, com intervenções planeadas, estruturadas, sistematizadas e que reúnam consenso no seio da comunidade científica. Similarmente, a QV enquanto indicador de resultado a monitorizar nas UCI, está sujeito a múltiplas interpretações que variam em função da cultura, contexto e instrumento a ser utilizados, sendo que, o SF-36 (WARE; SHERBOURNE, 1992; BUNEVICIUS, 2017) foi o instrumento identificado com esta revisão. Por outro lado, foi também possível identificar a necessidade de intervenções junto dos familiares do paciente em UCI tais como: envolvimento dos familiares na tomada de decisão e participação dos mesmos nos cuidados, embora não tenha sido o propósito desta revisão conhecer o efeito de intervenções de HC na QV desta população. Em síntese, a priorização de indicadores centrados na doença, tais como mortalidade e tempo de internamento nas UCI, por parte das organizações, não responde à totalidade das necessidades e desejos dos pacientes, sendo fundamental a implementação de programas estruturados, com intervenções de HC que integrem indicadores de resultado tais como a QV e linhas estratégicas de pesquisa.

### **Implicações para a prática clínica e investigação**

Sensibilização dos gestores clínicos para a importância da inclusão do indicador de resultado QV nas métricas utilizadas em UCI. Monitorização da pessoa em contexto de *follow-up* da sua capacidade funcional, capacidade cognitiva e Síndrome Pós internamento em UCI e QV. Desenvolvimento de estudos experimentais que permitam medir a efetividade de programas

alicerçados num cuidado profissional humanizado a partir de um referencial teórico sistematizado que contemplem linhas estratégicas de intervenção como as identificadas por Calle, Martin, Nin, (2017) e Sesmero, (s.d.). Realização de meta-análises que permitam medir a efetividade de cada uma das linhas estratégicas sobre a QV. Desenvolver outros estudos que permitam identificar o impacto de intervenções de HC nos familiares.

## Referências

- ANDRADE LOPES, M. *et al.* Avaliação da qualidade de vida na população portuguesa. **Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.**, v. 1, n. 1, p. 289–296, 3 ago. 2021
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. **JBI Manual for Evidence Synthesis**, 2020
- AURIEMMA, C. L. *et al.* What Matters to Patients and Their Families During and After Critical Illness: A Qualitative Study. **American Journal of Critical Care**, v. 30, n. 1, p. 11–20, 1 jan. 2021.
- BAMBI, S. *et al.* COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 39, n. 5, p. 239–241, set. 2020.
- BIERLE, R. (SCHUETZ); VUCKOVIC, K. M.; RYAN, C. J. Integrating Palliative Care Into Heart Failure Management. **Critical Care Nurse**, v. 41, n. 3, p. e9–e18, 1 jun. 2021.
- BRAITHWAITE, J. *et al.* Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis. **SAGE Open Medicine**, v. 5, p. 205031211668651, 4 jan. 2017
- BUNEVICIUS, A. Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 15, n. 1, jan. 2017.

CALLE, G. H. L.; MARTIN, M. C.; NIN, N. Seeking to humanize intensive care. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 1, 2017.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 9 nov. 2005.

FONTAINE, D. K.; BRIGGS, L. P.; POPE-SMITH, B. Designing Humanistic Critical Care Environments. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 24, n. 3, p. 21–34, nov. 2001

GALVIN, I. M. *et al.* Humanization of critical care—psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. **Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d’anesthésie**, v. 65, n. 12, p. 1348–1371, 12 out. 2018

GARCÍA-SALIDO, A.; HERAS LA CALLE, G.; SERRANO GONZÁLEZ, A. Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos: ¿dónde estamos? **Medicina Intensiva**, v. 43, n. 5, p. 290–298, jun. 2019

GAREAU, S.; DE OLIVEIRA, É. M.; GALLANI, M. C. Humanization of care for adult ICU patients. **JBI Evidence Synthesis**, v. Publish Ahead of Print, 22 set. 2021

GOLDFARB, M. J. *et al.* Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 10, p. 1751–1761, out. 2017

HÅKANSSON EKLUND, J. *et al.* “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. **Patient Education and Counseling**, v. 102, n. 1, p. 3–11, jan. 2019

HARALDSTAD, K. *et al.* A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. **Quality of Life Research**, v. 28, n. 10, p. 2641–2650, 11 jun. 2019

**Health-Related Quality of Life (HRQOL) | CDC.** Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hrqol/>>. Acesso em: 1 nov.2022

KARIMI, M.; BRAZIER, J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? **PharmacoEconomics**, v. 34, n. 7, p. 645–9, 2016

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. DA. Humanization in the Intensive Care: perception of family and

healthcare professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1040–1047, out. 2017

MEDITERRANEAN, W. H. O. R. O. FOR THE E. Constitution of the World Health Organization. **apps.who.int**, 1995.

MERCADANTE, S.; GREGORETTI, C.; CORTEGIANI, A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. **BMC Anesthesiology**, v. 18, n. 1, 16 ago. 2018.

**Organizing Quality Measures by Domains of Health Care Quality**. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/talkingquality/translate/organize/quality-domain.html>>. Acesso em: 1 nov 2022

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **PLOS Medicine**, v. 18, n. 3, p. e1003583, 29 mar. 2021

PAIVA, J. A., *et al.*. **Redes de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva**. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2022

PENEDO, J. M. V. S. *et al.* **Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos – relatório final**. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2022

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. DOS. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, 1 jun. 2012

RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. **Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation**. [s.l.] SAGE Publications, Incorporated, 1996.

RHODES, A. *et al.* Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). **Intensive Care Medicine**, v. 38, n. 4, p. 598–605, 26 jan. 2012

SANTANA, M.-J. *et al.* Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. **BMJ Open**, v. 9, n. 1, p. e023596, jan. 2019.

SECUNDA, K. E.; KRUSER, J. M. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. **Clinics in Chest Medicine**, v. 43, n. 3, p. 539–550, set. 2022.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. DA C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580–588, abr. 2004.

SESMERO, J. **Buenas prácticas HUCI**. Disponível em: <<https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/>>. Acesso em: 1 nov. 2022.

TEIXEIRA, C.; KERN, M.; ROSA, R. G. What outcomes should be evaluated in critically ill patients? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 2, 2021

THURSTON, L. M. *et al.* Defining patient-centered recovery after critical illness – A qualitative study. **Journal of Critical Care**, v. 57, p. 84–90, jun. 2020.

VELASCO BUENO, J. M.; LA CALLE, G. H. Humanizing Intensive Care. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 32, n. 2, p. 135–147, jun. 2020.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473–483, jun. 1992.

**WHOQOL-BREF | The World Health Organization**. Disponível em: <<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>>. Acesso em: 1 nov. 2022

WILSON, M. E. *et al.* Humanizing the intensive care unit. **Critical Care**, v. 23, n. 1, 28 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality of life assessment: an annotated bibliography**. Geneva: World Health Organization. 1994.

ZENG, Z.; GUAN, Y. Original Article Influence of humanized care on self-efficacy, sleep and quality of life of patients in cardiovascular surgery intensive care unit. **Am J Transl Res**, v. 13, n. 5, p. 4884–4891, 2021.

## ESTRESSE EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS DURANTE O ENSINO REMOTO NO PERÍODO DE DISTANCIAMENTO SOCIAL DA COVID-19

Gilmar Antoniassi Junior  
Robson Pereira da Silva  
Luciana de Araújo Mendes Silva

### Introdução

O exercício da prática docente requer a construção de um vínculo entre quem ensina e quem aprende; para disseminar o conhecimento, promover o pensar a profissão e apreender para vida. De modo ao qual, as vivências no ambiente universitário evidenciam-se como um facilitador para as interações sociais que compõe o aprendizado, relações que foram impactadas pela covid-19.

O COVID-19, trata-se de uma doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), conhecido popularmente como coronavírus que acomete o sistema imunológico, podendo causar insuficiência respiratória. Em virtude de sua fácil disseminação, protocolos de higiene e isolamento social foram desenvolvidos com o intuito de evitar a proliferação do SARS-CoV-2 (OPAS, 2020).

Dado isso, o trabalho remoto se tornou uma realidade, pois através do uso da tecnologia de informação, foi possível executar o trabalho docente em local diferente do convencional. Logo, o sistema educacional também foi tocado por esta modalidade de trabalho, no que se refere ao modelo de aulas ofertadas, ou seja, as aulas presenciais foram substituídas por aulas remotas – *online* ao vivo (SOUZA *et al.*, 2021).



No Brasil, o Ministério da Educação (MEC) autorizou, em caráter excepcional, as aulas a distância no modelo remoto através da Normativa da Portaria nº 343 de 19 de março de 2020 (BRASIL, 2020). No início de 2021, ainda sob efeitos da Portaria 1.038, de 7 dezembro 2020, o MEC deliberou que as atividades letivas deveriam ocorrer de forma presencial, a partir de 1º de março de 2021, podendo ainda serem suspensas por determinação das autoridades locais, observando os protocolos de biossegurança para o enfrentamento da pandemia. Em razão da suspensão, os profissionais da educação, deveriam fazer uso de recursos educacionais digitais para a integralização da carga horária das atividades pedagógicas.

Tendo em vista a realidade estabelecida, inegavelmente as instituições de ensino revelaram uma imprescindibilidade quanto a necessidade de investimentos em tecnologia da informação; visto que as instituições particulares tiveram maior facilidade em ingressar no modelo do ensino remoto, tanto por conta das condições socioeconômicas das próprias instituições, quanto pelas condições diferenciadas da maioria dos alunos, bem como, as características regionais (MIRANDA et al., 2020 ), assim, as aulas puderam ser seguidas no decorrer do ano/semestre letivo.

Contudo, a pandemia exigiu diversas mudanças, bem como adaptações imediatas por parte das pessoas envolvidas no sistema de ensino, evidenciando assim uma nova realidade para os professores, principalmente no modo de se relacionar com os alunos e estabelecer conexões que favoreçam o ensino e aprendizagem por meio das tecnologias (SOUZA et al., 2022).

Conseqüentemente, os docentes se viram obrigados a trabalhar com essas ferramentas tecnológicas, sendo certo que muitos não possuíam as capacitações adequadas para trabalhar na urgência do ensino remoto. Deste modo, as instituições sentiram-se pressionadas a essa nova demanda de interagir no ambiente remoto, o medo da perda do emprego ou de não serem capazes de executar suas atividades laborais nessa modalidade (KOHAN, 2020).

Nesse aspecto, Balsamo (2020) explica que a aprendizagem que já estava em crise no momento pré-pandemia, em virtude da ineficácia do processo de ensino desde a educação básica, sofreu ainda mais com o modelo tecnológico emergencial na era da COVID-19. Não obstante, fez-se necessário pensar e agir no sentido de buscar melhorias dos resultados do aprendizado *online*, visto a atual e crescente popularidade dessa modalidade de ensino aprendizagem. Dado o exposto, algumas mudanças na rotina dos docentes ficaram explícitas, e diante da excepcionalidade da pandemia, surgiram estudos evidenciando as mazelas experimentadas pelos docentes, tanto físicas e mentais (ANTUNES, 2008).

Especificamente relacionado ao trabalho docente, há que se reconhecer que houve o manifesto adoecimento dessa categoria, sobretudo em razão das inúmeras incertezas, o que eleva sobremaneira o nível de estresse, ansiedade e depressão, induzindo muitas vezes a exaustão (BALSAMO, 2020).

Antes do contexto pandêmico, muitos docentes não viviam essa realidade do trabalho remoto, especialmente em se tratando de profissionais ambientados em contexto universitário, com todas as suas características peculiares da sala de aula e dos diferentes espaços da universidade. O isolamento tem o potencial de desencadear diversos sintomas de doença mental, principalmente em razão da monotonia e da repetitividade do exercício laboral. Os sintomas apresentados devido ao isolamento social são: fadiga, estresse, diminuição da concentração, sensação de impotência, solidão, irritabilidade, medos, ansiedade, tristeza, alterações de apetite e sono, podendo, ainda, evoluir para transtornos psicológicos, sobretudo em casos em que a pessoa já possuía alguma desordem psíquica (SOUZA et al., 2022).

Por essa razão, é válido ressaltar que o estresse está relacionado com o modo a que o indivíduo percebe e avalia os eventos como estressores, bem como reage aos mesmos. O estresse tem acometido a profissão docente ao afetar a qualidade do sono, interferir no modo de descanso, o que conseqüentemente compromete ainda mais a saúde física e mental, evidenciando um

fato preditor para o agravamento do estresse, já alterado pelo exercício da atividade profissional em isolamento, além do constante medo de contrair a infecção pelo coronavírus (SILVA; SANTOS, 2022).

Esses fatores de estresse podem ter causa interna ou externo. Na prática docente, esses fatores estressantes apresentam-se cumulativamente. Ilustre-se como fatores internos: relações de perdas, dificuldades financeiras, excesso de trabalho, responsabilidades excessivas. Em relação aos agentes externos, cite-se: as exigências do emprego, perda de um ente querido, a relação ensino aprendizagem e a relação com os alunos e colegas (MONTEIRO, 2020).

Ademais, no que se refere a profissão docente, o professor já se depara com elevada demanda de trabalho, que acabam por sobrecarregá-lo. Além de ministrar aulas, o professor desempenha trabalhos administrativos, planeja atividades, se preocupa com a aquisição de novos conhecimentos, orienta os estudantes, realiza atividades extraescolares, tais como: a participação em reuniões de coordenação, seminários, preenchimento de relatórios periódicos (SOUZA et al., 2021).

Deste modo, com o trabalho remoto, ocasionado pela necessidade de distanciamento social, todas essas demandas ficaram limitadas ao ambiente familiar, ou seja, em casa, modificando substancialmente a realidade dos educadores (KOHAN, 2020).

Em consideração a este cenário da prática docente no período de distanciamento social em decorrência da COVID-19, associado às condições de saúde mental dos principais atores do processo de ensino e aprendizagem que são os professores, este presente estudo tem por objetivo investigar a prevalência dos sintomas de estresse em professores universitários no período de distanciamento social devido a pandemia da COVID-19 em função da prática do ensino remoto.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza quali-quantitativa na qual foi utilizado o *método survey* para produzir a descrição e reflexão acerca das averiguações identificadas no tocante a condição de saúde e a prática docente no ensino remoto devido ao isolamento social durante a epidemia proveniente da COVID-19.

O método de pesquisa *survey* refere-se a um tipo de investigação quantitativa, o qual deve ser entendido como forma de coletar dados e informações a partir das características de um grupo de pessoas que represente a população a ser estudada, podendo ser extrapolado para todo o universo em estudo através de um questionário estruturado (OLIVEIRA et al., 2017).

O estudo foi realizado com professores universitários e a amostra ocorreu por meio da técnica bola de neve (BABBIE, 1990; FROEMMING, 2000) considerado um método não probabilístico constituído de modo intencional e por conveniência; levando em consideração os docentes em grupos nas redes sociais como instagram, facebook, twitter, whatsapp, messenger, linkedin, pinterest e através da disponibilização de e-mail de professores por meio de contato realizado com coordenadores de curso disponíveis nas páginas das universidades.

O levantamento da amostra ocorreu em um período específico de intervalo de 60 (sessenta) dias, onde os pesquisadores enviaram os convites com a disponibilização do link para o acesso ao instrumento de pesquisa e assim o participante pudesse responder. Atentando-se para os critérios de inclusão ser docentes, maiores de 21 anos e de ambos o sexo, estarem ativamente na prática do ensino superior e que estiveram vivenciando o modelo de ensino remoto. Foi estabelecido como critério de exclusão aqueles docentes que porventura deixassem de completar as respostas do questionário. Sendo, obtidas 120 respostas e foram descartadas 39 respostas por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos, ficando a amostra composta por 81 professores do ensino superior.

A presente pesquisa atende aos princípios éticos segundo as Resoluções do CNS Nº. 466/2012 e Nº. 510/2016 submetida, através da documentação necessária para análise ética e acompanhamento do Comitê de Ética através do CAEE número 48452021.1.0000.8078 sob parecer de aprovação número 4.824.088.

Por se tratar de uma pesquisa que se utilizou do método *survey*, o instrumento de coleta de dados se constituiu de um questionário, ao qual foi disponibilizado aos participantes através da Plataforma *Google Forms* por intermédio do link de acesso. O questionário foi intitulado *Pesquisa Saúde Mental do Docente em Tempo de Isolamento Social*, composto por 44 perguntas. Neste artigo, optou-se pelo recorte dos dados do questionário, especificamente sobre a condição de saúde no tocante a questão 35 de investigação do nível de estresse.

Primeiramente, os pesquisadores fizeram uma busca pelas redes sociais de grupos de professores universitários, logo também fizeram o mesmo em *sites* de instituições de ensino superior afim de obter o contato dos potenciais disseminadores da pesquisa. Tendo porte destes registros, os pesquisadores fizeram o primeiro contato apresentando a proposta da pesquisa e solicitando a possibilidade de que pudessem responderem o questionário.

Para as análises dos dados, contou-se com auxílio de planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel for Windows em relação aos dados tabulados extraídos da plataforma *Google Forms*. Quanto às aferições dos resultados em relação Investigação Nível de Estresse seguiram a sintaxe apresentada conforme Portal Saúde e Movimento (2020), soma-se a pontuação de cada questão e total identifica-se a partir dos indicadores somatórios as classificações do nível de estresse definidos: menos de 4 pontos sem estresse; entre 4 a 20 pontos estresse moderado; entre 21 a 30 pontos estresse intenso; e acima de 30 pontos estresse muito intenso.

Em relação às análises estatísticas foram realizadas através do software estatístico SPSS versão 27 e foi aplicado o teste Quiquadrado de Pearson: Sig.  $\leq 0,05$  as variáveis dependem uma da outra o que reforça a importância de analisar os medidores de intensidade de

dependência. Sig. >0,05 as variáveis são independentes. Para proceder as análises qualitativas buscou-se pontos de reflexão a partir da estrutura de mapa mentais para contribuir com as apreensões, pautados pelas análises qualitativas a captar as palavras mais significativas e que apareciam com maior regularidade.

## Resultados e discussão

Considerando o perfil dos participantes do estudo é possível observar que dos 81 professores, 55 são mulheres, 33 professores tem idade entre 41 a 50 anos seguido de 28 com idade de 31 a 40 anos, 13 com idade de entre 51 e 60 anos, 4 com idade entre 20 a 30 anos e apenas 3 professores acima de 61 anos. Sendo que 65,4% são casados (n=53) são casados e 19,8% (n=16) são solteiros, vivendo entre 2 a 4 pessoas na mesma residência 80,3% (n=65).

Araujo *et al.* (2020) desenvolveram um estudo intitulado “COVID-19, Mudanças em Práticas Educacionais e a Percepção de Estresse por Docentes do Ensino Superior no Brasil”, cujo objetivo foi compreender os fatores de estresse relacionados às mudanças urgentes e em caráter de contingência nas práticas de ensino na educação superior decorrentes da pandemia, no Brasil. A pesquisa foi realizada com 394 professores universitários, que ficaram em estado no isolamento social imposto pelo COVID-19 exercendo atividade docente.

Com relação ao perfil dos participantes, Araujo *et al.* (2020, p. 874) explicaram que:

Dos 456 participantes que responderam à pesquisa, 245 se identificam como sendo do gênero feminino e 210 do gênero masculino e 1 participante não quis informar o gênero. Em relação à idade, 2,41% têm menos de 30 anos, 22,37% têm entre 30 e 39 anos, 42,76% têm entre 40 e 50 anos e 32,46% responderam ter mais de 50 anos. Deste total, 189 (aproximadamente 41,4%) são professores de universidades públicas, 239 (aproximadamente 52,4%) de universidades particulares e 28 (aproximadamente 6,1%) são professores em ambas. (ARAÚJO *et al.*, 2020, p. 874).

Note-se que o estudo similar desenvolvido por Araujo *et al.* (2020) demonstra que a maioria dos participantes são do gênero feminino. Assim como esta pesquisa, o estudo de Araujo *et al.* (2020) evidencia que a maioria dos docentes possuem faixa etária entre 30 e 40 anos. Diferentemente desta pesquisa, Araujo *et al.* (2020) não contemplaram o estado civil de seus participantes.

Levando em conta a formação profissional dos professores, observa-se 61 dos 81 participantes possuem pós-graduação em nível *stricto sensu* o que corresponde; um predomínio da área de saúde (n=26), seguido da área de humanas (n=17) e sociais aplicadas (n=16) os demais (n=22) distribuídos entre outras áreas. No tocante a observação da prática docente exercida pelos professores a um período de maior predomínio do intervalo de 6 a 15 anos o que corresponde a 58% (n=47) e 18,5% (n=15) entre 2 a 5 anos, 18,5% (n=15) entre 16 a 25 anos e 3,7% com menos de 1 ano (n=3) e 1,2% entre 31 e 35 anos (n=1).

Observe-se que a grande maioria dos participantes possuem pós-graduação em *stricto sensu*, sendo certo que os da saúde sofrem mais estresse, seguido dos profissionais das humanas.

A pesquisa realizada por Freitas *et al.* (2021) denominada “Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários durante a pandemia da COVID-19” constatou que essa característica leva o profissional a um adoecimento maior.

Nesse passo, Freitas *et al.* (2021, p. 289) aduzem:

Destaca-se que cursar uma pós-graduação *stricto sensu* é um fator que aumenta o risco de depressão, ansiedade e estresse, tendo sido apontado que o sofrimento faz parte do processo de formação de professores e pesquisadores, e manifesta-se em diversos níveis de intensidade. Ao cursar um mestrado ou doutorado, é comum a exposição a fatores que podem desencadear transtornos psíquicos e que se fazem presentes durante a sua formação, entre os quais podem ser citados a sobrecarga de atividades curriculares, os níveis altos de atuação e exigências, a falta de tempo e a dificuldade de

otimização desse tempo entre os estudos e a vida particular. (FREITAS *et al.*, 2021).

Isso posto, há que se considerar que os professores universitários são muito pressionados para obter o título de mestre ou doutor. E essa pressão, associada aos afazeres da vida profissional, desencadeiam um maior adoecimento. Outro ponto que leva ao estresse, são as condições em que os professores devem trabalhar.

Atentando as questões sobre o ensino remoto 100% dos professores participantes relatam que sua IES adotou o modelo de ensino no período de março de 2020 a dezembro de 2021; sendo que 92,6% utilizaram o Notebook como instrumento de trabalho e 7,4% o computador de mesa; considerando o relacionamento durante o período do ensino remoto 49,3% (n=40) um momento de dificuldade para lidar com o ambiente de aula online/remota mas que com o passar do tempo essa dificuldade vai sendo amenizada 95,1% (n=77).

Observe-se que embora a pandemia tenha sido um momento de adaptação e dificuldades, os professores conseguiram desempenhar suas em funções, através do teletrabalho, utilizando-se de notebooks e computadores.

No estudo realizado por Silva, Maia e Bridi (2020) denominado “As configurações do trabalho remoto da categoria docente no contexto da pandemia COVID-19”, figurando-se como objetivo apurar as condições objetivas dos professores no âmbito da pandemia. Como metodologia, utilizou-se a pesquisa exploratória, com a aplicação de um questionário. Nessa pesquisa, constatou-se que 56,5% dos entrevistados consideravam razoáveis suas condições de trabalho durante o ensino remoto, pois possuíam apenas parte dos recursos de que necessitam para desempenhar seu trabalho, um computador e uma conexão de internet.

Já o estudo realizado por Limeira, Batista e Bezerra (2020), intitulado “Desafios da utilização das novas tecnologias no ensino superior frente à pandemia da COVID-19”, visou identificar as ferramentas tecnológicas utilizadas no processo de ensino e



aprendizagem frente à pandemia da COVID-19 em uma universidade pública do estado do Ceará. Para tanto, utilizou-se a pesquisa exploratória, com amostragem não-probabilística por conveniência, utilizando questionários semiestruturados através do *Google forms*.

Na pesquisa de Limeira, Batista e Bezerra (2020, p. 8) foi possível aferir que:

No total, houve a participação de 33 docentes, dos quais 55% são do sexo feminino e 45% são do sexo masculino. Entre os entrevistados, 98% responderam que possuem acesso à internet via Wi-Fi e apenas 2% alegaram não possuir, sendo que os últimos têm o acesso através de rede móvel. Em relação às ferramentas utilizadas pelos docentes, para ministrar aulas durante a pandemia, 73% indicaram smartphone, 64% notebook, 15% computador e 3% utilizam tablet (foi permitido marcar mais de uma alternativa). (LIMEIRA; BATISTA; BEZERRA, 2020, p. 8).

Segundo Rabha (2021), o uso de instrumentos tecnológicos proporciona aos docentes uma aproximação aos seus alunos, em que pese muitos serem inexperientes no mundo digital, os educadores estão conseguindo aderir e adaptarem-se às demandas do ensino remoto. É indispensável que o docente estimule o aluno a compartilhar as tecnologias atuais e estabelecer uma ligação para dar continuidade à intermediação do conhecimento, criando técnicas de dar aulas à distância, com as devidas adaptações didáticas e pedagógicas (STEIN, 2021).

Dando importância para o devido momento, considerando o indicadores de estresse foi possível constatar que 7,4% (n=6) não tiveram parâmetros de indícios observáveis, entretanto 60,5% (n=49) dos participantes indicaram níveis moderados de estresse, seguido de 27,2% (n=22) de níveis intenso e 4,9% (n=4) de níveis muito intenso de estresse.

No estudo realizado com Cutrim (2021) sobre o stress docente relacionado ao ensino remoto no contexto da pandemia do Covid19 em Marabá-PA, revelou que 40% dos participantes declaram que

quase sempre sentem o estresse aumentando. Na sequência, 57,1% declaração que às vezes. Noutro passo, 2,9% declararam que não sentiram o estresse aumentar.

Sobre os elevados níveis de estresse causados pela pandemia e seu impacto na educação, Coutinho, Kubrusly e Borges-Martins (2021, p. 107) dissertam:

A fonte do estresse também é um fator crucial na determinação de sua relação com o aprendizado. A correspondência entre o contexto do evento estressor e o material de estudo dita se haverá benefício ou malefício ao aprendizado. Sob estresse, há alterações na natureza e qualidade da memória. Além disso, informações relacionadas à fonte do estresse são mais facilmente aprendidas do que representações complexas. O estresse é capaz de até mesmo alterar o sítio neuroanatômico da codificação da memória — feita em diferentes substratos neurais, que variam não só no nível de localização, mas também na informação processada. De maneira geral, o estresse auxilia na formação de memória se estiver relacionado ao conteúdo; caso contrário, prejudica a codificação da informação não relacionada ao contexto.

Schmid *et al.* (2020) no estudo sobre saúde mental e intervenções psicológicas durante a pandemia concluiu que embora existam pesquisas que apontam que o estresse aumentou para os docentes depois da pandemia, os estudos ainda são esparsos e incipientes, por se tratar de um fenômeno considerado recente. Entretanto, tudo leva a crer que existem implicações negativas na saúde mental dos professores no período de crise sanitária mundial provada pelo COVID-19.

Foi possível evidenciar através das análises dos resíduos, que as áreas de ciências biológicas, engenharia, ciências humanas, ciências sociais aplicadas, linguísticas e artes apresentaram indícios de estresse (moderado, intenso e muito intenso) as áreas de ciências exatas da terra e outras que não especificadas sem estresse.

Sobre o tema, um estudo similar realizado por Carvalho e Serapião (2021, p. 75) denominado “A Síndrome de *bornout* em

tempos de pandemia: a tensão emocional em professores universitários nas aulas remotas em Belém do São Francisco- PE”, constatou o seguinte:

Relacionando os cursos com o desgaste profissional, obtivemos que entre os cursos de Saúde (Enfermagem, Ed. física, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia), Engenharia (Eng. Agrônômica), Direito, Educação (História, Letras, Matemática, Pedagogia e Geografia) e Administração, os que mais se sentem emocionalmente exaustos são os docentes que estão inseridos nos cursos de educação, tendo média de EE equivalente a 22,4, estando categorizada como um desgaste moderado. Por conseguinte, aparece os cursos de Saúde (20,46), Direito (17,83), Administração (17,5) e Engenharia Agrônômica (15), estando numa classificação baixa apenas este último. No entanto, mesmo sendo os cursos de Educação os que mais se demonstraram cansados, o curso de Psicologia (27,3) se distancia da média do curso de Letras (27,5) por 0,2 décimos, estando esses no topo da escala de exaustão emocional. (CARVALHO; SERAPIÃO, 2021, p. 75).

O estudo de Carvalho e Serapião (2021) evidenciou que docentes de determinados cursos foram mais afetados no período da pandemia, e são justamente os que necessitam de experiência prática, como de Psicologia e Educação. Esse fator expôs o desgaste em razão das aulas remotas e a maior dificuldade dos processos em intermediarem o processo ensino-aprendizagem. Por outro lado, outro fato que explica o aumento expressivo do estresse, é no que tange ao excesso de disciplinas ministradas. Isso exige maior esforço e aumenta os níveis estresse, medo, ansiedade e angústia.

### **Considerações finais**

O ensino remoto, implantado em consequência da grave crise de saúde mundial do COVID-19 causou incontáveis alterações e prejuízos à saúde mental de professores universitários, mormente por conta da falta de habilidade com os recursos tecnológicos,

carga horária excessiva e inexperiência com a modalidade de ensino à distância.

De acordo com o estudo apresentado, verificou-se que o estresse atingiu mais as mulheres, docentes em geral na faixa etária de 30 a 40 anos, professores com maior qualificação acadêmica e da área da saúde e humanas. É possível concluir, outrossim, que o nível de estresse dos participantes em sua maioria, foi moderado.

Por ser o tema recente, os estudos ainda são dispersos e ainda iniciais, entretanto, já é possível apontar que durante a pandemia, os professores que se dedicaram ao ensino remoto, tiveram sua saúde mental comprometida, principalmente com altos níveis de estresse.

## Referências

ANTUNES, M. A. M. Psicologia Escolar e Educacional: história, compromissos e perspectivas. **Psicologia Escolar e Educacional**. Campinas, v. 12, n. 2, p. 469-475, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pee/v12n2/v12n2a20.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

ARAÚJO, R. M. *et al.* COVID-19, Mudanças em Práticas Educacionais e a Percepção de Estresse por Docentes do Ensino Superior no Brasil. **Revista Brasileira de Informática na Educação**, Porto Alegre, v. 28, p. 864-891, 14 dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.5753/rbie.2020.28.0.864>.

BABBIE, E. **Survey research methods**. 2.ed. California: Wadsworth Publishing Company, 1990.

BALSAMO, S. Reflexões sobre a prática pedagógica dos docentes da educação profissional vivenciando o mundo virtual. **Cadernos de Educação**. v. 19, n. 38, 2020. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/cadernosdeeducacao/article/view/10597/7306>. Acesso em: 04 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Educação / Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 343, de 17 de março de 2020**. Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de

pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 de mar. 2020, Edição: 53, Seção: 1, p.: 39. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-343-de-17-de-marco-de-2020-248564376>. Acesso em: 10 set. 2020.

CARVALHO, T. O. A.; SERAPIÃO, L. B. F. A. Síndrome de burnout em tempos de pandemia: a tensão emocional em professores universitários nas aulas remotas em Belém do São Francisco-PE. **Revista Psicoatualidades**, Belém do São Francisco, v. 1, n. 1, p. 67–81, 2021. Disponível em: <http://periodicosfacesf.com.br/index.php/Psicoatualidades/article/view/282>. Acesso em: 22 ago. 2022.

COUTINHO, A. A. M.; KUBRUSLY, R. C. C.; BORGES-MARTINS, V. P. P. Ensino emergencial remoto: uma perspectiva da neurofisiologia. **Ciências & Cognição**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, 30 ago. 2021. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1755>. Acesso em: 22 ago. 2022.

CUTRIM, K. P. F. F. **O Stress docente relacionado ao ensino remoto no contexto da pandemia do Covid-19 em Marabá-Pa.** 2021. 55 f. TCC (Graduação) - Curso de Pedagogia, Universidade Federal do Sul e do Sudeste do Pará, Marabá, 2021. Disponível em: [https://faced.unifesspa.edu.br/images/TCC/2021/KAUANNA\\_PETRA.pdf](https://faced.unifesspa.edu.br/images/TCC/2021/KAUANNA_PETRA.pdf). Acesso em: 22 ago. 2022.

FREITAS, R. F. *et al.* Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários durante a pandemia da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Montes Claros, v. 70, n. 4, p. 283-292, 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000348>.

FROEMMING, L. M. S. et al. Análise da qualidade dos artigos científicos da área de marketing no Brasil: as pesquisas *survey* na década de 90. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 201-219, 2000.

KOHAN, W. O. Formação inventiva de professores em tempos de pandemia: o que um louco lúcido nos convida a pensar e escrever? **Mnemosine**, v. 16, n. 1, p. 53-66. 2020. Disponível em: <https://www>

.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/52682/34295. Acesso em: 22 set. 2020

LIMEIRA, G. N.; BATISTA, M. E. P.; BEZERRA, J. S. Desafios da utilização das novas tecnologias no ensino superior frente à pandemia da COVID-19. **Research, Society And Development**, v. 9, n. 10, p. 1-13, 24 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8415>.

MIRANDA, K. K. C. O. et al. AULAS REMOTAS EM TEMPO DE PANDEMIA: DESAFIOS E PERCEPÇÕES DE PROFESSORES E ALUNOS. Anais VII Congresso Nacional de Educação. 15 a 17 outubro de 2020. Disponível em: [https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO\\_EV140\\_MD1\\_SA\\_ID5382\\_03092020142029.pdf](https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA_ID5382_03092020142029.pdf).

MONTEIRO, S. S. Inventar educação escolar no Brasil em tempos da COVID-19. **Revista Augustus**, v. 25, n. 51, jul./out. p. 237-254, 2020. Disponível em: <https://apl.unisiam.edu.br/index.php/revista-augustus/article/view/552/301>. Acesso em: 17 set. 2022.

OLIVEIRA, M. O. R. et al. Análise da qualidade dos artigos científicos da área de marketing publicados no Brasil: as pesquisas survey na década de 2000. **Read. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 54-87, abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.024.55683>. Acesso em 22 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOVID-1920089\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOVID-1920089_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 17 ago. 2022.

Portal Saúde e Movimento. (2020). **Teste Questionário de Estresse**. Recuperado em março de 2020, de [www.saudeemmovimento.com.br/saude/estresse.htm](http://www.saudeemmovimento.com.br/saude/estresse.htm). Acesso em 23 de 06 de 2020.

RABHA, A. C. et al. Manifestações clínicas de crianças e adolescentes com COVID-19: relato dos primeiros 115 casos do Sabará hospital infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, n. 8, p. 1-20,

2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/m7zBFzcbP37c9YdJsqmGqqw/?lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2022.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, v. 37, e200063, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>>.

SILVA, B. K. A.; MAIA, F. L.; BRIDI, M. A. As configurações do trabalho remoto da categoria docente no contexto da pandemia Covid-19. **Novos Rumos Sociológicos**, Pelotas, v. 8, n. 14, p. 8-39, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/NORUS/article/view/19908/12416>. Acesso em: 22 ago. 2022.

SILVA, C.L.; SANTOS, D.M.B. Desenvolvimento docente profissional e educação básica na pandemia do COVID-19. **SciELO Preprints**, [S.L.], p. 1-21, 9 fev. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3526>. Acesso em: 22 set. 2022.

SOUZA, K. R. *et al.* Diários de professores(as) na pandemia: registros em cadernetas digitais de trabalho e saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 26, p. 1-16, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.210318>. Acesso em 22 set. 2022.

SOUZA, K. R. *et al.* Trabalho remoto, saúde docente e greve virtual em cenário de pandemia. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 19, p. 1-14, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00309>. Acesso em 22 set. 2022.

STEIN, C. *et al.* A pandemia da COVID-19 no Brasil: a série de projeções do institute for health metrics and evaluation e a evolução observada, maio a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100017>. Acesso em 15 ago. 2022.

## QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

Patrícia Furtado Gonçalves  
Dhelfeson Willya Douglas de Oliveira  
José Cristiano Ramos Glória  
Timilly Mayra Martins da Cruz  
Olga Dumont Flecha

### **Introdução**

O conceito de qualidade de vida é relativamente moderno. Porém, consiste numa preocupação antiga, ainda em construção dinâmica, que exige um olhar profundo, humano, científico e filosófico. Este campo do conhecimento permeia um universo multidisciplinar, que valoriza não somente o saber técnico como também elementos do cotidiano do indivíduo. Considera não somente as expectativas e percepções subjetivas sobre valores e costumes pessoais mas deveria influenciar no agir científico, na resolutividade frente a enfermidades e doenças. Buscar seu entendimento é importante para melhorar o alívio dos sintomas, o cuidado, acolhimento e reabilitação do paciente.

Existe ainda bastante confusão entre os conceitos de doença, saúde, saúde bucal, qualidade de vida e as maneiras que estes se inter-relacionam. Tem-se percebido esforços concretos na busca pela sua compreensão, porém é preciso que, na tentativa de estabelecimento de conceitos tão complexos, não seja perdida a relação mútua entre os seus diversos elementos.

Neste sentido, a saúde bucal tem se destacado como uma tendência contemporânea nos esforços de construção do



conhecimento sobre qualidade de vida. O crescente avanço observado nos tratamentos odontológicos tem direcionado maior ênfase no reconhecimento do impacto que a doença bucal pode vir a causar no bem-estar tanto funcional quanto psicológico do paciente. Dessa maneira, na pesquisa clínica odontológica, houve uma mudança de foco de desfechos centrado apenas na doença para desfechos centrados na individualidade de cada ser humano.

O objetivo desse capítulo é apresentar a evidência atual sobre a interligação do construto de qualidade de vida com a saúde bucal, mais especificamente no sentido de promover uma reflexão para ampliar o universo que compreende o estudo da qualidade de vida, buscando evitar o reducionismo biomédico.

### **Conceito e medidas de qualidade de vida**

Qualidade de vida é a sensação de bem-estar proveniente da satisfação ou insatisfação com áreas da vida consideradas importantes para si mesmo ou ainda, a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (HUBER et al., 2011; WHOQOL GROUP 1993,1994, 1995; Estoque et al; 2019). Engloba várias situações e sensações, tanto positivas quanto negativas, em uma condição multidimensional, abstrata e subjetiva que afetam o dia a dia do indivíduo (LOCKER, 1988; PATRIC; ERICKSON, 1993; COHEN-CARNEIRO et al., 2011). Consiste num construto pessoal que se encontra em constante evolução (Estoque et al., 2019) podendo variar de acordo com contextos variados, desde sociais a culturais, pertinentes aos julgamentos do indivíduo (PATRICK; ERICKSON, 1993).

Mount e Scott compararam a avaliação da qualidade de vida com a avaliação da beleza de uma rosa: não importa quantas medições sejam feitas (cor, cheiro, altura, etc), toda a beleza da rosa nunca é capturada completamente (HIGGINSON; CARR, 2001). Experimentalmente, outros estudos clínicos também tem sugerido que a percepção do paciente sobre o impacto de algumas condições

crônicas na qualidade de vida pode diferir entre as pessoas. Denomina-se então, paradoxo da incapacidade, isto é, alguns pacientes podem relatar que a sua qualidade de vida é boa apesar de apresentarem limitações funcionais decorrentes de doenças crônicas. Assim, sugere-se que a saúde e qualidade de vida não são somente conceitualmente distintas, mas também empiricamente dessemelhantes (NGUYEN et al., 2017; PINHEIRO et al., 2017; GARVEY et al., 2016).

Diversos índices de qualidade de vida têm sido criados e validados, sendo mensurados através de questionários autoaplicáveis ou obtidos por meio de entrevista; que são úteis para avaliar a percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua saúde e suas necessidades bem como determinar seu impacto no contexto (SOARES et al., 2011). Conforme Diniz (2013), os instrumentos para avaliação da qualidade de vida surgiram da necessidade de se adequar os conceitos de saúde e suas medidas, passando a abordar aspectos como funcionamento, suporte social e psicológico, além de morbidade e mortalidade. Estas medidas subjetivas do estado de saúde podem ser usadas de várias maneiras, sendo que seu propósito específico deve ser rigorosamente selecionado em cada estudo, para dessa maneira, fornecer informações úteis sobre os efeitos da intervenção (STANISZEWSKA, 1998).

### **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal**

Atividades diárias como comer, conversar, sorrir e contribuições criativas para a sociedade são determinantes para o bem-estar de um indivíduo. Atualmente entende-se que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e do bem-estar (BAIJU et al., 2017). Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVSB) é uma área de estudo relativamente nova, mas de importância crescente, que surgiu apenas no início dos anos 80 (GIFT et al., 1997). Uma explicação para o atraso no desenvolvimento da QVSB poderia ser a fraca percepção científica do impacto das doenças bucais na Qualidade de Vida (QV).

Há apenas 40 anos, os pesquisadores rejeitavam a idéia de que as doenças bucais poderiam estar relacionadas à saúde geral. Davis (1976) afirmou que, além da dor e câncer com risco de vida, doenças orais não teriam qualquer impacto sobre a vida social e só estariam relacionadas com questões estéticas. No entanto, a doença dental foi uma das queixas mais frequentes à época, ao passo que dor de cabeça, erupção cutânea, e queimaduras foram percebidos como problemas sem importância (DUNNEL; CARTWRIGHT, 1972), que raramente contribuíram para o "papel de doente" clássico e, portanto, não deveriam impactar negativamente na qualidade de vida (GERSON, 1972). No final de 1970, o conceito QVSB começou a evoluir à medida que mais evidências surgiram sobre o impacto das doenças bucais sobre o indivíduo e suas funções sociais (CUSHING et al., 1986; ETTINGER, 1987).

A condição precária da boca afeta a saúde geral, o bem-estar geral e o comportamento psicossocial dos pacientes (ZENTHÖFER et al., 2014). A saúde geral é afetada pela diminuição da ingestão de dietas saudáveis, devido à menor capacidade de mastigação. O bem-estar geral refere-se ao conforto e à confiança que o paciente exibe após o tratamento, refletindo atributos fisiológicos, sociais e principalmente psicológicos relacionados à qualidade de vida. O comportamento psicossocial depende da capacidade do paciente de interagir e comunicar sem o sentimento de incapacidade. As restaurações e substituição de dentes, assim como os tratamentos dentários, tendem a reduzir esses efeitos nocivos e melhorar a qualidade de vida (SIVAKUMAR et al., 2014). O conforto do paciente é mais vital para a aceitação de qualquer intervenção. Em outras palavras, a aceitação do paciente é a satisfação do paciente (BETTIE et al., 2015).

Claramente, os parâmetros clínicos de doenças bucais como a cárie dentária ou as doenças periodontais não eram inteiramente adequados para captar o novo conceito de saúde declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), particularmente os aspectos de bem-estar mental e social. Isso criou uma demanda por novas medidas de estado de saúde, em contraste com as medidas

clínicas do estado da doença. Como resultado, os pesquisadores começaram a desenvolver medidas alternativas que avaliariam o impacto físico, psicológico e social das condições bucais em um indivíduo, sob a forma de questionários validados (AL SHAMRANY, 2006).

A QVSB capta o objetivo final do cuidado odontológico, principalmente boa saúde bucal. As condições e doenças bucais podem depreciar a auto-imagem e auto-estima, desencorajar a interação social normal, e causar outros problemas de saúde e levar ao estresse crônico e depressão, bem como incorrer em grande custo financeiro. A saúde bucal precária também pode interferir com as funções vitais e sociais de rotina, como respirar, alimentar, morder, deglutir e falar, e com as atividades do dia-a-dia, tais como trabalhar, estudar e interagir socialmente (ROZIER et al., 2008), além de trazer mudanças de comportamento e de auto confiança (LEÃO; LOCKER, 2006).

A QVSB está associada com fatores funcionais, psicológicos, ambientais, sociais/emocionais, experiência de dor e expectativa acerca do tratamento (Figura 1) (Inglehart et al., 2002). Novas definições sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem incluído outros domínios, tais como fisiológicos, o ambiente social e físico ao qual o indivíduo pertence, seus comportamentos relacionados à saúde geral e também a facilidade de acesso a estes cuidados (GLICK et al., 2017).

Figura 1 - Dimensões que compreendem a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Fonte: próprios autores).



Vários métodos têm sido desenvolvidos para abordar a complexidade e os aspectos sociais e culturais relativos da QVSB, bem como para fornecer índices capazes de capturar dados além do processo de doença biológica e patológica. Em geral, a QVSB pode ser determinada por duas abordagens: a primeira inclui um método explicativo interpretativo e qualitativo; e a segunda, que é a abordagem mais comum, é geralmente baseada em questionários que enfatizam a percepção do sujeito sobre sua saúde física e psicológica, e capacidade funcional (MCGRATH et al., 2004).

### Medidas de QVSB

A utilização de medidas de QVSB na prática clínica tem como objetivos identificar e priorizar problemas, triar dificuldades ocultas, facilitar a tomada de decisão clínica e monitorar as modificações e respostas frente ao tratamento odontológico

(Robinson, 2016). Idealmente, as propriedades necessárias dos instrumentos psicométricos de medidas de qualidade de vida devem incluir: validade, adequação e aceitabilidade, confiabilidade, capacidade de resposta à mudança e fácil interpretação (BENNADI; REDDY, 2013). Visam permitir uma alteração dos critérios odontológicos tradicionais para avaliação e cuidados que se encontram na experiência emocional de uma pessoa, orientando na definição de objetivos e resultados para um tratamento apropriado (CHRISTIE et al., 1993).

A saúde bucal pode ser quantificada ao nível macro usando as medidas sociais das condições orais, que demonstram que a doença bucal cria uma carga substancial de doença, particularmente entre os grupos desfavorecidos (BENNADI; REDDY, 2013).

Fundamentalmente, existem três categorias de medidas QVSB (BAIJU et al., 2017; Slade, 1998): os indicadores sociais, auto-avaliações globais de QVSB, e questionários de QVSB.

Os indicadores sociais são utilizados para avaliar o efeito das condições orais ao nível da comunidade; são realizados grandes levantamentos populacionais para expressar o impacto das doenças bucais em toda a população por meio de indicadores sociais como dias de atividades restritas, perda de trabalho e ausência escolar devido a condições orais. Embora os indicadores sociais sejam significativos para os formuladores de políticas, eles têm limitações na avaliação do QVSB.

As auto-avaliações globais de QVSB, conhecidas como classificações de um único item, referem-se a fazer uma pergunta geral sobre a saúde bucal dos indivíduos. As opções de resposta a esta pergunta global podem estar em um formato categórico ou escala analógica. Por exemplo, uma pergunta global do tipo: "Como você classifica sua saúde bucal hoje?" Poderia ter respostas categóricas variando de "Excelente" a "Pobre" ou resposta em uma escala de 100 mm (SLADE, 2002, BAIJU et al, 2017).

Questionários de múltiplos itens são os métodos mais utilizados para avaliar QVSB. Pesquisadores desenvolveram instrumentos de QV próprios para a saúde bucal e o número de

ferramentas continua a crescer rapidamente para atender à demanda de medidas mais peculiares. Além disso, essas medidas podem ser classificadas em instrumentos genéricos que medem a saúde bucal geral *versus* instrumentos específicos. Estes últimos podem ser especializados para medir as dimensões/condições de saúde bucal ou avaliar determinadas populações, por exemplo, ansiedade dental (MCNEIL; RAINWATER, 1998), deformidade dentofacial (CUNNINGHAM et al., 1998), e o impacto de prótese sobre o estado nutricional da população idosa (WÖSTMANN et al., 2008).

Além disso, os instrumentos de QVSB variam amplamente em termos do número de questões (itens), e formato das perguntas e respostas. Diferentes medidas de QVSB são mostradas na Tabela 1.

Os resultados obtidos com esses instrumentos são geralmente relatados com um sistema de escore o qual indica a gravidade das doenças bucais ou o impacto de tais condições bucais na qualidade de vida (BENNADI; REDDY, 2013). A informação sobre QVSB permite a avaliação de sentimentos e percepções no nível individual, aumentando a efetividade de comunicação entre profissionais e pacientes, melhor compreensão do impacto da saúde bucal na vida do sujeito e da família, além da medição dos resultados clínicos dos serviços prestados (satisfação do paciente).

Tabela 1 – Exemplos de instrumentos para avaliação de QVSB

<b>Autores</b>	<b>Instrumnto</b>	<b>Dimensões medidas</b>	<b>Questões</b>	<b>Formato de respostas</b>
Cushing et al., 1986	Social Impacts of Dental Disease	Mastigação, comunicação, dor, aparência	14	Sim / não
Dolan et al., 1991	RAND dental health index	Dor, ansiedade, interação social	3	4 categorias (De forma alguma / ótimo negócio)
Atchison and Dolan, 1990	General (Geriatric) oral health assessment index	Mastigação, contato social, aparência, dor, ansiedade, autoconsciência	12	6 categorias (sempre / nunca)
Strauss and Hunt, 1993	Dental impact profile	Mastigação, bem-estar, vida social, relacionamento	25	3 categorias (efeito bom / efeito ruim / sem efeito)
Slade and Spencer, 1994	Oral health impact profile	Limitação funcional, dor, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, comprometimento	49	5 categorias (muito frequente / nunca)
Locker and Miller, 1994	Subjective oral health status indicator	Mastigação, fala, sintomas, alimentação, comunicação, relações sociais	42	Variado, dependendo do formato da questão



Frisch et al., 1992	Oral-Health quality of life inventory	Função salivar, estética, saúde oral, dor, fala, mastigação	15	Parte A: 4 categorias (De forma alguma / ótimo negócio) Parte B: 4 categorias (Infeliz / feliz)
Leao and Sheiham, 1996	Dental impact on daily living	Conforto, aparência, dor, atividade diárias, alimentação	36	Variado, dependendo do formato da questão
Kressin et al., 1996	Oral health related quality of life measure	Atividades diárias, atividades sociais, conversação	3	6 categorias (em todo tempo / em tempo nenhum)
Adulayanon et al., 1996	Oral impacts on daily performance	Performance em comer, falar, higiene oral, dormir, controle emocional, interação social	9	Variado, dependendo do formato da questão
Boiko et al., 2010	Dentin Hypersensitivity experience questionnaire	Restrições funcionais, adaptações, emoções, identidade e impacto social	48	Variado, dependendo do formato da questão

Fonte: próprios autores

## Importância da avaliação da QVSB

Historicamente, a maioria dos estudos que avaliam as mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e populações individuais baseou-se nos indicadores clínicos da doença; haviam relativamente poucos estudos de avaliação sobre saúde e bem-estar a partir da percepção do sujeito (LOCKER; JOKOVIC, 1997). Nos últimos 30 anos, o uso de indicadores sócio-dentários na epidemiologia oral tem sido amplamente defendido, porque medidas únicas da doença clínica não documentam a sua totalidade. Estes indicadores foram construídos e testados em estudos epidemiológicos em diferentes populações para construir uma relação mais concreta entre as medidas subjetivas e objetivas de saúde bucal, o que ajudaria a estimar as necessidades reais da população (LOCKER; MILLER, 1994). A pesquisa no campo da QV tem emergido devido a vários fatores, como por exemplo: (1) o papel mais ativo do paciente como membro da equipe de tratamento; (2) a necessidade de abordagens práticas baseadas na ciência e (3) pelo fato de que muitos tratamentos não são capazes de “curar” a condição, evidenciando assim, a importância da qualidade de vida também como uma variável de resultado de saúde (NAJMAN; LEVINE, 1981). Atualmente, é reconhecido que as medidas de qualidade de vida não visam substituir a avaliação dos impactos da doença ou do tratamento, mas funcionam como colaboradores essenciais e complementares para isto (BAIJU et al; 2017).

Na saúde pública, a medição da QV é uma ferramenta útil para planejar as políticas de bem-estar, pois é possível determinar as necessidades da população, a prioridade do cuidado e a avaliação das estratégias de tratamento adotadas; contribuindo assim, para o processo de tomada de decisão (SEIDL et al., 2004). O uso da associação entre condições de saúde bucal e QV pode ser um mecanismo eficaz para se comunicar com gestores de política, revelando assim, a importância da saúde bucal e igualdade ou aumento da facilidade de acesso aos cuidados (AL SHAMRANY, 2006). Tendo em vista as disparidades no acesso aos cuidados e

dificuldade dos tratamentos devido aos custos, realizar uma comparação entre a qualidade de vida, por meio de instrumentos aplicados entre variados grupos de tratamento pode facilitar a tomada de decisões para paciente, profissionais e gestores políticos (SISCHO; BRODER, 2011).

No que diz respeito à investigação, estes instrumentos de medição ajudam a avaliar os resultados dos tratamentos ou ações, e a desenvolver mais orientações para a prática clínica baseada em evidências (BENNADI; REDDY, 2013). Além disso, como a avaliação dos pacientes de sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal é muitas vezes muito diferente da opinião dos profissionais, o instrumento de medição, é capaz de garantir esta nuance na avaliação global (ALLEN, 2003).

Medidas de QVSB estão sendo usadas em pesquisas de saúde bucal de adultos em todo mundo (KELLY et al., 2000). Allison et al (1999) exploraram esta questão e relataram que a natureza e a magnitude dos impactos poderiam variar entre populações com diferentes origens culturais. Isso pode ser um problema nos inquéritos populacionais. É necessário um trabalho metodológico adicional para avaliar a sensibilidade às propriedades de mudança dos ensaios clínicos, e os clínicos devem ser encorajados a coletar e interpretar esses dados.

Robinson (2016) coloca que a qualidade de vida relacionada à saúde é um resultado cuja medição é essencial na pesquisa em saúde, e que apesar do grande número de instrumentos disponíveis, raramente há um ajuste perfeito para todas as situações. A escolha do instrumento a ser usado deve ser baseada na coleta de dados, qualidades dos questionários e os aspectos práticos do seu uso.

### **Medidas de resultados relatados pelo paciente**

Desde a década passada, os resultados de inquéritos de saúde autorrelatados em ensaios clínicos de intervenção tem ocorrido com a incorporação de desfechos definidos como “medidas de

resultados relatados pelo paciente, do inglês “Patient-Reported Outcome Measures” (PROM) (ACQUADRO et al., 2003; LIPSCOMB; GOTAY; SYNDER, 2007). Estes resultados tem sido cada vez mais reconhecidos como abordagens válidas para medir a qualidade e o impacto da experiência do atendimento nos serviços de saúde (SCHICK-MAKAROFF et al., 2021)

Desde então, a Food and Drug Administration (FDA) definiu PROM como sendo “qualquer aspecto do estado de saúde de um paciente que venha diretamente do paciente (ou seja, sem a interpretação das respostas dadas por ele por um profissional ou qualquer outra pessoa)” e pode incluir relatos pessoais de sintomas de uma doença, efeitos adversos do tratamento, estado funcional ou bem estar geral (FDA, 2022).

Dessa maneira, os PROM consistem em questionários que objetivam captar o estado de saúde atual das pessoas e seus desfechos globais. A avaliação dos resultados direcionada ao indivíduo e suas experiências de saúde podem ser utilizadas simultaneamente utilizando-se um instrumento combinado. Portanto, estes instrumentos podem medir a eficácia do cuidado e contribuir para sua melhoria (VAN OPPEN et al., 2021).

Assim, a utilização de instrumentos PROM pode vir a proporcionar a liberdade individual de reflexão sobre suas condições e prioridades relacionadas a sua saúde, podendo até certo ponto, possibilitar o autogerenciamento (BLACK, 2013; VALDERAS et al., 2008) além de facilitar a comunicação entre profissionais e pacientes sobre perspectivas e expectativas importantes sobre os desfechos de saúde (PORTER et al., 2016).

### **Perspectivas futuras na pesquisa em QVSB**

Existem inúmeras oportunidades de desenvolvimento de pesquisas futuras no campo da QVSB, em áreas interdisciplinares, procurando integrar a QVSB com a saúde geral e também no campo de políticas públicas.

Algumas lacunas do conhecimento a respeito do tema ainda precisam ser preenchidas, e investigações científicas em várias frentes precisam ser encorajadas, dentre as quais destacamos:

1) Melhor conceituação e definição de medidas de “saúde bucal”, bem como a sistematização destas medidas para uso clínico rotineiro;

2) Pesquisas sobre a correlação de sobrevida de diversos tipos de tratamento e QVSB, de forma longitudinal;

3) Pesquisas sobre o impacto de determinados tratamentos odontológicos na QV e sobre futuras necessidades de tratamento, na perspectiva de planejamento de políticas públicas de saúde;

4) Pesquisas metodológicas sobre os instrumentos em diversas faixas etárias e diferentes populações (sensibilidade, especificidade, confiabilidade e validade interna e externa).

### **Considerações finais**

A busca pela compreensão do conceito de qualidade de vida é um campo do conhecimento ainda em construção, mas que evoluiu bastante, compreendido pelo dinamismo e principalmente direcionado ao estado particular de bem estar de cada paciente e de como ele próprio entende o construto. Por se tratararem de fenômenos que só podem ser observados e nomeados por meio do comportamento ou reações determinadas, inúmeros instrumentos tem sido desenvolvidos e validados com o objetivo de, subjetivamente captar o impacto que a saúde causa na qualidade de vida do indivíduo, sendo ela global ou bucal. Permanece mandatório que esforços sejam direcionados para que estes instrumentos transpareçam a liberdade individual de reflexão das condições, expectativas e prioridades relacionadas à saúde das pessoas.

Espera-se que os pesquisadores continuem trazendo respostas para os problemas não resolvidos no campo da QVSB, nutrindo esta tão importante área de pesquisa.

## Referências

- ACQUADRO C, BERZON R, DUBOIS D, *et al.* Incorporating the patient's perspective into drug development and communication: an ad hoc task force report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group meeting at the Food and Drug Administration. **Value Health**, 6, 522–531, 2003.
- ADULYANON S, VOURAPUKJARU J, SHEIHAM A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. **Community Dent Oral Epidemiol**, 24, 385–391, 1996.
- AL SHAMRANY M (). Oral health-related quality of life: a broader per-spective. **East Mediterr Health J**, 12, 894-90, 2006.
- ALLEN PF. Assessment of oral health related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**,1, 40, 2003.
- ALLISON PJ, LOCKER D, JOKOVIC A, SLADE G. A Cross-cultural Study of Oral Health Values. **J Dent Res**, 78, 643–649, 1999.
- ATCHISON KA, DOLAN TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dent Educ**, 54, 680-687, 1990.
- BAIJU RM, PETER E, VARGHESE NO, SIVARAM R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. **J Clin Diagn Res**, 11, 6, 21-26, 2017.
- BENNADI D, REDDY CV. Oral health related quality of life. **J Int Soc Prev Community Dent**, 3, 1, 1-6, 2013.
- BETTIE NF, RAMACHANDIRAN H, ANAND V, SATHIAMURTHY A, SEKARAN P. Tools for evaluating oral health and quality of life. **Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences**,7, Suppl 2, 414-419, 2015.
- BLACK N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. **BMJ**, 28, 346, f167, 2013.
- BOIKO OV, BAKER SR, GIBSON BJ, LOCKER D, SUFI F, BARLOW AP, ROBINSON PG. Construction and validation of the quality of life measure for dentine hypersensitivity (DHEQ). **J Clin Periodontol**, 37,11, 973-980, 2010.

CHRISTIE M, FRENCH D, SOWDEN A, WEST A. Development of child-centered, disease-specific questionnaires for living with asthma. **Psychosom Med**, 55, 541-548,1993.

COHEN LK, JAGO JD. Toward the formulation of sociodental indicators. **Int J Health Serv**,6, 681-698, 1976.

COHEN-CARNEIRO F, SOUZA-SANTOS R, REBELO MA. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Cien Saude Colet.**;16, 1, 1007-1015, 2011.

CUNNINGHAM SJ, GARRATT AM, HUNT NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. **Community Dent Oral Epidemiol**, 28, 195-201, 2000.

CUSHING AM, SHEIHAM A, MAIZELS J. Developing socio-dental indicators: The social impact of dental disease. **Community Dent Health**, 3, 3-17, 1986.

DAVIS P. Compliance structures and the delivery of health care: The case of dentistry. **Soc Sci Med**, 10, 329-337, 1976.

DINIZ DP. **Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho**. 2ª ed. Barueri: MANOLE, 2013.

DOLAN, TA, GOOCH, BF. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment. **Community Dent Oral Epidemiol**, 19,1-8, 1991.

DUNNELL K, CARTWRIGHT A. **Medicine takers, prescribes and hoarders**. 1972.

ESTOQUE, R.C., TOGAWA, T., Ooba, M., GOMI, K., NAKAMURA, S., HIJIOKA, Y., KAMEYAMA, Y. A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a "QOL-Climate" assessment framework. **Ambio**, 48, 619-638, 2019.

ETTINGER RL. Oral disease and its effect on the quality of life. **Gerodontology**, 3,103-106,1987.

FRISCH MB, CORNELL J, VILLANUEVA M, RETZLAFF PJ. Clinical Validation of the quality of life inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. **Psychological Assessment**, 4, 92-101, 1992.

GARVEY G, CUNNINGHAM J, HE VY, JANDA M, BAADE P, SABESAN S, *et al.* Healthrelated quality of life among Indigenous Australians diagnosed with cancer. **Qual Life Res**, 8, 1999-2008, 2016.

GERSON LW. Expectations of “sick role” exemptions for dental problems. **J Can Dent Assoc** (Tor), 38, 370–372, 1972.

GIFT HC, ATCHISON KA, DAYTON CM. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. **Soc Sci Med**, 44, 601–608, 1997.

GLICK M, WILLIAMS DM, KLEINMAN DV *et al.* A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 151, 2, 229-231, 2017.

HIGGINSON IJ, CARR AJ. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. **BMJ**, 322, 1297–1300, 2001.

HUBER MACHTELD, KNOTTNERUS J ANDRÉ, GREEN LAWRENCE, HORST HENRIËTTE VAN DER, JADAD ALEJANDRO R, KROMHOUT DAAN *et al.* How should we define health? **BMJ**, 343, d4163, 2011.

INGLEHART MR, BAGRAMIAN RA, BAGRAMIAN RA.. **Oral Health Related Quality of Life** Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc. 2002.

KELLY M, STEELE J, NUTTALL N, BRADNOCK G, MORRIS J, NUNN J, *et al.* **Adult Dental Health Survey: Oral Health in the United Kingdom 1998**. London: The Stationary Office. 2000.

KRESSIN, N., SPIRO III, A., BOSSÉ, R., GARCIA, R., KAZIS, L. Assessing oral health- related quality of life: Findings from the Normative Aging Study. **Medical Care**, 34, 416-427, 1996.

LEAO A, SHEIHAM A. The Development of a socio-dental Measure of Dental Impacts on Daily Living. **Community Dent Health**, 13, 22-26, 1996.

LEÃO AT, LOCKER D. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores.



*Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 260- 268.

LIPSCOMB J, GOTAY CC, SNYDER CF. Patient-reported outcomes in cancer: a review of recente research and policy initiatives. **CA Cancer J Clin**, 57, 278–300, 2007.

LOCKER D, JOKOVIC A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. **J Dent Res**, 76, 1292–1297,1997.

LOCKER D, MILLER Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. **J Public Health Dent**, 54, 167–176, 1994.

LOCKER D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dental Health**, 5, 3-18, 1988.

MCCRATH C, BRODER H, WILSON-GENDERSON M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: Implications for research and practice. **Community Dent Oral Epidemiol**, 32, 81–85, 2004.

MCNEIL DW, RAINWATER AJ., 3rd Development of the Fear of Pain Questionnaire: III. **J Behav Med**, 21, 389–410, 1998.

NAJMAN JM, LEVINE S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and a critique. **Soc Sci Med** 15F(2-3),107-115, 1981.

NGUYEN HA, ANDERSON CA, MIRACLE CM, RIFKIN DE. The association between depression, perceived health status, and quality of life among individuals with chronic kidney disease: an analysis of the national health and nutrition examination survey 2011-2012. **Nephron**, 2017.

PATRICK D, ERICKSON P. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. **New York: Oxford University Press**, 1993.

PINHEIRO LC, TAN X, OLSHAN AF, WHEELER SB, REEDER-HAYES KE, SAMUEL CA, *et al*. Examining health-related quality of life patterns in women with breast cancer. **Qual Life Res**. 1533-1535, 2017.

PORTER I, GONÇALVES-BRADLEY D, RICCI-CABELLO I *et al.* Framework and guidance for implementing patient-reported outcomes in clinical practice: evidence, challenges and opportunities. **J Comp Eff Res**, 5, 507-519, 2016.

ROBINSON PG. Choosing a measure of Health Related Quality of Life. **Community Dent Health**, 33, 2, 107-115, 2016.

ROZIER RG, PAHEL BT. Patient- and population-reported outcomes in public health dentistry: Oral health-related quality of life. (vi-vii). **Dent Clin North Am**, 52, 345-365, 2008.

SCHICK-MAKAROFF K, KARIMI-DEHKORDI M, CUTHBERTSON L, DIXON D, COHEN SR, HILLIARD N, SAWATZKY R. Using Patient- and Family-Reported Outcome and Experience Measures Across Transitions of Care for Frail Older Adults Living at Home: A Meta-Narrative Synthesis. **Gerontologist**, 3, 61, 3, 23-38, 2021.

SEIDL EM, ZANNON CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos 3. conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, 20, 580-588, 2004.

SISCHO, L., BRODER, H.L. Oral Health-related Quality of Life. **Journal of Dental Research**, 90, 1264-1270, 2011.

SIVAKUMARI, SAJJANS, RAMARAJU AV, RAO B. Changes in oral health-related quality of life in elderly edentulous patients after complete denture therapy and possible role of their initial expectation: A follow-up study. **J Prosthodont.** (ahead of print) 2014

SLADE GD, SPENCER AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dental Health**, 11, 3-11, 1994.

SLADE GD, STRAUSS RP, ATCHISON KA, KRESSIN NR, LOCKER D, REISINE ST. Conference summary: Assessing oral health outcomes: Measuring health status and quality of life. **Community Dent Health**, 15, 3-7, 1998.

SOARES AH, MARTINS AJ, LOPES Mda C, BRITTO JA, OLIVEIRA CQ, MOREIRA MC. [Quality of life of children and adolescents: a bibliographical review]. **Cien Saude Colet.** 16, 7, 3197-206, 2011.

STANISZEWSKA S. Measuring quality of life in the evaluation of health care. **Nurs Stand** 12, 14-20; 17, 36-39, 1998.

STRAUSS RP, HUNT RJ. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. **JADA**, 124, 105-110, 1993.

The WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). **Quality of Life Research**, 2, 153-159, 1993.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, 41, 1403-1409, 1995.

The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, 23, 24-56, 1994.

U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER), Center for Biologics Evaluation and Research (CBER), Center for Devices and Radiological Health (CDRH). Guidance for industry-patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims. Available at: [https://www.fda.gov/science-research/focus-areas-regulatory-science-report/focus-area-patient-reported-outcomes-and-other-clinical-outcome-assessments#:~:text=Patient%2Dreported%20outcomes%20\(PROs\)%3A,such%20as%20a%20pain%20scale](https://www.fda.gov/science-research/focus-areas-regulatory-science-report/focus-area-patient-reported-outcomes-and-other-clinical-outcome-assessments#:~:text=Patient%2Dreported%20outcomes%20(PROs)%3A,such%20as%20a%20pain%20scale). Accessed November 2, 2022.

VALDERAS JM, KOTZEVA A, ESPALLARGUES M *et al*. The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. **Qual Life Res**, 17, 179-193, 2008.

VAN OPPEN, J.D., VALDERAS, J.M., MACKINTOSH, N.J., CONROY, S.P. Patient-reported outcome and experience measures in geriatric emergency medicine. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, 54, 122-124, 2021.

WÖSTMANN B, MICHEL K, BRINKERT B, MELCHHEIER-WESKOTT A, REHMANN P, BALKENHOL M. Influence of

denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. **J Dent**, 36, 816–821, 2008.

ZENTHÖFER A, RAMMELSBURG P, CABRERA T, SCHRÖDER J, HASSEL AJ. Determinants of oral health-related quality of life of the institutionalized elderly. **Psychogeriatrics**, 14, 247–254, 2014.



## SOBRE OS ORGANIZADORES

### **Ramon Missias-Moreira (Organizador)**

Pós-doutor em Atividade Física e Saúde pelo Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL), vinculado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal (FADEUP-2022). Doutor em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA-2017). Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB-2012). Especialista em Atividade Física, Educação e Saúde para Grupos Especiais pela Faculdade da Cidade do Salvador (FCS-2010). Licenciado Pleno em Educação Física pela UESB (2009). Licenciado em Pedagogia pela Universidade Metropolitana de Santos (2019). Professor Adjunto na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), leciona na Graduação em Educação Física, na Licenciatura EaD em Pedagogia, no Mestrado em Psicologia e no Doutorado em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial. Coordenador do Estágio Supervisionado da Licenciatura em Educação Física. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física - GIPEEF/UNIVASF/CNPq. Membro da Rede Internacional de Pesquisas sobre Representações Sociais de Saúde (RIPRES), com sede na Universidade de Évora, Portugal; Membro do GT da ANPEPP Memória, Identidade e Representações Sociais; Associado da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Associado da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS); Associado da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN); e, Membro do Comitê de Políticas de Estágio da UNIVASF.

**Jorge Mota (Organizador)**

Desde 1997, é Professor Catedrático da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto – FADEUP, em Portugal. Coordenador do Centro Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL). Diretor do Programa de Doutoramento em Fisioterapia e Coordenador do Departamento de Recreação e Tempos Livres da FADEUP. Autor de mais de 200 artigos em revistas nacionais e internacionais. Licenciado em Educação Física e Doutor em Ciências do Desporto pela Universidade do Porto. Diretor da Faculdade de Desporto entre 1996 e 1998; Presidente do Conselho Científico da FADEUP entre 2006 e 2010; Presidente do Conselho de Representantes da FADEUP entre 2000 e 2018. Principal área de interesse: o estudo do exercício físico na interface com a saúde.

## **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**

### **Alessandra Peres Guimarães**

Nutricionista pela Universidade Federal do Espírito Santo e Mestranda no Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Ana Karina Bezerra Pinheiro**

Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora titular da Universidade Federal do Ceará e professora visitante sênior da University of Dundee – Escócia com financiamento CAPES/PRINT (2019-2020). Lider no núcleo de Estudos de Enfermagem, Educação em Saúde, Vulnerabilidades e Práticas profissionais (NEVUSPP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1D.

### **Ana Sofia Novais Rosinhas**

Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Enfermeira do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

### **Andréa Suzana Vieira Costa**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Professora Adjunto I da Faculdade de Medicina de Pinheiro da UFMA. E-mail: andrea.vieira@ufma.br

### **Aramid José Fajardo Gomes**

Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica; Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Professor Assistente Convidado na Escola Superior



de Saúde Santa Maria e Investigador do Núcleo de Investigação e Projetos da Escola Superior de Saúde Santa Maria. Enfermeiro do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

**Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira**

Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor Adjunto II do Departamento de Medicina I (DEMED I), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Coordenador de pesquisas sobre condições de vida e saúde de idosos quilombolas. Bolsista CAPES/BRASIL.

**Carlos Eduardo Gomes Siqueira**

Doutor em Work Environment Policy, pela University of Massachusetts Lowell. Professor na Escola de Meio Ambiente (School for the Environment) da Universidade de Massachusetts Boston, Boston (Escola de Meio Ambiente da Universidade de Massachusetts, Boston (MA), Estados Unidos da América.

**Carolina Goulart Coelho**

Mestre em Ciências da Atividade Física pela Universidade Salgado de Oliveira. Professora Assistente II do curso de Educação Física, Campus Maricá, da Universidade de Vassouras.

**Caroline Senatore**

Graduanda em Nutrição na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Campus Maruípe. Integrante do Projeto de Extensão PANCCult: Cultivando Saberes e Sabores das Plantas Alimentícias Não Convencionais.

**Daniel Sgrancio Uliana**

Graduando em Nutrição na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Campus Maruípe. Integrante do Projeto de Extensão PANCCult: Cultivando saberes e sabores das Plantas

Alimentícias Não Convencionais da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Dhelfeson Wyllia Douglas de Oliveira**

Doutor em Odontologia/Periodontia (UFMG). Professor Adjunto do Departamento de Odontologia (DO/FCBS), da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFVJM (PPGOdonto UFVJM)

### **Francis Sodré**

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil.

### **Gilmar Antoniassi Junior**

Pós-doutor; Doutor e Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Professor Titular do Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia (DPGPSI/FPM). Líder do Grupo de Pesquisa Cultura, Subjetividade e Promoção Psicossocial (DPGPSI/FPM).

### **Gilson Brito Alves de Lima**

Doutor em Engenharia de Produção. Mestre em Engenharia Civil. Professor Associado da Universidade Federal Fluminense (UFF), na área de Engenharia de Produção.

### **Gilson Cassiano de Góes Filho**

Doutorando no programa de doutorado em sistemas de Gestão Sustentáveis da Universidade Federal Fluminense. Mestre em Engenharia Ambiental pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Estado do Rio de Janeiro (IFRJ).

### **Inês Barata Simões**

Licenciada em Ciências da Nutrição pela Atlântica – Instituto Universitário.

### **Jackline Freitas Brilhante de São José**

Doutora em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Professora Adjunta IV do Departamento de Educação Integrada em Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Líder do Grupo de Pesquisa Microbiologia, Higiene e Qualidade dos Alimentos. Coordenadora do Projeto de Extensão PANCCult: Cultivando Saberes e Sabores das Plantas Alimentícias Não Convencionais.

### **João Pinheiro de Barros Neto**

Pós-doutorado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP), Doutor em Sociologia e Mestre em Administração pela mesma Universidade. Professor Assistente Doutor do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contábeis e Atuariais da PUC SP, área epistemológica de Gestão de Pessoas. Membro dos Grupos de Pesquisa: Grupo de Estudos em Empreendedorismo e Inovação – GEEI/PUC-SP/CNPq, Grupo de Pesquisa Aplicada em Administração – GEPAD/CRA-SP e Grupo de Excelência em Gestão de Instituições de Ensino Superior – GEGIES/CRA-SP.

### **José Cristiano Ramos Glória**

Doutor em Odontologia (UFVJM). Professor Associado do Departamento de Odontologia (DO/FCBS), da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Membro do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFVJM (PPGOdonto UFVJM).

### **Júlio Vieira Neto**

Doutor em Engenharia Civil pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor Associado da Universidade Federal

Fluminense (UFF) lotado no Departamento de Ciências Atuariais e Finanças.

**Lorena Estevam Martins Fernandes**

Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil. Analista no Núcleo de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida do Servidor da Secretaria Estadual de Gestão e Recursos Humanos do Espírito Santo (NASS/SEGER-ES).

**Lucas Guimarães Bloc**

Doutor em Psicopatologia na Université Paris Diderot - Paris VII, com bolsa Capes de Doutorado Pleno no Exterior (2014-2018). Graduado em Psicologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestre em Psicologia pela UNIFOR (2010-2012). Diploma Universitário em Fenomenologia Psiquiátrica na Université de Nice (2015-2016). Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Coordenador do APHETO - Laboratório de Psicopatologia e Clínica Humanista-Fenomenológica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNIFOR. Possui formação em Psicoterapia Humanista-Fenomenológica. Atua como psicoterapeuta. Realizou estágio pós-doutoral (2019-2021) em Psicologia na UNIFOR sob supervisão da Profa. Virginia Moreira.

**Luciana de Araújo Mendes Silva**

Doutora e Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Professora Titular do Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia (DPGPSI/FPM).

**Marco Antônio Araújo Leite**

Doutor em Neurologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenador de Pós-Graduação Stricto Sensu em Neurologia (Neurologia & Neurociências), na Universidade Federal Fluminense (UFF).

### **Maria de Lurdes Costa Domingos**

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro -UFRJ (1996), especialização em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RJ (2001); Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ) (1999) e doutorado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (2007). Atualmente é docente no curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE) e professora permanente no Laboratório de Tecnologia, Gestão de Negócios e Meio Ambiente (LATEC-UFF).

### **Marselle Fernandes Fontenelle**

Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará UFC (2021), Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (2007) e graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (1994). Docente do curso de Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Possui experiência profissional em empresas privadas na área de Psicologia Organizacional e do Trabalho atuando com ênfase em processos de gestão de pessoas e saúde do trabalhador. Doutora-Docente UNIFOR-Membro Núcleo TRASSUS-UFC  
Doutora-Docente UNIFOR-Membro Núcleo TRASSUS-UFC.

### **Maxmiria Holanda Batista**

Possui graduação em Psicologia (2005), Mestrado Saúde Coletiva (2011) pela Universidade de Fortaleza e Doutorado em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE,UFC e UNIFOR (2017). Atualmente é professora do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Humanas/Sociais e Saúde. Possui interesse em pesquisas que envolvem integração de saberes sobre saúde, trabalho, ambiente e subjetividade. Doutora-Docente UFC-Membro Núcleo TRASSUS-UFC.

### **Michely Nascimento**

MBA Executivo em Liderança e Gestão Organizacional pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

### **Níssia Carvalho Rosa Bergiante**

Doutora em Engenharia de Transportes pelo Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE- UFRJ). professora Adjunta IV do Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal Fluminense.

### **Olga Dumont Flecha**

Doutora em Ciências (UNIFESP). Professora Associada do Departamento de Odontologia (DO/FCBS), da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFVJM (PPGOdonto UFVJM).

### **Olga de Sousa Valentim**

Professora Doutora em Enfermagem. Mestre em Terapias Cognitivas e Comportamentais. Licenciada em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Várias publicações sobre Determinantes da Qualidade de Vida. Investigadora no grupo NursID do CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologia e Serviços de Saúde, afiliação FCT), no projecto Saúde Mental Positiva e Literacia em saúde Mental.

### **Oswaldo Luiz Gonçalves Quelhas**

Pós-Doutor pela Universidade do Minho Portugal. Doutor em Engenharia de Produção pelo Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE- UFRJ). Professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção/UFF.

### **Patrícia Furtado Gonçalves**

Doutora em Clínica Odontológica/Periodontia (FOP-Unicamp). Pós-doutorado em Periodontia pela University of Florida (UF). Professora Associada do Departamento de Odontologia (DO/FCBS), da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFVJM (PPGOdonto UFVJM)

### **Paula Encarnação**

Doutora em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (UP-ICBAS). Professora Ajunta na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (ESE-UMinho). Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E); investigadora no Centro de Investigação em Enfermagem (CIENF) da Universidade do Minho, na linha de pesquisa “Saúde, ambiente e desenvolvimento humano”.

### **Paulo Renato Costa Figueiredo**

Doutor em Química, na Especialidade de Química-Física, pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Professor Auxiliar na Atlântica – Instituto Universitário. Investigador do grupo Nutrition, Food and Wellbeing.

### **Rhaiza Marcia Passos Leal**

Graduanda em Nutrição na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Campus Maruípe. Integrante do Projeto de Extensão PANCCult: Cultivando Saberes e Sabores das Plantas Alimentícias Não Convencionais da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Ricardo Almeida**

Doutorando em Ciências da Educação, especialidade em Organização do Ensino, das Aprendizagens e da Formação de Professores, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC). Mestre em Ciências da

Educação e Licenciado em Ciências da Educação pela mesma universidade. Coordenador dos Projetos All in Scratch e Make a Lab no CASPAE.

### **Robson Pereira da Silva**

Graduando em Psicologia pela Faculdade Patos de Minas (FPM).

### **Rodrigo Cardoso Viana**

Possui graduação em Engenharia de Produção e especialização em Engenharia de Produção com ênfase em Lean Manufacturing e Engenharia de Segurança do Trabalho. Mestrando em Sistemas de Gestão pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Profissional de Engenharia de Produção do setor privado na área de Petróleo e Gás e profissional liberal da área de Engenharia e Segurança do Trabalho. Posuo experiência na área de Engenharia de Produção, com ênfase em Qualidade, Processos Produtivos e Saúde e Segurança do Trabalho. Áreas de interesse e atuação: Higiene Ocupacional, Ergonomia e Riscos Ocupacionais para caracterização de Insalubridade e Periculosidade, Melhoria da Qualidade, Processos de Produção e Desenvolvimento Sustentável.

### **Sara Jarske Gering**

Graduanda em Nutrição na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Campus Maruípe. Integrante do Projeto de Extensão PANCCult: Cultivando Saberes e Sabores das Plantas Alimentícias Não Convencionais da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **Sávio Luís Oliveira da Silva**

Doutor em Sistemas de Gestão Sustentáveis pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor Adjunto I do curso de Educação Física, Campus Maricá, da Universidade de Vassouras.

### **Sílvia Marlene Barradas Ramos**

Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica; Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na area de Enfermagem à Pessoa



em Situação Crítica; Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Enfermeira do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

**Sónia Patrícia Henriques dos Santos**

Licenciada em Ciências da Nutrição pela Atlântica – Instituto Universitário. Capacitada em Nutrição Comportamental pela Universidade de São Paulo, Brasil. Membro da Sociedade Italiana de Linfodrenagem desde 2004, actua nas especialidades médicas de Oncologia, Cirurgia Plástica, Vascular e Dermatologia. Actualmente integra o Serviço de Nutrição e Dietética do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC).

**Timilly Mayra Martins da Cruz**

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Mestre e Doutoranda em Clínica Odontológica pelo Programa de Pós-Graduação da UFVJM. Pós graduação *Lato Sensu* em Estudos em Periodontia e em Saúde Coletiva (UniBF)



Nesta coleção, "**PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES SOBRE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE**", abordam-se diversas temáticas que se apresentam para situar esta questão de maneira interdisciplinar, e que gostaríamos que pudesse ser um singelo contributo para uma vida com mais qualidade e bem-estar físico, mental e social. Debruçamo-nos sobre os fundamentos da qualidade de vida e da saúde, conceitos subjetivos e objetivos trabalhados por diferentes pesquisas e áreas do conhecimento que se relacionam com os aspetos culturais, econômicos, profissionais e sociais das pessoas. Portanto, a qualidade de vida é determinada por múltiplos fatores e para uma visão otimista é muito importante considerar a mensagem transmitida pela Ciência. Por fim, vale destacar que essa é a ampliação de mais uma importante coleção de livros idealizada pelo **Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física (GIPEEF/UNIVASF/CNPq)**, sob a coordenação geral do Prof. Dr. Ramon Missias-Moreira e organizada com a colaboração de convidados(as) acadêmicos do Brasil e do exterior desde 2017.

