

UNIVERSIDADE FUMEC  
FACULDADE DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS  
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR E *PERFORMANCE*  
FUNCIONAL: DESENVOLVIMENTO E TESTE DE UM INSTRUMENTO  
DE PESQUISA

STELLA SAFAR CAMPOS

Belo Horizonte – MG  
2013

STELLA SAFAR CAMPOS

SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR E *PERFORMANCE*  
FUNCIONAL: DESENVOLVIMENTO E TESTE DE UM INSTRUMENTO  
DE PESQUISA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado  
em Administração da Universidade FUMEC  
como parte dos requisitos para a obtenção do  
título de Mestre.

Prof. Orientador: Dr. Plínio Rafael Reis  
Monteiro

Área de concentração: Gestão Estratégica de  
Organizações.

Linha de Pesquisa: Estratégia em  
Organizações e Comportamento  
Organizacional

Belo Horizonte – MG  
2013

C198s Campos, Stella Safar.  
Saúde, qualidade de vida no trabalho e *performance* funcional:  
desenvolvimento e teste de um instrumento de pesquisa. / Stella  
Safar Campos. – Belo Horizonte, 2013

119 f : il. ; 30 cm.

Orientador: Plínio Rafael Reis Monteiro.  
Dissertação (mestrado) – Universidade FUMEC. Faculdade  
de Ciências Empresariais.

Inclui bibliografia.

1. Qualidade de vida no trabalho – Estudo de casos.  
I. Monteiro, Plínio Rafael Reis. II. Universidade FUMEC. Faculdade  
de Ciências Empresariais. III. Título.

CDU: 658.3.04/.05

Elaborada por Olívia Soares de Carvalho. CRB/6: 2070



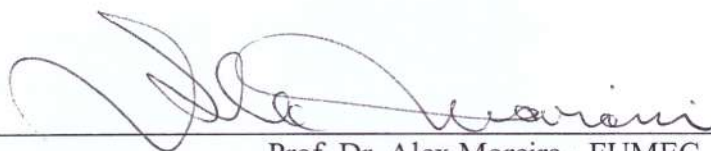
197653

Dissertação intitulada "**Saúde, Qualidade de Vida do Trabalhador e Performance Funcional: desenvolvimento e teste de um instrumento de pesquisa**" de autoria de Stella Safar Campos aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



---

Prof. Dr. Plínio Rafael Reis Monteiro - FUMEC  
(Orientador)



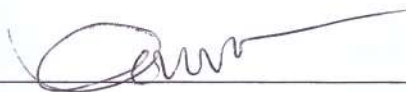
---

Prof. Dr. Alex Moreira - FUMEC



---

Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves - UFMG



---

Prof. Dr. Cid Gonçalves Filho  
Coordenador do Programa de Doutorado e Mestrado em Administração  
Universidade FACE/FUMEC

Belo Horizonte, 22 de março de 2013.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me guiar em minhas escolhas. À minha família, pelo alicerce e a tranquilidade de se ter um “porto seguro”. À minha mãe, com palavras não sei dizer... exemplo de integridade e dedicação à família. Ao meu irmão, pelo cuidado e apoio incondicional e ao meu tio, pelo exemplo de bondade e alegria. À minha prima Raquel, que inicia esta etapa em sua vida agora, meio apoio e incentivo.

Em especial à minha avó, que hoje descansa no céu, me protege e, com certeza, hoje vibra por mais esta conquista, ao lado do tio Hanna, eterno responsável pela minha vida profissional.

Agradeço ao meu orientador, amigo e parceiro, Professor Dr. Plínio Rafael Reis Monteiro, pela paciência, aprendizado, apoio e compreensão nesta etapa. Um exemplo de humildade e sabedoria.

Aos membros da banca, meus sinceros cumprimentos e respeito pelo conhecimento.

Aos professores, pelos ensinamentos, em especial aos Professores Dr<sup>s</sup> José Marcos Mesquita, Henrique Cordeiro, Cid Gonçalves, Alexandre Teixeira e Luiz Antônio, pelo respeito e apoio aos simples gestos de consideração e apoio na correria do dia a dia pelos corredores da FUMEC. Aos funcionários da secretaria, agradeço e parabeno pela receptividade e prontidão no atendimento, em especial ao Júlio César e à Alessandra, pela simpatia inabalável sem perder a competência e a seriedade necessária.

Aos amigos e colegas da turma 12, por tornarem a caminhada mais leve e divertida. Em especial a Super Sil, Guilherme Juliani, Briza, Astrid, Tarcísio e Rodrigo, a cumplicidade de vocês foi fundamental.

Aos meus amigos, o eterno agradecimento pelo respeito a todas as fases da minha vida. Nesta, em especial, pela escuta nos momentos de alegria ou de frustração, em que só se falava em mestrado. Agradeço muito pela imensa e surpreendente ajuda na coleta de dados para o andamento deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos de trabalho, agradeço a paciência e o respeito a cada momento, às alterações de humor e às ausências.

Aos meus amigos mestres, mestrandos e doutorandos, pelas dicas, conselhos e escuta nos momentos de angústia.

Reconheço que nada me valeria a conquista dos meus ideais sem a presença marcante de pessoas especiais em minha vida.

## RESUMO

Desde a década de 80, as empresas vêm se preocupando cada vez mais a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), Qualidade de Vida (QV) e Saúde dos Trabalhadores. As organizações, que buscavam cada vez mais a excelência no mercado competitivo, sem se preocuparem com o processo de trabalho, organização e ambiente passam a reconhecer as necessidades básicas de seus empregados tanto no trabalho quanto no que o resultado disso pode levar para sua vida privada (ROCHA, 2005). Junto com a competitividade, cresce também a necessidade de as organizações manterem níveis elevados de produtividade e da qualidade de seus produtos. Sabendo a relação da saúde, Qualidade de vida e Qualidade de Vida no Trabalho, reconhece-se a preocupação dos empregadores com a *performance* funcional dos seus empregados. Dentro desse contexto, o objetivo deste trabalho é definir quais as variáveis da saúde do trabalhador impactam sua *performance* dentro de uma organização por meio de uma escala que contemple indicadores de saúde e de desempenho. Como instrumentos de mensuração das variáveis da saúde do trabalhador foram utilizados o questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-bref, o questionário de qualidade de vida no trabalho, QWLQ-bref e a *Job Performance Scale* (ou escala de desempenho baseada em funções). Para as variáveis relacionadas à saúde foi realizada uma revisão da literatura e entrevistas com especialistas, culminando com um instrumento de variáveis adaptadas e criadas à finalidade da pesquisa. Segue-se o estudo empírico com a realização de uma pesquisa descritiva por meio de questionários autopreenchidos por 467 trabalhadores brasileiros, obtidos por uma amostragem de conveniência. Os resultados mostraram que os três construtos (QVT, QV e Saúde) apresentam relevância na *performance* funcional do trabalhador, sendo o de maior impacto Qualidade de Vida no Trabalho, seguido de Qualidade de Vida e, por fim, Saúde do Trabalhador. Como conclusão geral, o estudo revela que a saúde contribui para a compreensão da *performance* funcional, apesar de sua relevância relativa ter se mostrado inferior às demais variáveis.

## **ABSTRACT**

Since the 1980's, companies have been increasingly concerned with Quality of Work Life (QWL), Quality of Life (QOL) and Workers' Health. The enterprises, increasingly seeking excellence in the competitive market without worrying about the work process, the organization and the environment, have begun to recognize both the basic needs of employees at work as well as the results that fulfilling such needs can have on their private lives (ROCHA, 2005). The need for enterprises to maintain high levels of productivity and quality of their products grows along with competitiveness. Knowing the relation between Health, Quality of Life and Quality of Work Life, the concern of employers with the performance of its functional employees is acknowledgeable. Within this context, the objective of this work is to define which variables of workers' health have an impact on workers' performance in the enterprise. As instruments for measuring the variables of occupational health we have used the questionnaire of quality of life of the World Health Organization, WHOQOL-BREF, the questionnaire of quality of work life, QWLQ-BREF, and the Job Performance Scale (or role-based performance scale). For health-related variables, we have performed a review of literature and interviews with experts, culminating in an instrument with adapted variables and created with research purposes. This was followed by an empirical study with the execution of a descriptive research through questionnaires completed by 467 Brazilian workers, obtained through convenience sampling. The results showed that all three constructs (QVT, QOL and Health) are relevant to the functional performance of workers, with Quality of Work Life having the highest impact, followed by Quality of Life and finally Worker's Health. As a general conclusion, the study reveals that health contributes to the understanding of functional performance although their relative importance was proven to be inferior to the other variables.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perfil profissional dos respondentes .....	58
<b>Tabela 2</b> - Construto Saúde – Tabagismo .....	59
<b>Tabela 3</b> - Construto Saúde – Alcoolismo .....	62
<b>Tabela 4</b> - Estatística Descritiva – Construto <i>Perfomance</i> Funcional.....	71
<b>Tabela 5</b> - Estatística Descritiva – Construto Qualidade de Vida.....	73
<b>Tabela 6</b> - Estatística Descritiva – Construto Qualidade de Vida no Trabalho.....	75
<b>Tabela 7</b> - Coeficientes de Caminho .....	82
<b>Tabela 8</b> - Estatística descritiva – Construtos e dimensões.....	83



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Causas de aposentadoria por invalidez previdenciária no Brasil, na década de 80.....	30
<b>Quadro 2</b> - Estágios no desenvolvimento do WHOQOL-100.....	37
<b>Quadro 3</b> - Domínios e facetas do WHOQOL-bref .....	44
<b>Quadro 4</b> - Saúde do Trabalhado e <i>Performance</i> Funcional, suas dimensões e itens correspondentes no questionário.....	46
<b>Quadro 5</b> - Grau de influência das quatro dimensões mais relevantes dimensões de cada construto.....	87

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Sexo.....	55
<b>Gráfico 2</b> - Estado Civil.....	56
<b>Gráfico 3</b> - Qual a seu maior grau de escolaridade?.....	56
<b>Gráfico 4</b> - Você exerce função diferente do seu cargo?.....	57
<b>Gráfico 5</b> - Jornada de trabalho diária.....	59
<b>Gráfico 6</b> - Construto Saúde – Tabagismo.....	60
<b>Gráfico 7</b> - Construto Saúde – Tabagismo.....	60
<b>Gráfico 8</b> - Construto Saúde – Tabagismo.....	61
<b>Gráfico 9:</b> Construto Saúde – Alcoolismo.....	62
<b>Gráfico 10</b> - Construto Saúde – Alimentação.....	63
<b>Gráfico 11</b> - Construto Saúde – Alimentação.....	64
<b>Gráfico 12</b> - Construto Saúde – Alimentação.....	64
<b>Gráfico 13</b> - Construto Saúde – Alimentação.....	65
<b>Gráfico 14</b> - Construto Saúde – Alimentação.....	66
<b>Gráfico 15</b> - Construto Saúde – Alimentação.....	66
<b>Gráfico 16</b> - Construto Saúde – Alimentação.....	67
<b>Gráfico 17</b> - Construto Saúde – Saúde Física.....	67
<b>Gráfico 18</b> - Construto Saúde – Saúde Física.....	68
<b>Gráfico 19</b> - Construto Saúde – Saúde Física.....	68
<b>Gráfico 20</b> - Construto Saúde – Saúde Física.....	69
<b>Gráfico 21</b> - Construto Saúde – Saúde Física – IMC.....	70

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Proposta de Costa (2010) para o Desenvolvimento de Escalas.....	51
<b>Figura 2</b> - Influência dos construtos do estudo na <i>performance</i> funcional do trabalhador.....	52
<b>Figura 3</b> - Modelo ajustado.....	78
<b>Figura 4</b> - <i>Bootstrap</i> do Modelo ajustado.....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DAS - Síndrome da Dependência do Álcool

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

OMS - Organização Mundial de saúde

PF - *Performance* Funcional

QV - Qualidade de Vida

QVT - Qualidade de Vida no Trabalho

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

SUS - Sistema Único de Saúde

QWLQ-bref - *Quality of Working Life Questionnaire*

JPS - *Job Performance Scale*

OIT - Organização Internacional do Trabalho

CNI - Confederação Nacional da Indústria

CID - Classificação Internacional de Doenças

WHO - *World Health Organization*

ACT - Aliança de Controle do Tabagismo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 Objetivos .....	16
1.1.1 Objetivo Geral .....	16
1.1.2 Objetivos específicos .....	16
1.2 Justificativa .....	16
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
2.1 Saúde do trabalhador .....	19
2.2 Qualidade de Vida (QV) e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) .....	22
2.3 Saúde do adulto e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) .....	28
2.4 Alimentação saudável e atividade física x saúde .....	30
2.5 Tabagismo .....	33
2.6 Alcoolismo .....	34
2.7 WHOQOL ( <i>World Health Organization Quality of Life</i> ) e QWLQ-bref ( <i>Quality of Working Life Questionnaire</i> ) .....	35
2.8 Avaliação de <i>performance</i> funcional nas organizações .....	38
2.9 Escala de desempenho baseada em funções ( <i>Job Performance Scale</i> ) .....	40
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>42</b>
3.1 Etapa exploratória .....	42
3.2 Apresentação dos construtos e dimensões dos instrumentos WHOQOL e QWLQ-bref .....	43
3.3 Desenvolvimento da escala .....	49
3.4 Estrutura para análise estatística da pesquisa .....	52
3.5 Amostra e população .....	53
3.6 Coleta de dados .....	53
3.7 Procedimento de análise .....	54
<b>4 ANÁLISE DE DADOS</b> .....	<b>55</b>
4.1 Caracterização da amostra .....	55
4.2 Descrição do perfil de saúde da amostra .....	59
4.3 Descrição dos construtos e dimensões .....	70
4.4 Validação do modelo .....	76
4.5 Análise e descrição dos construtos .....	82
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>85</b>
5.1 Considerações sobre o problema de pesquisa .....	85
5.2 Contribuições para a teoria e para a prática .....	87
5.3 Limitações .....	88
5.4 Implicações para pesquisas futuras .....	90
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>92</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>99</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>118</b>

## INTRODUÇÃO

A população brasileira, na década de 80, conscientizou-se do seu direito à saúde, que já fazia parte da Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas, assinada pelo Brasil em 1948:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948).

Hipócrates já reconhecia a influência do estilo de vida no estado de saúde do indivíduo, afirmando que “[...] o médico não cometerá erros ao tratar as doenças [...] quando tiver compreendido adequadamente tais influências” (DALARI, 1988, p. 9). Da mesma forma, Paracelsus (1941) apud Dalari (1988)<sup>1</sup>, na primeira metade do século XVI, demonstrou a relação de algumas doenças com o ambiente de trabalho. No início do século XIX o filósofo francês Descartes reconheceu o corpo humano como uma máquina, caracterizando a doença como defeito na linha de produção de uma fábrica. Surge, então, a relação entre saúde e produtividade (DALARI, 1988). Na primeira metade do século XX (Revolução Industrial), surgem as discussões sobre condições de vida, meio ambiente, trabalho e moradia. Desde então, passa-se a reconhecer a saúde como direito humano quando é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “[...] o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Esse conceito concretiza o reconhecimento da interferência do meio nas doenças.

Assim, no século XX já se tinha um melhor controle ambiental devido ao aumento da população com acesso a saneamento básico e menor susceptibilidade às doenças infectocontagiosas. No entanto, na mesma proporção aumentou a interferência do homem no ambiente. Foi na segunda metade do século XX que a interferência dos fatores sociais na saúde foi amplamente reconhecida. Forattini (2000, p. 212) denominou os fatores sociais como “[...] ‘produtores’ de agravos à saúde da população”. A partir daí cresceram os estudos sobre essa relação para o conhecimento do curso da doença, da qualidade de vida e da saúde.

---

<sup>1</sup> PARACELSUS. V.H.T. On miner's sickness and other miner's diseases. In: PARACELSUS. **Four teratyses of Theuphrastus von Hohenheim called PARACELSUS**. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1941. p. 43-126.

Oliveira (2005) utiliza o conceito ‘velha’ saúde pública para definir a saúde focada no diagnóstico e tratamento de doenças. Segundo a mesma autora, atualmente a saúde não é voltada apenas para a prevenção de doenças, mas a conscientizar o indivíduo a uma vida mais saudável, no sentido de reduzir fatores de risco e melhorar sua qualidade de vida.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) apud Oliveira (2005)<sup>2</sup>, a ‘nova’ saúde “[...] é vista como um fenômeno influenciado por fatores físicos, socioeconômicos, culturais e ambientais”. A OMS, por meio da promoção da saúde, aposta também na autonomia do indivíduo sobre sua vida e sua saúde, investindo em conscientização da população sobre opções saudáveis no estilo de vida, com a finalidade de maximizar as possibilidades de saúde e evitar a doença e/ou invalidez.

No século XXI, com o desenvolvimento sustentável, a responsabilidade social e o aumento da expectativa de vida da população surgiram novos pensamentos em relação à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). As condições de trabalho passaram a ser o foco dos empresários (ROCHA, 2005). Para este autor, “investimento em qualidade de vida significa investimento no progresso da sociedade e da economia global” (ROCHA, 2005).

Portanto, pode-se afirmar que, na atualidade, tanto a população quanto as empresas estão mais conscientizadas em relação ao cuidado com a saúde, em busca da qualidade de vida, seja na vida ou no trabalho.

As empresas, que buscavam cada vez mais a excelência no mercado competitivo e globalizado, sem se preocuparem com o processo de trabalho, organização e ambiente, passam a reconhecer as necessidades básicas de seus trabalhadores tanto no trabalho quanto no que o resultado disso pode levar para sua vida privada (ROCHA, 2005).

Para Carvalho (2011), “o homem, ao entrar numa organização traz consigo sentimentos, ambições, expectativas, envolvimento, e busca o crescimento dentro daquilo que desenvolve e realiza”. Este autor afirma também que o trabalhador não exerce suas atividades apenas para a obtenção do salário, ele se frustra com a falta de crescimento e *feedback* dos gestores.

De acordo com Pedroso e Pilatti (2010, p.1),

---

<sup>2</sup> OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 423-31, mai./jun. 2005.

a preocupação com a qualidade de vida tem se tornado crescente nas últimas décadas. A visão holística do homem como um ser biopsicossocial passa a ganhar espaço, inclusive no ambiente empresarial. Essa reflexão se fortalece a partir da percepção de que o desempenho dos trabalhadores está fortemente relacionado com a sua qualidade de vida.

Além da preocupação com o trabalhador e seus processos existem questões consideradas irrelevantes no passado que passam a ser valorizadas pelo empregador. A relação entre QVT e produtividade é um assunto bastante discutido nas pesquisas de hoje. Conforme Stefanelo (2011), o investimento no funcionário, em busca de melhores condições e valorização do trabalhador, agrega valor dentro da organização, visto que, estando mais motivados, os trabalhadores têm um melhor rendimento tanto quali quanto quantitativamente.

De acordo com Pillati e Bejarano (2005, p. 89), a QVT pode ser interpretada como “um indicador da qualidade da experiência humana no ambiente de trabalho”, relacionando esse conceito à satisfação dos trabalhadores quanto à sua produtividade, com oportunidades de aprendizagem, treinamento e com recursos que otimizem desempenho de suas funções.

Para Fernandes (1996, p.37) apud Stefanelo (2011)<sup>3</sup>,

é evidente que nem todos os problemas de produtividade das empresas, e nem todo o tipo de insatisfação do empregado, em qualquer nível, podem ser resolvidos pela tecnologia da QVT. Entretanto, sua aplicação conduz, sem dúvida, a melhores desempenhos, ao mesmo tempo em que evita maiores desperdícios, reduzindo os custos operacionais.

A preocupação pública e privada com a saúde do trabalhador tornou-se mais notável no Brasil a partir da década de 80, com a reforma constitucional, mudando o cenário de saúde da população. Nesse período foram definidos direitos de cidadania, saúde e trabalho, colocando o Estado como responsável pela saúde da população em geral e dos trabalhadores. Movimentos marcaram sua origem e ocorreram devido às dificuldades de adoção e implementação de políticas efetivas nesta área (LOUZADA, 2005). Em 1990 foi promulgada, no Brasil, a Lei Orgânica de Saúde 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (PORTAL DA SAÚDE, 1990). Esta lei foi resultado de lutas da população por uma Reforma Sanitária e se tornou uma referência para o Sistema Único de

---

<sup>3</sup> FERNANDES, E. C. **Qualidade de vida no trabalho:** como medir para melhorar. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 1996.



Saúde (SUS). Um dos marcos da Reforma Sanitária foi a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Foi a Lei 8.080 que definiu decisivamente a saúde do trabalhador como

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

De acordo com Vasconcelos (2001), no século XX foram realizados muitos estudos relacionando a qualidade de vida no trabalho à satisfação no trabalho, bem estar e consequentes maior produtividade e *performance* funcional (VASCONCELOS, 2001). Este autor afirma, ainda, que conseguir a qualidade de vida no trabalho é um desafio para as empresas de hoje, tendo em vista a rotina de trabalho desgastante sempre em busca de maior aprimoramento e competitividade. Por mais que mudem as propostas das empresas para manter a competitividade no mercado, todas elas partem do princípio de que o trabalhador é o recurso primário nessa direção (BRANDÃO; GUIMAMRÃES, 2001).

Para Limongi e Albuquerque (1995) e (1997), a sociedade está em fase mudança de paradigmas, agregando novos valores à qualidade de vida, incluindo o ambiente de trabalho nesse contexto.

De acordo com Morin (2001), o trabalho ocupa um importante lugar na sociedade. Esta autora relata, ainda, um estudo em que, para a pergunta “se você tivesse bastante dinheiro para viver o resto da sua vida confortavelmente sem trabalhar, o que você faria com relação ao seu trabalho?”, mais de 80% das pessoas que responderam que continuariam trabalhando.

Devido à grande associação dos termos Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho à saúde, encontrada na literatura, este estudo trabalhou um instrumento que abordou os dois conceitos, adicionando aspectos da saúde para a avaliação da relação entre saúde do trabalhador e *performance funcional*. Para Fleck (2008), “ainda que saúde e qualidade de vida já tenham sido enxergadas como sinônimos, é pertinente ressaltar que a saúde é um domínio da qualidade de vida.” Pedroso e Pilatti (2010) afirmam, ainda, que saúde e QV possuem diversos pontos de interseção. Porém, QV vai além do conceito de saúde, pois aborda também moradia, ambiente e segurança. Na mesma direção, Lacaz (2000) defende que a definição de

QVT está fortemente ligada à autonomia e ao poder que os trabalhadores têm sobre os processos de trabalho, englobando questões de segurança, saúde e organização do trabalho.

De modo similar ao observado no conceito de Qualidade de Vida, a preocupação das empresas com o desempenho de seus colaboradores não é um assunto recente. No século passado, em que os princípios de Taylor eram fortemente seguidos, já se falava sobre a necessidade de homens eficientes nas empresas. Com o pensamento tipicamente do tempo de Taylor, as empresas aperfeiçoavam seus empregados de acordo com as habilidades específicas necessárias à sua função (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001).

Os autores afirmam também que, posteriormente, as empresas começaram a considerar não somente questões técnicas, mas também sociais e comportamentais relacionadas ao trabalho. Isso ocorreu em virtude de pressões sociais e problemas ligados às relações de trabalho. Pilatti e Bejarano (2005, p.89) apontam dois objetivos quanto às iniciativas de QVT, a saber:

As iniciativas de QVT têm dois objetivos: de um lado, aumentar a produtividade e o desempenho; de outro, melhorar a qualidade de vida no trabalho e a satisfação com o trabalho. Muitos supõem que os dois objetivos estão ligados: uma maneira direta de melhorar a produtividade seria a melhora das condições de e a satisfação com o trabalho, porém, a satisfação e a produtividade do trabalhador não seguem necessariamente trajetórias paralelas. Isto não significa que os dois objetivos sejam incompatíveis, nem que sejam totalmente independentes de um outro. Sob determinadas circunstâncias, melhorias nas condições de trabalho contribuirão para com produtividade.

Desse modo, é notável a relação entre Qualidade de Vida, Qualidade de Vida no Trabalho, saúde e produtividade. Percebe-se, ainda, que a *performance* funcional representa uma grande parte das preocupações dos administradores. Assim, são elaborados, constantemente, mecanismos de gestão para detectar os desvios e corrigi-los, detectando também sua origem para uma ação mais efetiva, apesar dos problemas persistirem (MORIN, 2001).

Com a competitividade cada vez maior e a busca por níveis elevados de produtividade e qualidade, as empresas buscam, incessantemente, por ferramentas de gestão que acompanhem as inovações do mundo moderno, deixando de lado a preocupação com o trabalhador como fonte geradora de resultados.

Como instrumento de identificação das variáveis da saúde do trabalhador que interferem em seu desempenho nas empresas foram utilizados o questionário de qualidade de vida

preconizado pela Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-bref, com adaptações inerentes ao objetivo do estudo; o questionário de qualidade de vida no trabalho, QWLQ-bref, que seguiu os mesmos passos do WHOQOL-bref em sua elaboração; e a *Job Performance Scale* (ou escala de desempenho baseada em funções). O que se pretende neste trabalho é definir quais as variáveis da saúde do trabalhador impactam no seu desempenho dentro de uma organização, por meio de uma escala que contemple indicadores de saúde e de desempenho.

Diante do exposto anteriormente, num contexto em que se evidencia a relação entre saúde do trabalhador e sua *performance* funcional, este estudo pretende responder à pergunta: Qual a influência das dimensões da Qualidade de Vida, Qualidade de Vida no Trabalho e Saúde do Trabalhador na sua *Performance* Funcional?

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Estabelecer a relação existente entre os construtos qualidade de vida, qualidade de vida no trabalho, saúde do trabalhador com a *performance* funcional do trabalhador brasileiro.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Identificar o impacto das dimensões relevantes dos construtos em estudo na *performance* funcional do trabalhador brasileiro;
- Analisar a relação entre as variáveis relevantes da qualidade de vida, qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador brasileiro;

## **1.2 Justificativa**

Importantes transformações estão acontecendo hoje no mundo corporativo: novos processos de trabalho, novas tecnologias e inovações constantes na organização do trabalho. Tudo isso reforça a importância contemporânea das pessoas em uma organização.

O aumento da competitividade nos dias de hoje está fazendo com que as empresas estejam em constante inovação em seus processos, buscando novas metodologias e ferramentas para

melhorias na produção e qualidade de seus serviços, com o objetivo de se manterem ativas no mercado. Assim, muitas empresas avaliam sua *performance* para o estabelecimento de ações assertivas no intuito de manterem sua posição no mercado. Dentre estas, incluem-se as avaliações das pessoas, que contribuem para o alcance do resultado esperado nas empresas (ARGIMON; NASCIMENTO; LOPES, 2005).

A avaliação de desempenho é uma prática antiga e constante nas organizações, sendo de grande importância para a garantia da qualidade do trabalho exercido e também para os trabalhadores como forma de incentivo para melhorias e eficiência do trabalho (ARGIMON; NASCIMENTO; LOPES, 2005). Acompanhando o ritmo dos processos de trabalho, cada vez mais complexos e em constante mutação em busca de melhorias, os instrumentos de avaliação de desempenho também estão cada vez mais complexos, abordando diversas variáveis e contextualizações. Segundo Slack et al. (1997), não há como diminuir a complexidade do desempenho de um negócio a um único indicador. A compreensão da relação entre trabalho e saúde, para fins de sua promoção/proteção e prevenção de doenças, além da assistência prestada perante um diagnóstico, o tratamento e a reabilitação ajudam o gestor e os trabalhadores diretos dessa área a elaborar e implementar programas viáveis e com alta adesão.

As empresas necessitam de instrumentos que envolvam os trabalhadores e tragam comprometimento com os objetivos e metas a serem alcançados pela instituição. Através da maior especificidade e detalhamento das variáveis envolvidas na satisfação e consequente maior produtividade do trabalhador, este estudo fornecerá subsídios para a elaboração e implementação de ações assertivas nas empresas. Essa mesma justificativa do estudo é reforçada por Alves (2010, p. 1) ao sugerir:

[...] apesar de serem instrumentos reconhecidos nacional e internacionalmente, ainda são necessários mais estudos de aplicação, para melhor assegurar as suas propriedades psicométricas, aplicabilidade, melhor forma de administração e as possíveis interferências interexaminadores.

Para Patrick (2008), o conceito de qualidade de vida é utilizado sem exatidão, fazendo com que o mesmo questionário aplicado em contextos diferentes produza resultados variados de acordo com cada interpretação. Para o autor “[...], a subjetividade da qualidade de vida fomenta tal variabilidade” (PATRICK, 2008, p. 3).

A subjetividade dos instrumentos existentes e a falta de outros fatores relacionados à saúde nestes podem gerar resultados imprecisos dificultando uma avaliação adequada dos determinantes do desempenho dos trabalhadores, sob o aspecto da saúde e qualidade de vida. Portanto, tais dimensões deveriam ser inseridas nos instrumentos de avaliação existentes, o que ajuda a justificar a relevância deste estudo.

Desse modo, identificar as variáveis da saúde do trabalhador que interferem diretamente em sua *performance* pode auxiliar no conhecimento do perfil dos trabalhadores e fomentar programas de QVT e promoção da saúde com maior adesão e eficiência.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo serão realizadas a denominação e contextualização dos construtos e dimensões utilizados neste estudo, com a finalidade de alinhar o entendimento do leitor em relação à pesquisa proposta. Serão melhor explicados também os principais instrumentos de coleta utilizados como base para a elaboração do modelo proposto.

### **2.1 Saúde do trabalhador**

A medicina do trabalho surgiu na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial. De acordo com Pilatti (2005), “os indivíduos vivenciavam situações que os deixavam cada vez mais vulneráveis a doenças e à fadiga, originadas, respectivamente, pela falta de higiene e pela realização de esforço demasiado durante longos períodos de trabalho”. Naquela época, havia grande submissão por parte dos trabalhadores à necessidade de aceleração do processo de produção desumano, até o momento em que foi necessária uma intervenção antes que houvesse falência do processo (MENDES; DIAS 1991).

Robert Dernham, proprietário de uma fábrica têxtil, foi quem impulsionou o pensamento e preocupação com a saúde do trabalhador, quando contratou o seu médico para trabalhar dentro de sua fábrica, cuidando de seus trabalhadores. Até esse momento os operários não dispunham de nenhum cuidado médico, a não ser aquele propiciado por instituições filantrópicas (MENDES; DIAS 1991).

Surgiu então, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho que, junto ao processo de industrialização, estendeu-se pelos outros países rapidamente, chegando também aos países periféricos. A falta ou precariedade dos sistemas de saúde providos pelo Estado por meio de seguro social ou saúde pública criou uma dependência dos trabalhadores, e muitas vezes de suas famílias, desses serviços que, por sua vez, exerciam um controle direto da força de trabalho.

A preocupação em prover serviços médicos aos trabalhadores começou a ganhar espaço no início do século passado a partir da criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919. Em 1959, firmou-se a Recomendação 112, sobre “Serviços de Medicina do

Trabalho”, aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho. Esta recomendação dizia que os serviços de medicina do trabalho eram serviços organizados nos locais de trabalho ou o próximo deles, destinados a:

- Assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;
- Contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;
- Contribuir com o estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores;
- Cuidar da “adaptação física e mental dos trabalhadores”, supostamente contribuindo na colocação destes em lugares ou tarefas correspondentes às aptidões.

De acordo com Oliveira e Teixeira (1986) apud Mendes e Dias (1991), tanto a adaptação do trabalhador ao processo quanto à manutenção de sua saúde mostraram a influência do pensamento mecanicista, que teve sua base na “Administração Científica do Trabalho”, em que os pensamentos de Ford e o Taylor encontram na medicina do trabalho uma aliada para a o seu maior princípio: a produtividade. Prova disso é a declaração de Henry Ford, que diz: “[...] o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro [...]”. Oliveira e Teixeira (1986) apud Mendes e Dias (1991,p.343)<sup>4</sup> explicam:

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absentismo e suas consequências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absentismo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente 'morosas' e 'deficientes' redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, surgiram novos desafios no mundo do trabalho. Além da tecnologia industrial e os avanços nos métodos e ferramentas, houve também o crescimento da insatisfação e o questionamento dos trabalhadores que já sofriam os prejuízos

---

<sup>4</sup> OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (In) **Previdência Social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1986.

diretos e indiretos dos agravos à sua saúde. Essas modificações dos processos de trabalho e a consequente mudança dos riscos à saúde do trabalhador mudaram o perfil de morbidade causada pelo trabalho (MENDES; DIAS, 2001). As doenças profissionais clássicas começa a desaparecer e o foco de preocupação muda para outras doenças; também se passa a valorizar as doenças crônicas, como as cardiovasculares, os distúrbios mentais, os estresses e o câncer, surgindo o pensamento da promoção da saúde na medicina do trabalho.

A partir daí ocorre à ampliação da assistência médica direcionada ao trabalhador, incluindo, no contexto de saúde do trabalhador, o fator “ambiente”, passando a medicina do trabalho a ser denominada “Saúde Ocupacional”, que surge dentro das grandes empresas com um olhar multi e interdisciplinar, com ênfase na higiene industrial (ações de avaliação e controle dos fatores ambientais que possam causar doença, comprometimento da saúde ou do bem estar do trabalhador).

Antes da constituição da Saúde do Trabalhador no Brasil, trabalhos científicos abordavam saúde e trabalho relacionando-os apenas à medicina do trabalho e à saúde ocupacional, não lidando com a organização do trabalho (Ex: os turnos, a divisão do trabalho, etc.). As ações eram voltadas para o indivíduo, isoladamente, sem levar em consideração o meio e os impactos do trabalho sobre ele (LOUZADA, 2005).

Posteriormente, com a evolução do pensamento sobre a saúde ocupacional, os impactos do trabalho sobre a saúde do trabalhador são levados em consideração, abrindo espaço para que eles percebessem suas atividades, considerando todos esses aspectos nas intervenções e interpretações do real (LACAZ, 2000). A partir disso, o mercado se tornou mais humanizado, com trabalhadores mais motivados para executarem suas tarefas. Diante desse cenário, percebeu-se a relação entre qualidade de vida no trabalho e a real qualidade de vida em seu sentido geral (PILATTI; BEJARAMO, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, a saúde do trabalhador não deve ser considerada apenas ausência de doença, devendo ser levados em consideração, além do processo de saúde/doença da população em geral, os processos de trabalho, os riscos inerentes à atividade exercida e ambiente de trabalho. Assim, como as intervenções não devem ser direcionadas apenas ao tratamento do trabalhador já adoecido, mas à minimização dos riscos à saúde e reinserção do trabalhador recém-tratado com potencialização de sua saúde no processo



produtivo (BRITO; PORTO, 1991 apud MACHADO, 1997)<sup>5</sup>. Além disso, as empresas devem voltar suas atenções à descoberta de fatores determinantes dos riscos e efeitos, de onde partirão as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (ALMEIDA, 2000). Portanto, as ações devem se embasar na identificação de riscos, eventos, necessidades e condições de vida e trabalho (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde possui programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância, com o objetivo de reduzir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Estes programas visam aos trabalhadores de áreas urbanas e rurais, alcançando os mercados formal e informal, autônomos, funcionários públicos, desempregados e aposentados. O objetivo da implementação de políticas de proteção à saúde do trabalhador é reduzir, ou mesmo extinguir, doenças e mortes decorrentes de más condições de trabalho, incluindo ambiente e processos. Além disso, pretende-se aprimorar a assistência à saúde do trabalhador.

Por fim, compreender as necessidades dos trabalhadores é, atualmente, uma exigência para os empregadores que desejam redução nas taxas de ausência por doença, com melhora do desempenho do trabalhador e consequente melhor produtividade e competitividade.

## **2.2 Qualidade de Vida (QV) e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)**

O termo Qualidade de Vida (QV) tem se tornado cada vez mais evidente nas últimas décadas, trazendo consigo a preocupação com o ser humano em um contexto biopsicossocial, sobretudo no ambiente empresarial, pois já se percebe a forte relação entre QV e desempenho dos trabalhadores (PEDROSO; PILATTI, 2010).

Conceituar QV é uma tarefa difícil por se tratar de um construto com várias dimensões e por sua conceituação mudar de acordo com a percepção de bem estar de cada indivíduo, contando com fatores intrínsecos e extrínsecos de cada um e ainda sujeitos à influência do seu cotidiano, ambiente, hábitos e estilo de vida (PILATTI; BEJARAMO, 2005).

---

<sup>5</sup> BRITO, J. C. & PORTO, M. F. S., 1991. **Processo de Trabalho, Riscos e Cargas à Saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública.

Nesse contexto, não se pode conceder um significado único ao termo “qualidade de vida”. Para Bullinger (1993) apud OMS (1988)<sup>6</sup>: “[...] o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos [...] não se limitando à sua condição de saúde [...]”.

Qualidade de Vida foi mencionada pela primeira vez por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos, em 1964 quando declarou que “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (OMS, 1998).

De acordo com Pedroso e Pilatti (2010), o estudo sobre QV originou-se na Saúde Pública com o objetivo de avaliar resultados de tratamentos e a percepção dos pacientes quanto a sua qualidade de vida no seu processo de recuperação. Porém, sua aplicação se expandiu e passou a ser utilizada em vários contextos, conforme será detalhado em sequência. Para Patrick (2008) apud Pedroso e Pilatti (2010)<sup>7</sup>, assim como conceitos de saúde, estado funcional e bem estar, o termo QV possui uma grande variação em seu significado e interpretação de acordo com cada indivíduo devido à subjetividade de seu conceito.

A QV é multidimensional, englobando a saúde física, o nível de independência, o estado psicológico, as relações sociais, as relações com o ambiente e as crenças pessoais, mas enfatizam prioritariamente a saúde (PATRICK, 2008). Assim, pode-se dizer que a QV se relaciona a saúde, determinantes do ambiente interno de cada indivíduo e ambiente externo (social e cultural) (PEDROSO; PILATTI, 2010).

A grande utilização do termo QV levou pesquisadores a estudarem esse conceito, relacionando-o com diferentes contextos, estabelecendo correlações entre variáveis, fatores de risco, condições de vida, comportamentos, etc. Esses estudos deram origem a ramificações da QV, mantendo suas características gerais, direcionando para as áreas de interesse, sendo uma das principais a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (PEDROSO; PILATTI, 2010).

---

<sup>6</sup>BULLINGER, D. Locomotor disability in very elderly people. **British Medical Journal**, 301, p. 216-220, 1993.

<sup>7</sup>PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 29-39.

Foi após a Revolução Industrial que os trabalhadores começaram a reivindicar por melhores condições de trabalho, higiene e limpeza. Através dessas lutas os trabalhadores conquistaram uma maior valorização das pessoas e diferentes processos de trabalho, tornando o trabalho mais humano (PEDROSO; PILATTI, 2011).

De acordo com Rodrigues (1994, p.76) apud Moretti (2003)<sup>8</sup>, “a qualidade de vida no trabalho tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência com outros títulos em outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem estar ao trabalhador na execução de sua tarefa”. Todavia, apesar de não se tratar de um assunto recente, a QVT como ferramenta gerencial surgiu no século XX e ainda apresenta desafios e obstáculos a serem vencidos para efetivas e condizentes elaborações e implementações de programas e estratégias. Assim como a QV, a QVT também vem recebendo diferentes conotações, que variam de acordo com seu contexto.

O trabalho vem ocupando cada vez mais espaço na vida das pessoas, exercendo grande influência em seu bem estar, motivação para o trabalho, bem como em sua vida social e familiar (MARTINEZ, 2002, p. 19). Por isso, compreender as transformações no mundo do trabalho, os anseios dos trabalhadores e suas repercussões nas organizações é um dos maiores desafios da atualidade no meio corporativo (MORIN, 2001). A busca incessante pela competitividade organizacional e o desafio de se manter atuante nesse mercado traz consigo o desgaste e o sacrifício do trabalhador moderno, o que reforça a necessidade de as empresas se preocuparem com o trabalhador no novo conceito de trabalho. Para isso, é preciso falar em qualidade de vida no trabalho, levando em consideração fatores organizacionais, não se esquecendo do atendimento desse indivíduo em suas mais amplas e variadas necessidades, como bem estar, satisfação, motivação, etc. (MORETTI, 2003).

Conforme França (1997, p. 80),

qualidade de vida no trabalho é o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de

---

<sup>8</sup> RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho – Evolução e Análise no nível gerencial**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa.

Para Limongi-França (2003) apud Oliveira (2006, p. 13)<sup>9</sup>, o ambiente organizacional se tornará cada vez mais competitivo, sofrendo influências da economia mundial, novas tecnologias e organizações de produção, assim como influenciando nas relações de trabalho, educação e cultura do país. Essas transformações acarretarão impactos sobre a vida das pessoas, das empresas e da sociedade. Porém, junto ao aumento da competitividade e grande demanda de trabalho para o indivíduo, cresce também a conscientização e o conhecimento do trabalhador em relação aos seus direitos, o que leva ao grande interesse de estudar tal conceito.

Para se entender qualidade de vida no trabalho é preciso apreendê-la como um sistema integrado, não sendo possível trabalhar fatores isolados. Embora este sistema possa ser abordado sob diferentes olhares, parte considerável das abordagens possuem como ponto comum a preocupação com a humanização do trabalho e melhoria das condições de trabalho, objetivando maior produtividade.

Assim como a QV possui pontos de interseção com a saúde, pode-se dizer que a QVT não diz respeito ao indivíduo apenas no trabalho, mas sim a uma associação entre sua vida dentro e fora da organização. O mesmo se confirma com a declaração de Mendes e Leite (2004) apud Júnior (2008) quando dizem que “[...] a qualidade de vida está relacionada diretamente ao trabalho, mas sem estar isolada da vida do indivíduo fora da empresa”.

De acordo com Limongi-França (2003) apud Oliveira (2006, p. 13)<sup>10</sup>, “suas variáveis e aplicações ainda são discutidas; porém, sabe-se que não se trata apenas de mais uma ferramenta da Administração, mas sim de modelo de gestão voltado para as necessidades e peculiaridades das pessoas e organizações[...]”. Para Kilimnik, Moraes e Ramos (1994) e Medeiros e Oliveira (2007), as pesquisas nessa área ainda necessitam de aprofundamento para extração de todo o conteúdo da literatura. Portanto, a subjetividade do conceito e a diversidade de sua aplicação propicia a concepção de modelos teóricos diferentes para a sua mensuração.

---

<sup>9</sup> LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Qualidade de vida no trabalho:** conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2003.

<sup>10</sup> Idem.

Dentre os vários modelos encontrados na literatura destacam-se:

- **Modelo de QVT de Walton (1973)**

Considerado um modelo abrangente, este modelo utiliza um grande número de dimensões (oito), abordando a vida laboral como um todo e também aspectos fora do trabalho de forma direta ou indireta. As dimensões são: compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso ou desenvolvimento das capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social na organização, constitucionalismo, trabalho e vida, e relevância social. No Brasil pode ser considerado um modelo muito utilizado em pesquisas de administração de recursos humanos (PEDROSO E PILATTI, 2011).

- **Modelo de Hackman e Oldham (1974)**

Este modelo teve sua origem na reestruturação do modelo de Hackman e Lawer de 1971 e leva em consideração três fatores influenciadores da motivação no ambiente de trabalho, considerados Estados Psicológicos Críticos: conhecimento e resultado do seu trabalho, responsabilidade percebida pelos resultados do seu trabalho e significância percebida do seu trabalho. Para avaliação desse estado psicológico crítico, foram concebidas as Dimensões Essenciais do Trabalho, através dos quais se avaliaria os aspectos motivacionais do trabalho: variedade da tarefa, identidade da tarefa, significado da tarefa, autonomia e *feedback* intrínseco e extrínseco (PEDROSO E PILATTI, 2011).

- **Modelo de Westley (1979)**

Este autor afirma que os problemas provenientes do ambiente de trabalho advém de ordem política (insegurança), econômica (injustiça), psicológica (alienação) e sociológica (anomia). O autor propõe que cada uma dessas categorias seja abordada individualmente para solução dos problemas existentes. Cada indicador possui uma problemática associada. São elas, respectivamente: instabilidade no emprego, desigualdade salarial, baixa autoestima e carência de uma legislação trabalhista (PEDROSO E PILATTI, 2011).

- **Modelo de Werther e Davis (1981)**

Para estes autores são vários os fatores que exercem influência sobre a QVT, como a supervisão, condições de trabalho, pagamento, benefícios e o projeto do cargo. Porém, a natureza do cargo é o fator que mais reflete a QVT do trabalhador. Werther e Davis (1983) reconhecem a influência do ambiente, da organização e do comportamento humano na QVT, mas afirmam que ações relacionadas a essas dimensões devem estar associadas a projetos de cargo. Tal associação gera motivação e satisfação no trabalho (PEDROSO E PILATTI, 2011).

- **Modelo de Nadler e Lawler (1983)**

Estes autores defendem que a QVT está relacionada a diversos fatores, apresentando um modelo em cascata, que sugere atividades a serem abordadas nos programas de QVT. Esses fatores seriam determinantes do sucesso do programa e pontos centrais a serem gerenciados. A característica mais valorizada de Nadles e Lawler é a retrospectiva histórica dos conceitos de QVT de 1969 a 1982, com a discussão de uma projeção de futuro em que a QVT não seria valorizada nos próximos anos, elemento que não se concretizou plenamente. Contudo, “a qualidade de vida no trabalho tornou-se um elemento organizacional, que apresenta possibilidades reais de transcender o simples modismo” (PEDROSO; PILATTI, 2011, p. 204).

Diante da apresentação destes modelos, pode-se afirmar, mais uma vez, as várias abordagens da QVT, demonstrando sua dinâmica frente a diferentes contextos culturais, socioeconômicos e experiências prévias de cada pesquisador. Além disso, percebe-se a necessidade de adequação dos questionários ao longo dos anos, pois, junto com o crescimento da competitividade e evolução das empresas, cresce também o aperfeiçoamento de instrumentos de gestão e mensuração de variáveis relacionadas ao trabalho, dentre elas QV, QVT e Performance. De acordo com Rugiski (2007), a QV não só difere de um indivíduo para o outro como também sofre alterações com o passar do tempo.

Conforme Limongi e Assis (1995, p. 28), “[...] existe uma grande diferença entre o discurso e a prática.” Enfim, todos acreditam na importância dos programas de qualidade de vida no trabalho, mas acabam se deixando levar pelo imediatismo, abandonando estratégias com propostas de resultados a médio e longo prazos. A qualidade de vida no trabalho não deve ser restrita a programas de saúde e/ou de lazer, deve abranger relações de trabalho e suas consequências na saúde da empresa e do trabalhador.

### 2.3 Saúde do adulto e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Considerando que a grande maioria dos trabalhadores concentra-se na idade adulta é interessante conhecer quais os problemas de saúde que mais os acometem, quais os riscos e quais as formas de se evitar que essas morbidades os ocorram. Em 2003, a faixa etária de 30 a 39 anos concentrou 30% da mão de obra brasileira, seguida pela faixa de adultos entre 40 e 49 anos. A presença de trabalhadores com idade inferior a 18 anos no mercado formal foi de 1%, o que correspondeu a 282.811 jovens (CNI, 2005).

Nos últimos 40 anos, o Brasil mudou seu perfil de mortalidade de jovem para faixas etárias mais avançadas, com enfermidades complexas, seguindo a mesma tendência mundial. A transição demográfica tem importante papel neste cenário, visto que as houve expressivo aumento da expectativa de vida e proporção de idosos em relação aos outros grupos etários (MALTA et al., 2006). Com o envelhecimento da população, o perfil epidemiológico mudou de doenças infecciosas para as doenças crônicas (PEREIRA, 1995).

As DCNT, como hipertensão, diabetes, transtornos mentais e cânceres são importantes problemas de saúde pública, cujos fatores de risco incluem os fatores comportamentais, isto é, hábitos de vida como sedentarismo, fumo, álcool e dieta.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) mostram que, a cada ano, pelo menos

- 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco;
- 2,6 milhões de pessoas morrem como consequência de estarem acima do peso ou serem obesas;
- 4,4 milhões de pessoas morrem em decorrência de níveis totais de colesterol elevados;
- 7,1 milhões de pessoas morrem por causa de pressão sanguínea elevada.

Estilo de vida é um dos maiores responsáveis pela ocorrência de DCNT, seguido de fatores hereditários, ambientais e socioeconômicos (BRASIL, 2001). Mudanças nos estilos de vida podem trazer grandes benefícios e redução na morbimortalidade e incapacidade do indivíduo. Segundo a OMS (2005), se estes fatores de risco fossem eliminados através de hábitos de vida mais saudáveis, pelo menos 80% de todas as doenças do coração e dos diabetes do tipo 2 poderiam ser evitados, além de mais de 40% dos cânceres (OMS, 2005).

É importante mencionar a relevância da facilidade de acesso do indivíduo a recursos e orientações. Nos dias de hoje, com a competitividade e a pressão no trabalho cada vez maiores, os trabalhadores estão deixando de buscar o consultório médico para não se ausentarem do trabalho, não realizando consultas periódicas de controle médicos, passando a procurar apenas pronto atendimento quando a situação está agravada. Todos os indivíduos devem ter acesso a um estilo de vida adequado e receber apoio para tomarem decisões saudáveis (OMS, 2005). Nesse contexto, percebe-se a necessidade de sensibilização dos empregadores quanto ao incentivo e/ou programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que o seu trabalhador permanece a maior parte do seu tempo no trabalho.

Além disso, justifica-se a importância deste tópico pelo fato de a saúde ser um domínio da QV, havendo vários pontos de interseção entre as duas variáveis (FLECK, 2008 apud PEDROSO E PILATTI, 2010)<sup>11</sup>.

Em relação à associação entre trabalho e saúde, Silveira (2003) afirma que o homem e a atividade laboral estão inseridos no mesmo meio. Portanto, o estudo do indivíduo - juntamente com sua profissão, ambiente de trabalho e os riscos de saúde - pode gerar informações importantes na busca de diagnósticos de doenças, sendo elas relacionadas ao trabalho ou não. Além disso, não se pode deixar de levar em consideração fatores hereditários trazidos pelos trabalhadores, sendo estes sabidamente de forte influência nos riscos à saúde. O perfil de adoecimento dentro de uma empresa, que se encontrava limitado a acidentes e doenças ocupacionais, passou a ser visto da maneira como ocorre com a população geral, isto é, decorrentes fatores físicos, químicos e biológicos e também em decorrência do processo de trabalho (LACAZ, 2000).

Além dos problemas e sobrecarga acarretados à família e à sociedade, as DCNT produzem um custo elevado para os sistemas de saúde e da previdência social, devido à morte e invalidez precoces (BRASIL, 2006), pois, normalmente, não resultam em morte rápida ou súbita, deixando o indivíduo acometido progressivamente adoecido e debilitado, sobretudo se

---

<sup>11</sup> FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.



tiverem tratamento inadequado (OMS, 2005). O quadro 1 mostra a alta prevalência de DCNT nas causas de aposentadoria por invalidez.

**Quadro 1-** Causas de aposentadoria por invalidez previdenciária no Brasil, na década de 80

<b>Causas invalidantes</b>
Hipertensão arterial
Transtornos mentais
Doenças osteoarticulares
Doenças cardiovasculares
Epilepsias
Doenças infectocontagiosas

**Fonte:** Coordenadoria de Informática da Secretaria de Planejamento do Instituto Nacional de Previdência Social/INPS apud Lacaz (2000).

Além disso, de acordo com o National Institut of Occupational Safety and Health (1983) apud Lacaz (2000), as doenças cardiovasculares possuem altas taxas de mortalidade e morbidade no Brasil e estão entre os dez principais grupos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

O aumento de casos de DCNT pode ser reduzido com programas de promoção da saúde e qualidade de vida por meio de ações simples e de baixo custo para as empresas, com alta efetividade. Assim, as empresas podem iniciar seus programas de QVT com grupos de controle de pressão arterial e diabetes, incentivo à alimentação saudável, cessação do tabagismo e prática de atividades físicas. Quanto maior o risco de um indivíduo, maior o potencial benefício de uma intervenção preventiva, ainda que pequena (BRASIL, 2006).

#### **2.4 Alimentação saudável e atividade física x saúde**

A prática regular de atividade física tem assumido, nos últimos anos, importante papel para a saúde e bem estar do indivíduo. Segundo Taylor (1986) apud Tamayo (2001)<sup>12</sup>, “há evidências de que a atividade física regular aumenta a tolerância ao estresse ocupacional” (TAYLOR, 1986).

Conforme a Organização Mundial da Saúde, 2,7 milhões de mortes, 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos no mundo, anualmente, são atribuídos ao baixo consumo de frutas e hortaliças.

<sup>12</sup> TAYLOR, S. E. **Health psychology**. New York: Random House, 1986.

Nos últimos 20 anos, o Brasil apresentou uma rápida transição epidemiológica e nutricional, com aumento da prevalência da obesidade em todas as camadas e faixas etárias da população (MONTEIRO et al., 2000). Devido ao aumento da industrialização e urbanização, maior pressão no trabalho, o hábito alimentar dos indivíduos piorou muito, aumentando a densidade calórica, o consumo de gordura saturada, sódio, etc.

Junto da atividade física, a alimentação saudável tornou-se imprescindível nos últimos anos, tendo em vista os vários estudos que comprovam a relação entre alimentação e obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2, doença cardiovascular e osteoporose.

Para Merino (2003), vida sedentária e alimentação são umas das principais características do meio de trabalho nos dias de hoje, provocando geralmente irritabilidade, ansiedade, autoestima baixa, depressão e distúrbios físicos. Esse nexos resulta em pontos negativos para o empregado e para a empresa, isto é, trabalhador doente e queda da produtividade nas empresas. Este mesmo autor afirma que ginástica nas empresas e a conscientização de seus colaboradores quanto a um hábito alimentar saudável são ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que trazem melhorias para as condições de trabalho, por meio de um bom relacionamento interpessoal, redução de acidentes, redução do absenteísmo, levando ao consequente aumento da produtividade e qualidade do produto.

Tamayo (2001) afirma que as empresas que possuem programas de QVT visando ao aumento da produtividade por meio de melhoria da qualidade de vida do trabalhador, geralmente incluem a atividade física no escopo do programa. Para Van Doormen e De Geus (1993)<sup>13</sup> apud Tamayo (2001), trabalhadores com bom condicionamento físico são menos vulneráveis ao estresse no trabalho.

De acordo com Moreira e Goursand (2005, p.29) apud Damasceno et al. (2008)<sup>14</sup>, a alimentação e a atividade física fazem parte dos sete pilares da qualidade de vida. Os outros cinco pilares são o sono, o trabalho, a afetividade, a sexualidade e o lazer. Segundo estes autores, são necessárias muitas mudanças no estilo de vida das pessoas para se atingir a QV.

---

<sup>13</sup> VAN DOORMEN, L. J.; DE GEUS, E. J. Stress, physical activity and coronary heart disease. **Work & Stress**, v. 7, n. 2, p. 121-139, 1993.

<sup>14</sup> MOREIRA, Ramon Luiz Dias; ARAÚJO, Marcos Goursand. **Os sete pilares da qualidade de vida**. Belo Horizonte: Letras e Letras, 2000. 184.: il.

A atividade física é um forte componente da manutenção e controle do peso e bem estar, pois possibilita gasto de energia e equilíbrio energético. É considerada como qualquer movimento do músculo esquelético que tenha gasto de energia. Isso significa que a adoção de hábitos mais ativos por meio de pequenas mudanças no dia a dia, como realização de tarefas domésticas e no ambiente de trabalho ou trocando elevadores por escadas, por exemplo.

O sedentarismo é responsável por quase dois milhões de mortes, por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto (WHO, 2002 apud AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007)<sup>15</sup>.

O excesso de trabalho, com grande demanda de tempo e a falta dele para cuidados, como atividade física e uma alimentação saudável faz com que as pessoas se tornem cada vez mais inativas. Soma-se a isso os avanços tecnológicos, que permitem cada vez mais atividades no dia a dia com esforços mínimos.

Uma alimentação saudável está inserida num contexto de hábitos de vida, importante para a promoção da saúde e prevenção de doenças, seja na vida particular ou no trabalho.

Ogata (2007) defende a forte associação de sobrepeso e obesidade com aumento nos custos assistência médica e absenteísmo. Este autor cita uma pesquisa que demonstrou o aumento de 74% em ausências no trabalho acima de sete dias e 61% nas ausências entre três e seis dias entre obesos, quando comparados com trabalhadores com peso normal. Uma provável explicação para esse fato seria a maior ocorrência de doenças cardiovasculares, diabetes e cânceres nesse grupo ou até mesmo a própria obesidade como um fator associado à perda de produtividade no trabalho.

Por meio da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, a Organização Mundial de Saúde sugere estratégias e recomendações para se atingir hábitos de vida saudáveis em relação à alimentação e à atividade física para o alcance dos objetivos citados anteriormente. Dentre as recomendações para alimentação saudável estão:

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- Limitar a ingestão energética procedente de gorduras;

---

<sup>15</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. **WHO Technical Report Series**, n.916. Geneva, witzerland: WHO, 2002.

- Consumir três porções de frutas por dia;
- Fazer cinco refeições por dia, sendo três principais intercaladas por lanches leves;
- Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência;
- Consumir pelo menos 2 litros de água por dia.

Já em relação à atividade física essa estratégia recomenda que os indivíduos façam atividade física regular pelo menos 30 minutos na maioria dos dias da semana ou mesmo todos os dias. Tal hábito previne as doenças cardiovasculares e o diabetes e melhora o estado mental e funcional do indivíduo.

O ambiente de trabalho se mostra um ambiente favorável para a abordagem desses dois temas, visto que o trabalhador não precisaria dispendir um tempo fora do trabalho para a prática de atividade física e aplicaria os hábitos alimentares apreendidos na empresa em sua vida fora do trabalho.

## **2.5 Tabagismo**

De acordo com a décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS, o tabagismo passou a ser considerado uma dependência química decorrente do uso de substâncias psicoativas. O conceito de doença passou a vigorar em 1993, mas, mesmo assim, o tabagismo continua sendo considerado um dos principais fatores de risco para mais de 50 outras doenças, como dito anteriormente, como doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias obstrutivas crônicas (BRASIL, 2003).

O tabagismo é responsável por 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer (WHO, 1996; DOLL, 1994; U.S. SURGEON GENERAL, 1989; ROSEMBERG, 2002 apud BRASIL, 2003).

Atualmente, o tabaco é um dos principais responsáveis pela carga de doenças no mundo, causando cerca de uma em cada oito mortes. Assim como todas as doenças crônicas, o tabagismo acarreta não apenas consequências para a saúde como também grandes prejuízos sociais e econômicos. Em países desenvolvidos os gastos com a assistência aos portadores de

doenças relacionadas ao tabagismo chega à proporção de 6% a 15% do gasto total com saúde (BRASIL, 2004).

Nas últimas décadas, as empresas de todo o mundo estão se movimentando para prover ambientes livres do fumo, seja voluntariamente, no intuito de melhorar a saúde de seus trabalhadores, seja para se adequarem à legislação existente. Além de melhorar a saúde do trabalhador ativo ou passivo, as empresas também melhoram sua imagem no mercado, conforme aponta a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT).

De acordo com a ACT, os benefícios do combate ao tabagismo no ambiente de trabalho são aumento da produtividade, redução de doenças relacionadas ao tabagismo, tanto ativo quanto passivo, e redução de acidentes de trabalho. Ainda segundo a ACT, em Taiwan estes benefícios foram calculados em mais de US\$ 1 bilhão por ano.

Como estratégias disponíveis para as empresas em possíveis programas de cessação do tabagismo, existem intervenções farmacológicas e não farmacológicas, como o aconselhamento e abordagem cognitivo-comportamental (BRASIL, 2006). Ainda que incipientes, já existem empresas que implantaram este tipo de programa de QVT.

## **2.6 Alcoolismo**

Apesar de ser liberado e aceito pela sociedade, o álcool é uma droga psicotrópica. Estudos mostram que, no mundo, 3,2% do geral de mortes está relacionada ao álcool (BRASIL, 2004). O consumo diário aceito é o de uma dose para mulheres e duas doses para os homens (em que uma dose corresponde a uma lata de cerveja/350ml OU um cálice de vinho tinto/150 ml OU uma dose de bebida destilada/40 ml) (BRASIL, 2006). Entretanto, o Relatório “Vigitel Brasil 2006” mostra que as mulheres consomem, em média, quatro doses diárias e os homens cinco doses diárias. Sabe-se também que a população de maior risco para o consumo de álcool são os adolescentes e os adultos jovens (BRASIL, 2003).

O consumo de álcool é fator de risco importante para diversas DCNT, como insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, além de vários tipos de câncer (Brasil, 2006). O álcool também está associado a manifestações psiquiátricas decorrentes de seu uso abusivo (MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E

DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007). Coutinho e Almeida (1993) apontam o alcoolismo como a segunda causa de internação psiquiátrica e como uma das principais causas de aposentadoria por invalidez, absenteísmo e acidentes de trabalho e do trânsito.

Embora o hábito de beber seja pré-histórico, foi nas últimas décadas que cientistas e pesquisadores iniciaram estudos com o objetivo de entender esse fenômeno, devido ao impacto que problemas relacionados à bebida estão provocando na população. Estudos são realizados inclusive nas terminologias relacionadas ao consumo de álcool. O alcoólatra, antes visto como adorador do álcool é atualmente considerado alcoolista, visto por especialistas como portador da Síndrome da Dependência do Álcool (DAS), isto é, precisam de ajuda médica para melhorar a saúde (BERTONI, 2009).

De acordo com Cardim et al. (1986), o consumo indiscriminado do álcool tem impacto em diversas áreas, mas uma que chama mais atenção no contexto brasileiro é o absenteísmo ao trabalho, o que ocasiona prejuízo para a economia do país e do empregador. Outro dado importante demonstrado por este autor diz respeito ao afastamento da força de trabalho por auxílio-doença. Cardim et al. (1986) afirmam que, em 1975, no Brasil, o alcoolismo foi a terceira causa de afastamento por diagnóstico psiquiátrico e como manutenção de auxílio-doença ocupou o quarto lugar.

Programas de prevenção ao alcoolismo devem se fundamentar na orientação, sensibilização e conscientização do trabalhador quanto à doença e à necessidade do controle. Cada estágio da doença traz uma demanda de atuação, sendo que o estágio inicial propõe ações de prevenção; o estágio moderado objetiva a sensibilização quanto à necessidade de redução do álcool; e o um estágio mais avançado visa ao tratamento, geralmente fora do ambiente de trabalho, e à reinserção do trabalhador ao seu ambiente de trabalho.

## **2.7 WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) e QWLQ-bref (*Quality of Working Life Questionnaire*)**

Devido ao grande reconhecimento da necessidade de mensuração da qualidade de vida em geral e de suas variantes, como a QVT, foram criados, desde a década de 70, vários instrumentos de avaliação desses construtos no mundo científico (PILATTI et al., 2011). De acordo com Alves (2010), foram desenvolvidas escalas para diversas finalidades e específicas ou genéricas.

Entretanto, a avaliação da qualidade de vida é um assunto complexo e a elaboração de instrumentos válidos psicometricamente é uma tarefa difícil pelo fato de a construção da maioria deles ter acontecido fora do Brasil e devido à dinâmica na interpretação de qualidade de vida por cada indivíduo (KLUTHCOVSKY, 2010). O grupo elaborador do questionário define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994), reforçando a multidimensionalidade e subjetividade do construto, ocasionando a interpretação individual e contextual de cada respondente ao instrumento.

Apesar das dificuldades na definição de QV e construção de instrumentos mais objetivos, reconhece-se que eles permitem um melhor entendimento sobre as necessidades das pessoas independente do contexto de sua aplicação.

Na década de 90 houve um aumento no número de instrumentos elaborados para a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos, sendo a maioria desenvolvida nos Estados Unidos, com tradução e aplicação em outras culturas.

A tradução e a aplicação dos questionários de outro país trouxeram a discussão sobre a interferência cultural na avaliação da qualidade de vida. Alguns autores acreditam que o termo qualidade de vida está ligado à cultura. Por outro lado, outros autores defendem que bem estar e boas condições biopsicossociais independem de nação ou cultura (BULLINGER, 1993).

Diante desses contratempos e discussões, a Organização Mundial de Saúde, por meio de um projeto colaborativo multicêntrico, elaborou um instrumento de avaliação de qualidade de vida, o WHOQOL-100, questionário composto por 100 itens. No quadro 2 estão descritos todos os estágios pelos quais o instrumento passou até chegar ao modelo de hoje. Eles definem a QV como um construto com várias dimensões e baseiam o questionário em cima de 6 domínios: o domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais.

Por se tratar de um instrumento extenso e pela necessidade de instrumentos mais curtos e com menor demanda de tempo para preenchimento, foi elaborada a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, composta por 26 questões.

**Quadro 2 - Estágios no desenvolvimento do WHOQOL-100**

Estágio	Método	Produto	Objetivos
1) Clarificação do conceito	Revisão por experts internacionais	- Definição de qualidade de vida - Definição de um protocolo para o estudo	Estabelecimento de um consenso para uma definição de qualidade de vida e para uma abordagem internacional da avaliação de qualidade de vida
2) Estudo piloto qualitativo	- Revisão por experts - Grupos focais -Painel escrito de experts e leigos	- Definição de domínio e subdomínios - Elaboração de um conjunto de questões	Exploração do conceito de qualidade de vida através das culturas e geração de questões
3)Desenvolvimento de um piloto	Administração do WHOQOL piloto em 15 centros para 250 pacientes e 50 normais	- Padronização de um questionário de 300 questões	Refinamento da estrutura do WHOQOL. Redução do conjunto de questões.
4) Teste de campo	Aplicação em grupos homogêneos de pacientes	- Estrutura comum de domínios - Conjunto de 100 questões - Escala de respostas equivalentes nas diferentes línguas	Estabelecimento de propriedades psicométricas do WHOQOL.

**Fonte:** Grupo WHOQOL, 1995.

O instrumento para avaliação da QVT, o QWLQ-bref, foi elaborado a partir da definição de indicadores que exercem alguma influência na QVT, tomando como base os modelos clássicos de Walton (1973); Westley (1979); Hackman e Oldham (1983) e Werther e Davis (1983). Posteriormente foi elaborada uma questão para a avaliação de cada um desses indicadores (JUNIOR, 2008).

Após análise criteriosa foram determinadas 78 questões sobre QVT, divididas em quatro domínios<sup>16</sup>: físico/saúde (saúde, doenças relacionadas ao trabalho e hábitos saudáveis), psicológico (satisfação pessoal, motivação no trabalho e autoestima), pessoal (aspectos familiares, crenças pessoais e religiosas e aspectos culturais) e profissional (aspectos organizacionais) (JUNIOR, 2008).

<sup>16</sup> Neste trabalho não utilizaremos o conceito de domínio, apenas construtos e dimensões.



As dimensões Físico/Saúde e Psicológicos foram baseados nos domínios Físico e Psicológico preconizados pelo Whoqol-100, inclusive mantida nomenclatura. Por se tratar de um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida no trabalho, foi criado um novo domínio, o profissional, não existente no Whoqol-100 (JUNIOR, 2008). Percebe-se, aqui, mais uma vez, os pontos de interseção entre os construtos da pesquisa, saúde, QV e QVT.

## **2.8 Avaliação de *performance* funcional nas organizações**

De acordo com o dicionário Priberam, Performance é uma “[...]palavra inglesa, que significa execução, acabamento. s.f. Ação de desempenhar um papel.” Para Marras<sup>17</sup> (2002,p.173) apud Juliano (2008, p.66) “Desempenho humano é o ato ou efeito de cumprir ou executar determinada missão ou meta previamente traçada.” Juliano (2008, p.165) conceitua avaliação de desempenho como uma ferramenta gerencial criada para medir a contribuição dos trabalhadores ou dos setores em que eles atuam, mediante os objetivos organizacionais.

Desempenho é um assunto constante nas empresas e pode ser avaliado em vários aspectos, como o financeiro, operacional, de qualidade, sendo o mais avaliado o desempenho humano. A importância da avaliação de desempenho surgiu do capitalismo e grande indústrias, desde a antiguidade. Foi no início do século passado que os processos de avaliação de desempenho tomaram forma, junto com a era de Taylor, acompanhados da racionalização do trabalho, com a finalidade de sistematizar o trabalhador ao seu modo de execução das atividades. (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001)

Posteriormente, no século XX, a avaliação de desempenho passou considerar não apenas o trabalhador e suas atividades, mas também o seu ambiente de trabalho e vida social (Guimarães et al.,1998). Assim, as organizações passaram perceber a necessidade de utilizar instrumentos que determinem os pontos nos quais se deve recuar ou enfatizar nas relações com seus funcionários.

Além das mudanças de ponto de vista, houve também mudanças nas técnicas de aplicação da avaliação, que passaram de um modelo de unilateral para bilateral, isto é, o trabalhador é avaliado, mas também coloca seu ponto de vista e os dois fazem um desfecho, concluindo a

---

<sup>17</sup> MARRAS,J. **Administração de Recursos Humanos**: do operacional ao estratégico. 1.ed.São Paulo, SP: Editora Atlas, 2000, 534p.

avaliação com a participação e opinião das duas partes. Posteriormente surgiu, também, a avaliação 360°, realizada pelo chefe, colegas de trabalho e subordinados (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001).

O sistema de avaliação de desempenho dentro das organizações é um processo de grande importância para os trabalhadores e para as empresas que querem se manter no mercado com alta competitividade. Esse sistema visa atender às necessidades dos trabalhadores, de condições de trabalho adequadas, satisfação e motivação, como também dos empregadores no que diz respeito à produtividade e ao alcance das metas da empresa. Para Morin (2011), problemas com o desempenho dos trabalhadores são uma preocupação dos administradores, levando-os a busca por mecanismos de gestão para a detecção de desvios e ação para a correção da falha. O grande desafio das empresas é a elaboração e utilização de instrumentos que lhes mantenham competitivamente no mercado. Segundo Brandão e Guimarães (2001), as empresas utilizam as prerrogativas da gestão estratégica de recursos humanos, gestão de competências, acumulação do saber e gestão do capital intelectual. Desse modo, percebe-se, mais uma vez, o destaque das pessoas como recurso determinante para a o sucesso da organização.

Segundo Nascimento, Lopes e Argimon (2005, p. 2), “os sistemas de avaliação de desempenho sempre estiveram presentes no processo evolutivo da humanidade. O ser humano está constantemente sendo avaliado [...]”. Para as autoras, a avaliação de desempenho é um instrumento que mede a competência do trabalhador no cargo que ocupa, contribuindo para o direcionamento de competências, gerando uma maior satisfação do trabalhador e maior produtividade para a empresa. O conhecimento dos funcionários permite o desenvolvimento de ferramentas que elevem o comprometimento dos trabalhadores com políticas metas e da organização.

Ao longo dos últimos anos, as empresas passaram a se preocupar com aspectos motivacionais e psicológicos dos seus empregados, deixando de lado os métodos tradicionais (ARGIMON; NASCIMENTO; LOPES, 2005).

Nascimento, Lopes e Argimon, (2005) sustentam que

a valorização do ser humano é uma tendência que volta a ser discutida e empregada. Essa tendência humanística está embasada em princípios que se preocupam e consideram aspectos motivacionais, psicológicos e comportamentais dos indivíduos. O homem é um ser que possui necessidades, desejos e sentimentos que precisam ser considerados e analisados, pois influenciam o comportamento e o desempenho dos

funcionários da organização. É preciso compreender que o funcionário para produzir o esperado e ter uma evolução profissional e, conseqüentemente, em seu desempenho precisa estar satisfeito com o trabalho realizado e com sua organização.

De acordo com Morin (2001), o trabalho tem grande valor na vida das pessoas e exerce grande influência na motivação, satisfação e produtividade dos trabalhadores. Assim, as organizações passaram a se preocupar em adotar medidas estratégicas voltadas para a valorização dos seus funcionários e gratificação por resultados. Para se fazer uma avaliação de desempenho adequada é necessário se definir as competências designadas para o cargo ocupado pelo avaliado (ARGIMON; NASCIMENTO; LOPES, 2005).

Para Argimon, Nascimento e Lopes (2005, p. 2),

há que se respeitar sempre os fatores culturais e peculiaridades de cada organização, não se perdendo jamais de vista a abrangência que deve contemplar os dois tipos de clientes diretos nas suas necessidades básicas: o HOMEM, na busca da realização profissional e no seu justo anseio pelo merecido reconhecimento e a própria ORGANIZAÇÃO, no seu direito de poder selecionar e escolher seus melhores líderes.

Segundo Gonçalves (2002), para medir o desempenho de uma organização é necessário que se estabeleça e aplique indicadores assertivos, permitindo uma avaliação constante e melhora da eficiência da empresa. Assim, é possível ter um melhor conhecimento dos processos e dos seus impactos sobre os funcionários.

## **2.9 Escala de desempenho baseada em funções (*Job Performance Scale*)**

A *performance* no trabalho é um dos construtos mais amplamente estudados na área de comportamento organizacional e recursos humanos. Contudo, muitos sistemas de avaliação de *performance* são limitados e ignoram dimensões que estão além do modelo tradicional. Mas isso não é novidade porque recomendações legalmente defensáveis de avaliação do desempenho do trabalhador exigem uma avaliação formal do processo de trabalho (WELBOURNE et al., 1997). No entanto, excluindo as dimensões de não trabalho surgem problemas para as empresas que querem recompensar comportamentos, como sugestões e cidadania organizacional.

Ao longo dos últimos 60 anos, os sistemas de avaliação de desempenho evoluíram bem. Inicialmente era muito comum a comparação entre indivíduos, mas esse método de avaliação frequentemente apresentava problemas. Como resultado, pesquisadores fizeram um estudo avaliando a transição dos modelos de avaliação de desempenho e encontraram a necessidade de descrições mais específicas das atividades exercidas pelo avaliado e entendimento do processo de trabalho (WELBOURNE et al., 1997).

Recentemente, tanto profissionais quanto acadêmicos têm percebido que a ênfase no trabalho, por si só, acarreta a omissão de componentes importantes na avaliação de desempenho (WELBOURNE et al., 1997). De acordo com Milkovich e Boudreau (1997) apud Welbourne et al. (1997), “as organizações estão substituindo a noção de “empregos,” considerando quais “papéis” ou “competências” que serão exigidos para o século XXI.” Assim, as organizações começaram a desenvolver sistemas de avaliação baseados em modelos de competência que levam em consideração as habilidades necessárias para o desenvolvimento de determinada atividade de maneira eficaz (LAWLER, 1994). Todavia, mesmo com o olhar voltado para o trabalhador, os modelos de competência ainda são definidos por atributos do trabalho.

### **3 METODOLOGIA**

Neste capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos definidos para a construção da escala e alcance do objetivo deste trabalho, que consiste em três etapas. A primeira etapa foi qualitativa, por meio de estudo exploratório com revisão sistemática da literatura e entrevista com profissionais especialistas em saúde ocupacional. Na segunda etapa foi elaborado um questionário tendo como base outros já validados e utilizados na literatura. A terceira etapa consistiu na aplicação do questionário desenvolvido. Neste capítulo serão apresentadas também as justificativas e limitações dos procedimentos e técnicas propostos.

#### **3.1 Etapa exploratória**

Esta etapa tem sido realizada por meio de uma revisão sistemática da literatura e de entrevistas com profissionais da área de saúde ocupacional para auxílio na definição prévia de dimensões, escalas e instrumentos. De acordo com Cooper e Schindler (2001, p. 74), “através da exploração os pesquisadores desenvolvem conceitos de forma mais clara, estabelecem prioridades, desenvolvem definições operacionais e melhoram o planejamento final da pesquisa.” Segundo estes mesmos autores, nesta etapa o pesquisador pode inclusive perceber a irrelevância do seu tema e cancelar a pesquisa. Para Costa (2010), esta é uma das fases mais importantes do desenvolvimento de uma escala. Além disso, esta etapa embasa a validade de conteúdo do questionário, com a definição dos construtos e seus indicadores (NETEMEYER et al., 2003).

A entrevista realizada teve a finalidade de verificar a coerência entre literatura e a realidade vivenciada por profissionais da área. Foram realizadas oito entrevistas em profundidade com especialistas em saúde do trabalhador escolhidos com base na conveniência (01 médico do trabalho e perito, 02 psicólogas do trabalho, 01 assistente social especialista em saúde do trabalhador, 01 perita psiquiátrica e 02 enfermeiras do trabalho). A escolha dos profissionais de saúde se deu considerando que os aspectos do instrumento associados à gestão foram obtidos em questionários já estabelecidos na literatura (WHOQOL-bref e QWLQ-bref), sendo, portanto, necessário ter uma visão dos indicadores da saúde do trabalhador relevantes dentro do contexto da administração. A técnica de entrevista em profundidade, com ênfase na análise de experiências, foi utilizada com o objetivo de explorar as dimensões relevantes da

saúde do trabalhador para esse público, buscando garantir a validade de conteúdo das medições (COSTA, 2011). Para Costa (2011), a validade de conteúdo refere-se ao grau em que as medidas refletem o conceito que se pretende medir, o que, de certo modo, reflete o grau de aderência com a proposição compartilhada por especialistas e o descrito na literatura.

Em um sentido mais amplo, as entrevistas contribuíram no sentido de possibilitar a validade de translação das medições, isto é, a capacidade do pesquisador de traduzir o conceito teórico em medidas operacionais adequadas (COSTA, 2011). As entrevistas foram realizadas pessoalmente, favorecendo um debate entre entrevistado e entrevistador e flexibilizando o roteiro de modo que pudessem ser exploradas várias possibilidades dentro do assunto estudado (COOPER; SCHINDLER, 2001). O número de entrevistas foi considerado suficiente, de acordo com o critério da saturação teórica, isto é, “[...] a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização” (FONTANELLA et al., 2011, p. 390).

As evidências obtidas nas entrevistas suportaram os achados da literatura sobre o tema, revelando que os itens e dimensões propostos para a escala estão pautados na experiência de especialistas e no referencial.

### **3.2 Apresentação dos construtos e dimensões dos instrumentos WHOQOL e QWLQ-bref**

Após o levantamento realizado com especialistas, foi realizada uma busca na literatura sobre a saúde do trabalhador e avaliação de *performance* funcional, quando se chegou ao construto<sup>18</sup> Qualidade de Vida e, posteriormente, Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). A partir deste construto definiu-se, como base do instrumento, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), um questionário sobre qualidade de vida, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tornando-o, portanto, a principal fonte para definição das dimensões e elaboração dos itens da escala. Deve-se ressaltar que o instrumento proposto se aproxima muito da avaliação de elementos relacionados à saúde do que propriamente a quesitos organizacionais ou das tarefas que determinam a qualidade de vida no trabalho,

---

<sup>18</sup> Conforme Costa (2010) do ponto de vista das ciências sociais aplicadas um construto refere-se a uma variável concebida teoricamente, de modo que seu significado interpretação e implicação estão intimamente ligadas ao conceito definido pelo estudioso. Tipicamente um construto não precisa ter uma entidade objetiva de medição, mas pode ser inferida e analisada pelo significado próprio atribuído pelo pesquisador.

como, por exemplo, o modelo de Hackman e Oldham (1975), sendo, portanto, mais apropriado por avaliar elementos associados à saúde do trabalhador. Por se tratar de um construto latente, isto é, aquele que não pode ser mensurado diretamente, o termo qualidade de vida foi avaliado por meio de dimensões relacionadas (COSTA, 2010). Ainda por se tratar de um construto multidimensional, qualidade de vida teve suas dimensões classificadas de acordo com seis domínios do WHOQOL-100: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais)<sup>19</sup>, que ainda se estratificam em facetas (Quadro 3).

Por se tratar de um questionário com muitas perguntas, para a avaliação do construto QV decidiu-se por utilizar o WHOQOL-bref, uma versão abreviada do WHOQOL-100, composta por 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e uma pergunta para cada faceta. De acordo com Fleck et al. (2000), o WHOQOL-bref surgiu da necessidade de um instrumento psicometricamente satisfatório, mas que demandasse pouco tempo para seu preenchimento. As perguntas foram escolhidas de acordo com seu desempenho estatístico dentro de cada domínio, conforme resultados da correlação inter-item (PILATTI et al., 2011).

**Quadro 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref**

<b>Domínios</b>	<b>Facetas</b>
Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso
Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos
Nível de Independência	Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (Apoio) social Atividade sexual
Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte
Aspectos espirituais/ Religião/ Crenças pessoais	Espiritualidade/religião/crenças pessoais

<sup>19</sup> Neste trabalho não utilizaremos o conceito de domínio, apenas construtos e dimensões.

**Fonte:** Grupo WHOQOL, 1995.

Este instrumento foi desenvolvido também pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, com escolha das perguntas que obtiveram melhores desempenhos psicométricos<sup>20</sup>. Seguindo a mesma metodologia utilizada para a seleção das questões que compõem o WHOQOLbref, a seleção das questões a compor a versão abreviada do QWLQ-78 (Qualidade de Vida no Trabalho – QVT), o QWLQ-bref, foi realizada a partir da correlação das questões com o escore global da QVT, calculado a partir da média entre os quatro domínios do instrumento: físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional (PILATTI, 2011). Quanto à *performance* funcional foi utilizada a *Job Performance Scale*, que utiliza as dimensões de *performance* subjetiva em relação ao trabalho, carreira, inovação, equipe e organização. Neste caso utilizamos o questionário original, por se tratar de um instrumento reduzido, objetivo e que atende ao objetivo do estudo, além de não existirem alternativas menores com evidências de qualidade psicométrica aceitável.

Notadamente, ao realizar a revisão da literatura e com base nas entrevistas em profundidade, observou-se que variáveis que determinam a saúde do trabalhador poderiam ser adicionadas para explicar melhor o fenômeno. Assim foi necessário extrair variáveis de outras fontes, com o objetivo de permitir uma visão da saúde do trabalhador integrada a sua saúde de maneira mais ampla. Mais uma vez, buscando ter parâmetros comparativos e mantendo a aderência com outros estudos associados aos temas, buscaram-se perguntas de instrumentos previamente testados, tais como CAGE (alcoolismo), Fagerstrom e Vigitel (inquérito do MS). No quadro 4 estão relacionadas as dimensões dos dois construtos, qualidade de vida e desempenho, e as respectivas perguntas do questionário.

---

<sup>20</sup> Indicadores com maiores cargas fatoriais absolutas com seus respectivos construtos.



**Quadro 4** - Saúde do Trabalhador e *Performance* Funcional, suas dimensões e itens correspondentes no questionário

<b>Construto</b>	<b>Definição</b>	<b>Autor</b>	
Saúde e Qualidade de Vida do Trabalhador	Estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez, considerando sua influência no ambiente de trabalho.	Adaptação da autora com base no conceito de saúde da OMS	
<b>Dimensões</b>	<b>Definição</b>	<b>Autor</b>	<b>Itens na escala</b>
Qualidade de Vida	A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.	WHOQOL GROUP, 1994	32 (Geral) 33 (Geral) 34 (Físico - dor e desconforto) 41 (Físico - energia e fadiga) 47 (Físico - sono e descanso) 35 (N. independência - dependência de med. ou tratamentos) 46 (N. independência - mobilidade) 48 (Nível de independência - AVD) 49 (N. independência – aptidão ao trabalho) 36 (Psicológico - sentimentos positivos) 38 (Psicológico - cognição) 42 (Psicológico - corpo) 50 (Psicológico - autoestima) 58 (Psicológico - sentimentos negativos) 37 (Espiritualidade/religião/crenças pessoais) 39 (Meio Ambiente - Segurança física) 40 (Meio Ambiente - amb. físico) 43 (Meio Ambiente - finanças) 44 (Meio Ambiente - informação) 45 (Meio Ambiente - lazer) 54 (Meio Ambiente - moradia) 55 (Meio Ambiente - cuidados) 56 (Meio Ambiente - transporte) 57 (Meio Ambiente - transporte) 51 (Relações sociais - relacionam. pessoais) 52 (Relações sociais - atividade sexual) 53 (Relações sociais - apoio social)
Qualidade de Vida no Trabalho	Conjunto de ações que ocorrem em uma empresa envolvendo a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho,	França (1997, p. 80)	59 a 75

**Quadro 4 - Saúde do Trabalho e *Performance* Funcional, suas dimensões e itens correspondentes no questionário (CONTINUAÇÃO)**

	tendo em vista a empresa e as pessoas como um todo, conhecido, pela literatura, como enfoque biopsicossocial.		
Alimentação Saudável	Uma alimentação que garante todos os grupos de alimentos na composição das refeições diárias para o correto funcionamento do organismo. Estes grupos são: água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais.	Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (2. ed. Revisada e atualizada, 2007. P. 18).	5; 6; 21 a 31
Atividade física	A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, o que sugere a adoção de hábitos mais ativos em pequenas modificações do cotidiano, optando-se pela realização de tarefas no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e sociais mais ativas.	Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (2. ed. Revisada e atualizada, 2007. p. 19).	19; 20
Alcoolismo	Estado patológico, resultante da ingestão habitual ou acidental de bebidas alcoólicas; etilismo. Alcoolismo é a dependência do indivíduo ao álcool, considerada doença pela Organização Mundial da Saúde.	Ministério da Saúde < <a href="http://bvsm.sau.gov.br/html/pt/dicas/58alcoholismo.html">http://bvsm.sau.gov.br/html/pt/dicas/58alcoholismo.html</a> >	14 a 18
Tabagismo	O tabagismo é o ato de consumir cigarro ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga, ou princípio ativo é a nicotina.	< <a href="http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm">http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm</a> >	7 a 13
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	Doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física.	Ministério da Saúde < <a href="http://www.portal.sau.gov.br/saude">www.portal.sau.gov.br/saude</a> >	1 a 4
<b>Construto</b>	<b>Definição</b>	<b>Autor</b>	<b>Itens na escala</b>
<i>Performance</i> funcional (Desempenho)	Rendimento total que constitui um dos principais fatores determinantes da produtividade. Cumprimento de obrigação ou promessa.	(Martins, 2001)  Michaelis	
<b>Dimensões</b>	<b>Definição</b>	<b>Autor</b>	<b>Itens na escala</b>

**Quadro 4** - Saúde do Trabalhado e *Performance* Funcional, suas dimensões e itens correspondentes no questionário (CONTINUAÇÃO)

Trabalho	Qualquer atividade física ou intelectual, realizada pelo ser humano, cujo objetivo é fazer, transformar ou obter algo.	< <a href="http://www.suapesquisa.com/o_que_e/trabalho.htm">http://www.suapesquisa.com/o_que_e/trabalho.htm</a> >	76; 77; 78; 79
Carreira	Experiências relacionadas ao trabalho, durante o curso da vida de uma pessoa.	ANDRADE, 2009	80; 81; 82; 83
Inovação	Criatividade no trabalho e na organização como um todo.	WELBOURNE <i>et al</i> ; 1997	84; 85; 86; 87
Equipe	Atividades realizadas com colegas de trabalho e membros da equipe, para o sucesso da empresa.	WELBOURNE <i>et al</i> ; 1997	88; 89; 90; 91
Organização	O quanto o trabalhador tem ido além de suas obrigações em termos de sua preocupação com o trabalho.	WELBOURNE <i>et al</i> ; 1997	92; 93; 94; 95

**Fonte:** Elaborado pela autora.

### 3.3 Desenvolvimento da escala

Após a etapa exploratória, com aprimoramento do conhecimento de conceitos para definição de construtos e dimensões, tornou-se necessário o entendimento dos tipos de escalas e metodologias de mensuração para nortear a construção dos itens da escala, de acordo com a revisão da literatura métodos escolhidos.

A construção da escala foi norteadada pelos dez passos indicados por Costa (2010), como demonstrado na figura 1. Essa proposta foi desenvolvida após estudo de outras propostas já apresentadas por outros autores, como o clássico modelo de Gilbert Churchill, o Modelo C-OAR-SE (este aplicado, por exemplo, na utilização da versão WHOQOL-bref), de John Rossiter e o de Robert DeVellis. Abaixo, uma breve explicação dos 10 passos de Costa (2010), de acordo com Casali (2011):

**1. Especificação do domínio do construto:** neste momento se define adequadamente qual construto foi estudado. Analisa-se sua dimensionalidade, a natureza formativa ou refletiva do construto e a necessidade de uma escala para esse assunto.

Buscou-se especificar o domínio do construto por meio da fase exploratória desta pesquisa, que culminou nos construtos Qualidade de Vida e Desempenho. A definição destes construtos e suas dimensões foram demonstradas no quadro 4. A multidimensionalidade é demonstrada na fase exploratória deste estudo. A falta de uma escala que contemplasse todas as dimensões destes construtos, somada a questões relacionadas à saúde que mensurassem o desempenho de um trabalhador justificam a presente proposta.

**2. Atividades de geração de itens e validação de face e de conteúdo:** o esforço principal para garantir a geração de itens foi a utilização dos instrumentos mais apropriados para o estudo. O segundo conjunto de atividades correspondeu à revisão dos instrumentos existentes, em especial aos associados à gestão da saúde, com destaque para os itens citados nas entrevistas com especialistas. Durante esse procedimento, foi verificado o nível de abstração do construto, a dimensionalidade e sua natureza formativa ou refletiva. Esta análise interferirá no número de itens necessários para a mensuração de cada dimensão (CASALI, 2011, p. 102). Segundo Casali (2011), “[...] quanto mais abstrato o construto, maior o número de itens necessários para mensurá-lo.” Deve haver itens específicos para cada dimensão. Como já

mencionado anteriormente, os construtos estudados são fatores de segunda ordem (COSTA, 2011) e são multidimensionais. Por meio de revisão da literatura e entrevistas com especialistas, foram gerados, inicialmente, 94 itens, obtidos por adaptação (itens de escalas já existentes, com pequenas adequações ao contexto e finalidade da pesquisa), extração (itens extraídos exatamente da forma apresentada na escala original) e elaboração própria (elaborados pela autora da pesquisa, sob supervisão de seu orientador, com respaldo da revisão de literatura realizada). Nesta etapa também foram verificadas as validações de face (relacionadas ao entendimento das perguntas) e de conteúdo (relacionadas à coerência entre os itens e o conhecimento sobre o tema em estudo).

**3. Decisões sobre as respostas e construção do instrumento de pesquisa:** aqui foi definida qual escala é a mais adequada para a mensuração dos itens e a quantidade de pontos de aferição das respostas. Para definição desses critérios foi necessário levar em consideração a capacidade cognitiva do respondente, o campo do questionário e a capacidade de manter condições favoráveis para avaliações psicométricas da escala (COSTA, 2011). Nesta etapa também foi elaborado o instrumento de coleta de dados, com os itens definidos nos passos anteriores. O questionário foi elaborado com base em outras escalas já validadas cientificamente, com as devidas adaptações ao contexto e objetivo do estudo. Na maior parte dos casos, os itens e opções de resposta foram mantidos de acordo com a escala original. A qualidade do instrumento foi avaliada por procedimentos psicométricos, buscando determinar se as variáveis utilizadas satisfazem ao modelo com níveis aceitáveis de validade (FAYERS; MACHIN, 2000 apud PASCHOAL, 2004)<sup>21</sup>. O modelo de análise das questões do instrumento relacionadas à saúde (crivo) se encontra nos apêndices, enquanto para QV e QVT e PF foram utilizados os padrões originais do instrumento, cuja visualização se encontra nos quadros de 1 a 4.

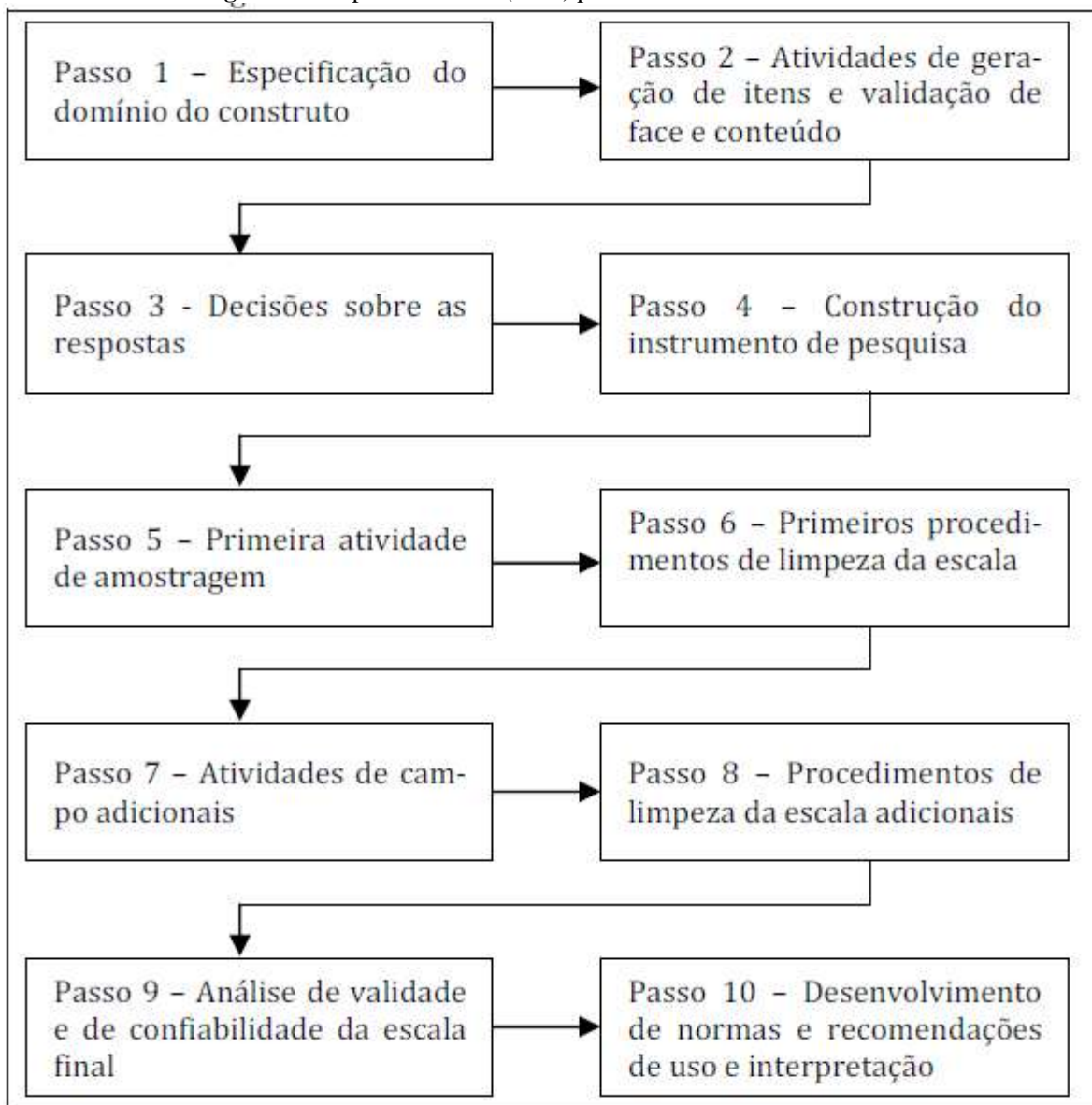
**5. Primeira amostragem:** esta amostragem diz respeito à primeira aplicação do instrumento de pesquisa e corresponde à limpeza da escala. Esta etapa se divide em duas fases: (1) planejamento da amostragem, que leva em consideração o tamanho e composição da amostra e recursos para a aplicação do instrumento e; (2) gestão do trabalho de campo. Esta etapa foi realizada após a qualificação da autora do estudo. Na literatura sobre desenvolvimento de escalas é recorrente a necessidade de se replicar o instrumento após a primeira em outras

---

<sup>21</sup> FAYERS,P.M.; MACHIN, D. Introduction In: FAYERS,P.M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley & Sons. LTD; 2000. p. 3-27.

amostras e públicos, pois somente essa aplicação permitirá generalização dos resultados. Porém, é importante dizer que não serão seguidos todos os passos de Costa (2011), devido ao limite de tempo insuficiente para conclusão do trabalho em relação a todos os procedimentos recomendados. Costa (2010, p. 9) afirma que, no Brasil, existem poucas escalas publicadas com desenvolvimento completo. Em Administração, na maioria das vezes as escalas testadas são replicações de modelos testados fora do país. Para o autor, desenvolver escalas é um desafio acadêmico. Neste trabalho não serão realizadas as etapas (7) Trabalhos de Campo Adicionais; (8) Procedimentos de Limpeza de Escala Adicionais; (9) Análise de Validade e Confiabilidade da Escala Final e; (10) Desenvolvimento de Normas e Recomendações.

**Figura 1** – Proposta de Costa (2010) para o Desenvolvimento de Escalas

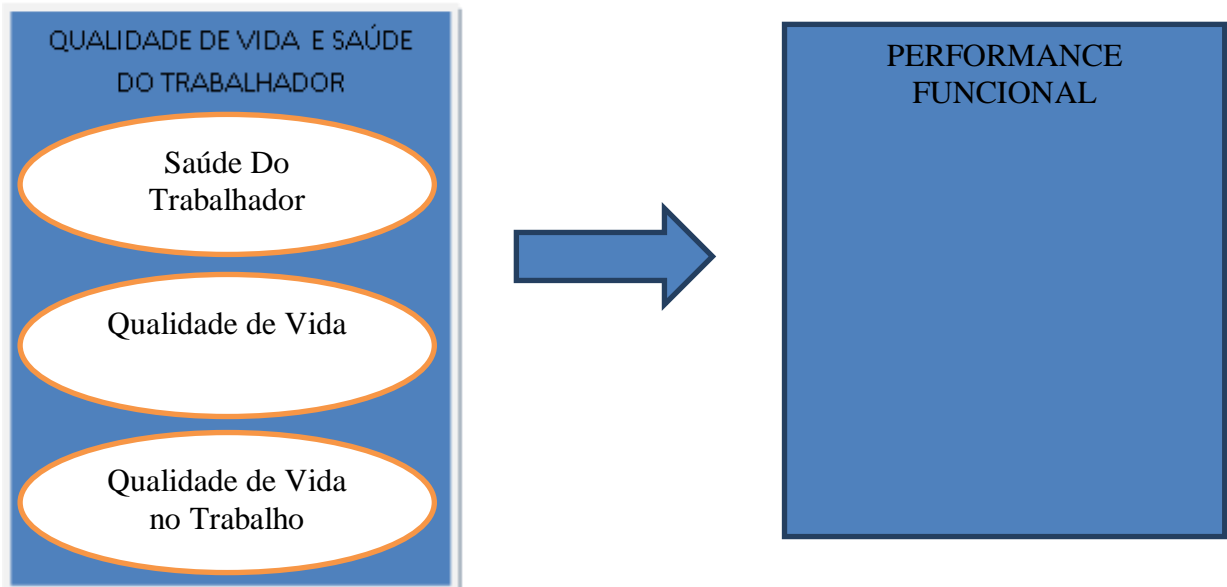


**Fonte:** Costa, 2010.

### 3.4 Estrutura para análise estatística da pesquisa

Considerando as variáveis relacionadas a saúde do trabalhador, propostas na literatura e pelos especialistas, e inseridas como relevantes no instrumento, bem como na relação do conceito de Saúde do trabalhador, propôs-se uma estrutura para compreensão e execução da análise estatística (KLINE, 2005) contemplando tanto as relações entre os construtos centrais do estudo (saúde do trabalhador e *performance* funcional), bem como a relação entre estes construtos, dimensões e indicadores. A proposição básica é que a Qualidade de Vida no Trabalho, Qualidade de Vida e Saúde do trabalhador atuam de forma conjunta e indissociável na condução de uma maior ou pior *performance* funcional sendo ambos conceitos não observáveis (latentes). Assim, concebe-se a ideia da análise simultânea dos efeitos da QVT, QV e saúde do trabalhador como um construto reflexivo de terceira ordem e o construto *performance* funcional como reflexivo de segunda ordem (DIAMANTOPOULOS, 2001; WILCOX et al., 2008). Isso posto que o objetivo inicial proposto neste trabalho foi trabalhar os construtos qualidade de vida qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador e definir suas relações com a *performance* funcional. A idealização composta para estruturar a análise e interpretação de dados está demonstrada na figura 2.

**Figura 2** - Influência dos construtos do estudo na *performance* funcional do trabalhador



**Fonte:** Elaborada pela autora.

### 3.5 Amostra e população

A terceira etapa do trabalho consistiu na aplicação de questionário autopreenchido a pessoas economicamente ativas, isto é, que estão trabalhando atualmente, sem definição de área de atuação, contemplando indivíduos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), obtidos por meio de uma amostragem não probabilística por conveniência, sem definição de área profissional ou instituição e abrangeu todos os níveis de trabalho: operacional, tático e estratégico. A preferência por utilizar uma amostra mais genérica e não limitada a públicos restritos (ex: uma única categoria profissional ou função ou mesmo estudantes) reside no objetivo de criar uma escala mais ampla e aplicável a diferentes públicos, mesmo que a generalização de resultados não seja possível devido à utilização de uma amostra de conveniência (COOPER; SCHINDLER, 2011). No entanto, restringir a amostra a grupos mais delimitados não só limitaria a generalização (amostra de conveniência) como ainda implicaria na definição de uma escala que pode ser função das peculiaridades de um determinado público.

A amostra-alvo foi definida de acordo com as técnicas de análise empregadas, supondo aplicação de modelos multivariados. Assim, foi necessária uma amostra de cinco a 10 vezes o número de perguntas do instrumento (HAIR et al., 2010), isto é, esperou-se uma amostra de 470.

### 3.6 Coleta de dados

A coleta de dados consistiu na aplicação do instrumento desenvolvido, realizado de duas formas, de acordo com a escolha do respondente: (1) autopreenchimento de questionário e; (2) via *web* (envio por *e-mail*). Inicialmente, pretendia-se alcançar o número de questionários preenchidos apenas via *web*, devido à rapidez no preenchimento, à facilidade de leitura e à “limpeza” do questionário para o respondente. Já para o pesquisador pode-se destacar diversas vantagens, como aumento da velocidade de apuração dos dados coletados, tabulação automática, maior amplitude geográfica e menores custos (COOPER; SCHINDLER, 2011). Dentre as desvantagens apontam-se as dificuldades de controlar a autenticidade de respostas, a baixa taxa de participação/respostas, a menor representatividade da amostra e a impessoalidade.



A utilização da coleta por entrevista pessoal autopreenchida teve como finalidade atender a perfis mais variados de respondentes, pois sabe-se que algumas pessoas podem ter dificuldade de acesso à *internet*. Mattar (1996) sugere que o pesquisador utilize métodos combinados de coleta de dados, levando-se em consideração o perfil da amostra (uso de tecnologia, entendimento, condição de autopreenchimento), com os objetivos de contrabalancear as vantagens e desvantagens de cada abordagem. Este mesmo autor pondera que a utilização de dois métodos pode elevar o erro, devido à ausência de uniformidade das medições, mas, por outro lado, aumenta o número de elementos da amostra, sem acréscimo proporcional dos custos, podendo contrabalancear problemas de baixa representatividade.

O questionário autopreenchido foi entregue pessoalmente aos respondentes, com as devidas orientações e termos de consentimento, pelo autor da pesquisa ou parceiro no estudo com data limite para devolução do mesmo devidamente preenchido. Já o questionário via *web* foi disponibilizado por meio de *link* enviado por *e-mail* aos respondentes, já devidamente orientados.

### **3.7 Procedimento de análise**

Para análise de dados, foram empregadas técnicas estatísticas que visaram verificar a qualidade geral das medições, bem como avaliaram o modelo testado. Neste caso foram empregadas as técnicas de Análise Fatorial Exploratória (AFE) e modelagem de equações estruturais por estruturas de covariância (ML ou GLS) ou por estimação de dois estágios (PLS). Também foram avaliadas a qualidade dos dados e as condições (pressupostos) para aplicações das devidas técnicas estatísticas.

## 4 ANÁLISE DE DADOS

Serão apresentados nesse capítulo os resultados do estudo, mostrando primeiro uma descrição da amostra utilizada. Em seguida é apresentada a validação do modelo ajustado, para ao final serem apresentados os resultados encontrados.

### 4.1 Caracterização da amostra

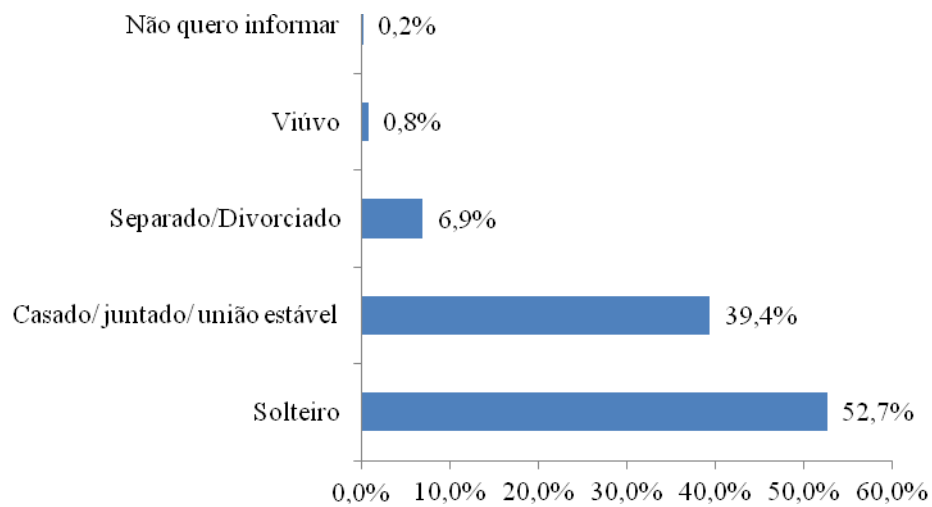
Neste item se apresenta a descrição da amostra dos participantes do estudo, iniciando pela descrição do gênero.

**Gráfico 1 - Sexo**



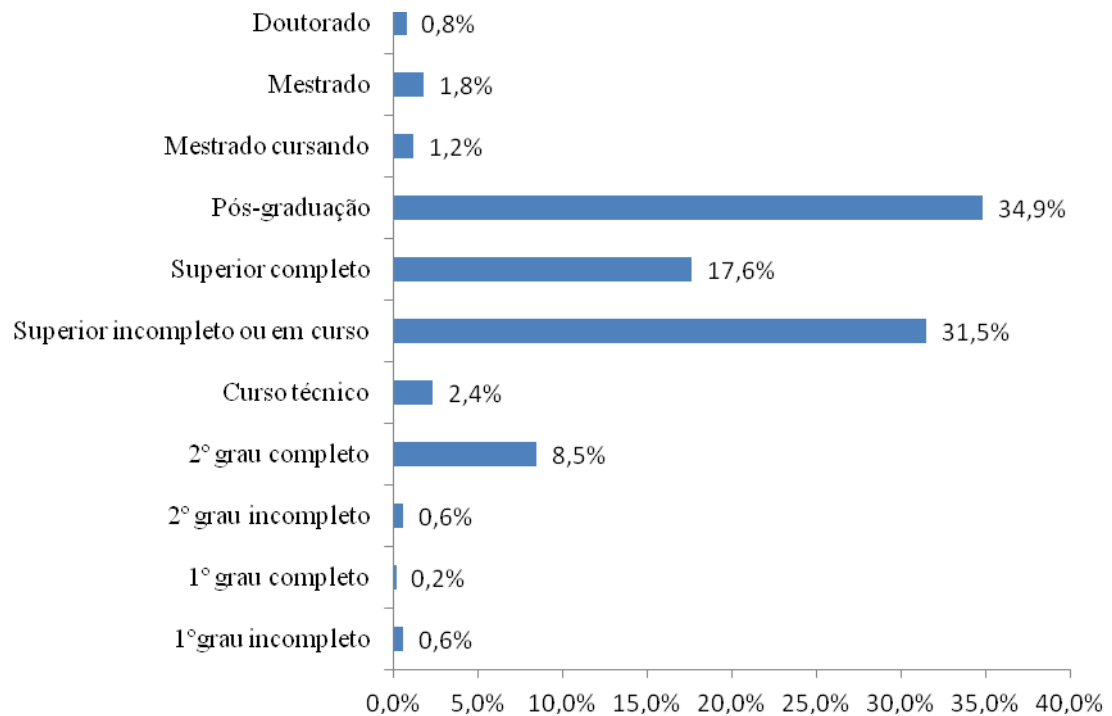
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 1 mostra que a maioria dos respondentes do questionário é do sexo feminino, correspondendo a 66,1% da amostra.

**Gráfico 2 - Estado Civil**

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 2 demonstra que a amostra foi equilibrada em relação ao estado civil, sendo a maior parte dividida entre solteiros e casados.

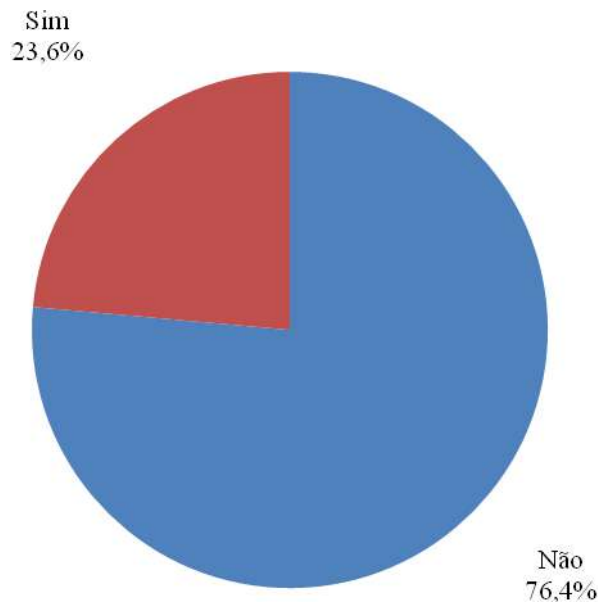
**Gráfico 3 - Qual a seu maior grau de escolaridade?**

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

Considerando a grande concentração de respostas de profissionais com nível de graduação ou pós, pode-se dizer que a amostra se distancia do padrão do trabalhador brasileiro. Isso significa que novos estudos devem buscar amostras mais representativas da população, com vistas a superar a limitação do estudo.

O gráfico 3 apresenta o grau de escolaridade dos respondentes, apresentando que quase 35% da amostra possui pós-graduação, o que pode refletir a natureza de amostragem por conveniência e o uso de procedimentos de bola de neve, isto é, o uso de indicações por meio de rede de contatos pessoais para obtenção da amostragem necessária.

**Gráfico 4 -** Você exerce função diferente do seu cargo?



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 4 mostra que 23,6% dos entrevistados desempenham funções diferentes do seu cargo. Pode-se associar esse resultado à tendência atual das empresas em aumentar cada vez mais das atividades delegadas aos seus trabalhadores e à redução do quadro de funcionários. Também se pode atribuir tal resultado à busca das empresas pela gestão de competência, em que se leva em consideração não apenas as qualificações do trabalhadores, mas sua capacidade de se posicionar frente a novas situações e gerar resultados (HIPÓLITO; SILVA, 1998 apud BRANDÃO, 2001) .

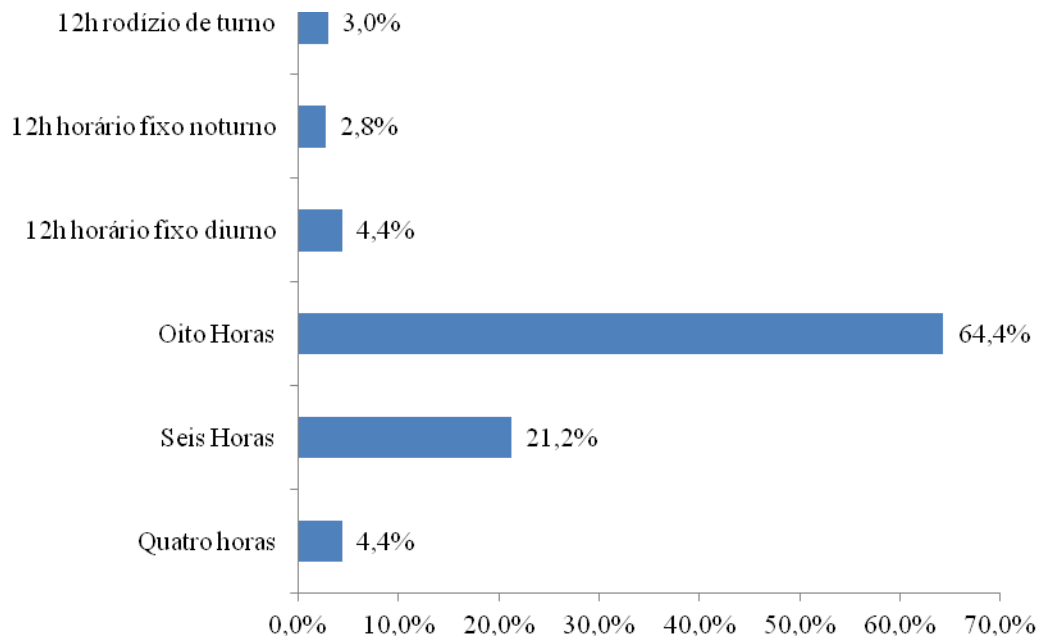
Importante mencionar que não foi apresentado neste trabalho o agrupamento de respondentes por cargo devido à ambiguidade de interpretação dos cargos percebida pela pesquisadora, por não ter sido utilizada uma denominação oficial para o questionário, como a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e pelo fato de os resultados se apresentarem bastante pulverizados, como mostra a tabela 1.

**Tabela 1 - Perfil profissional dos respondentes**

	Frequência	Percentual
Assistente/auxiliar	84	18,0%
Estagiário	54	11,6%
Coordenador	53	11,3%
Analista	49	10,5%
Técnico de nível superior	49	10,5%
Técnico de nível médio	41	8,8%
Gerente	32	6,9%
Proprietário	28	6,0%
Supervisor	17	3,6%
Executivo	13	2,8%
Diretor/ Vice-diretor	10	2,1%
Vendedor	9	1,9%
Responsável técnico	7	1,5%
Consultor	4	0,9%
Gestor	4	0,9%
Professor	4	0,9%
Autônomo	2	0,4%
Médico	2	0,4%
Auditor	1	0,2%
Encarregado	1	0,2%
Funcionário público	1	0,2%
Operacional	1	0,2%
Pesquisador	1	0,2%
Total	467	100,0%

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

Observa-se que maior parte dos respondentes exerce cargos de menor nível hierárquico, tais como Assistente/auxiliar e Estagiário, enquanto pequena parcela parece atuar com cargos de chefia (Coordenador, Gerente, Proprietário, Supervisor, Executivo e Diretor/ Vice-diretor). Isso demonstra uma boa heterogeneidade da amostra, permitindo que o modelo fosse avaliado em uma perspectiva mais genérica, tipicamente desejada em casos de escalas em construção (NETEMEYER et al., 2003).

**Gráfico 5 - Jornada de trabalho diária**

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 5 mostra a relação dos respondentes com suas cargas horárias de trabalho. A grande parte dos respondentes possui uma rotina de trabalho dentro dos padrões vigentes no Brasil.

#### 4.2 Descrição do perfil de saúde da amostra

Neste tópico descrevem-se os resultados detalhados para o construto saúde do trabalhador. Por se tratar de elemento-chave de análise neste estudo, destacam-se tais indicadores dentre os demais presentes na pesquisa. Iniciou-se a descrição pelo tabagismo e consumo de cigarros.

**Tabela 2 - Construto Saúde – Tabagismo\***

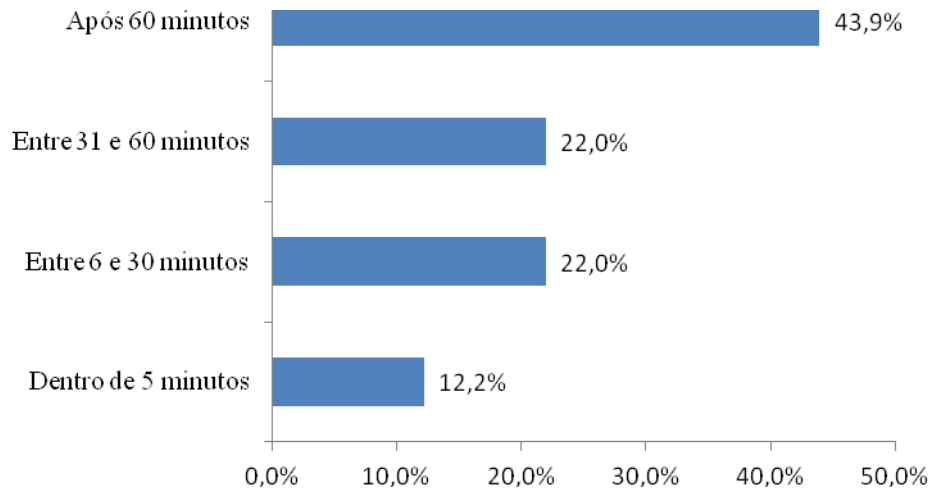
	Não	Sim
Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?	99,4%	0,6%
Você fuma mais frequentemente pela manhã?	98,7%	1,3%
Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	97,6%	2,4%

\*Amostra = 41 entrevistados fumantes

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

Observa-se que a parte minoritária dos respondentes apresentou ou admitiu dificuldades e problemas relativos ao consumo de cigarros.

**Gráfico 6 - Construto Saúde – Tabagismo\***  
Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?



\* Amostra = 41 entrevistados fumantes

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 6 demonstra que a maior parte da amostra fuma seu primeiro cigarro 60 minutos após acordar, embora quem fume o primeiro cigarro entre seis e 60 minutos também seja significativo. Esse dado mostra o grau de dependência do indivíduo em relação ao cigarro.

**Gráfico 7 - Construto Saúde – Tabagismo\***  
Qual o cigarro do dia que traz mais



satisfação?

\* Amostra = 41 entrevistados fumantes

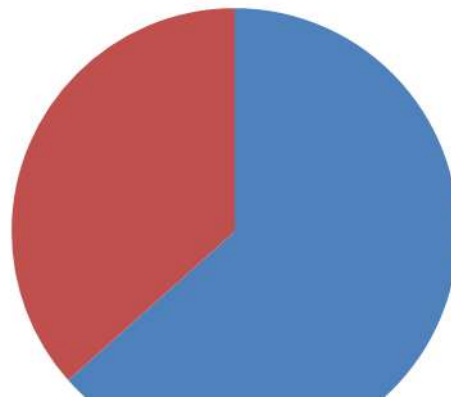
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 7 mostra que a maioria dos respondentes não tem o primeiro cigarro do dia como aquele que traz mais satisfação. Pode-se atribuir a veracidade desses dados comparando este

gráfico com o gráfico 6, que mostra o tempo que a pessoa demora para acender o primeiro cigarro, isto é, a maior parte da amostra não sente necessidade imediata de acender um cigarro ao acordar e nem sente o maior prazer neste cigarro do dia. Esses dados representam uma amostra com baixo grau de dependência ao tabaco e acompanham a tendência brasileira que apresenta queda da porcentagem de fumantes, principalmente na população masculina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

**Gráfico 8 - Construto Saúde – Tabagismo\***  
Quantos cigarros você fuma por dia?

De 11 a 20;  
36,6%



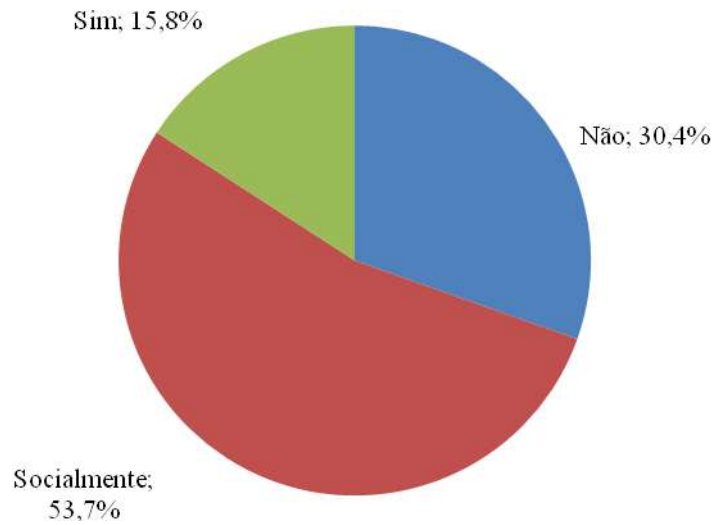
Menos de 10;  
63,4%

\*Amostra = 41 entrevistados fumantes  
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 8 apresenta o percentual da amostra que fuma mais ou menos 10 cigarros por dia. A maior parte da amostra fuma menos de 10 cigarros por dia, o que também suporta a ideia de redução das taxas de tabagismo relatada previamente.



**Gráfico 9 - Construto Saúde – Alcoolismo**  
Faz uso de bebida alcoólica?



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 9 mostra que 69,5% da amostra consome bebida alcoólica, sendo a maior parte socialmente. Importante ressaltar que o questionário não especificou o termo “socialmente”, ocasionando interpretação dúbia pelos respondentes. Esse viés, natural em qualquer instrumento baseado em opiniões, é contemplado pelas medidas de qualidade de mensuração das dimensões alcoolismo e saúde como um todo.

**Tabela 3 - Construto Saúde – Alcoolismo\***

	Não	Sim
Já passou pela sua cabeça, alguma vez, que você precisa parar de beber?	77,9%	22,1%
As pessoas têm aborrecido você criticando-o por beber?	92,9%	7,1%
Alguma vez você se sentiu aborrecido ou culpado pelo tanto que está bebendo?	86,9%	13,1%
Alguma vez você teve que tomar alguma bebida logo cedo para acalmar os nervos ou espantar a ressaca?	96,6%	3,4%

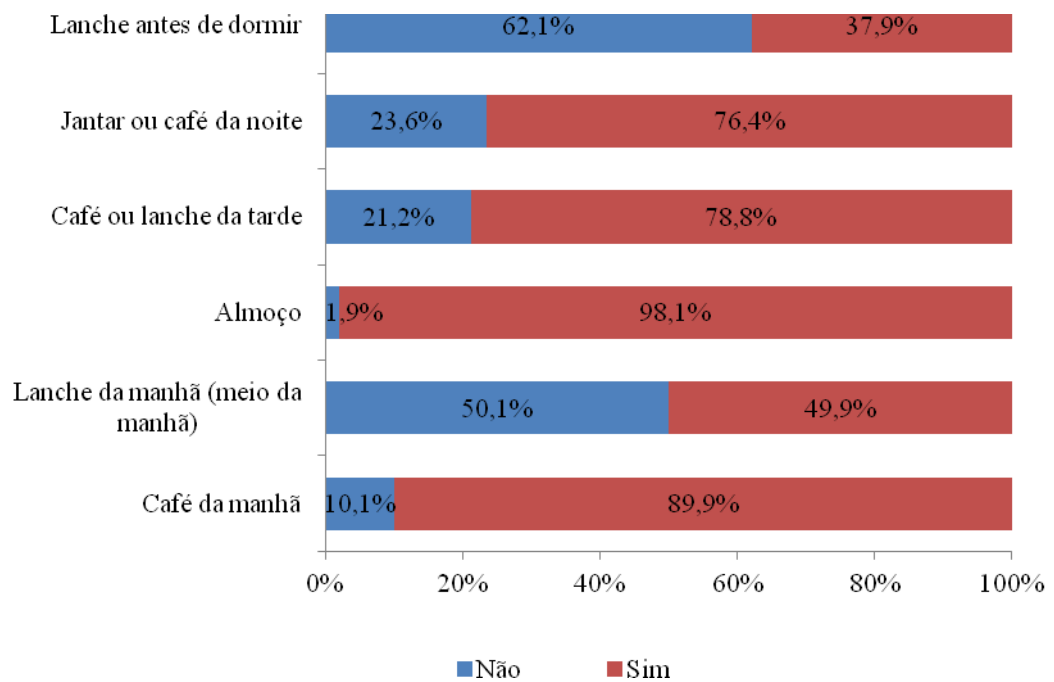
\*Amostra = 325 entrevistados que fazem uso de bebida alcoólica

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

A tabela 3 mostra que a maior parte da amostra que disse fazer uso de bebida alcoólica não possui sentimentos ou sinais negativos relacionados ao álcool. O único item que demonstrou alguma relevância foi a pergunta “já passou pela sua cabeça, alguma vez, que você precisa parar de beber?”, com 22,1% de respostas positivas.

**Gráfico 10** - Construto Saúde – Alimentação

Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente por dia?

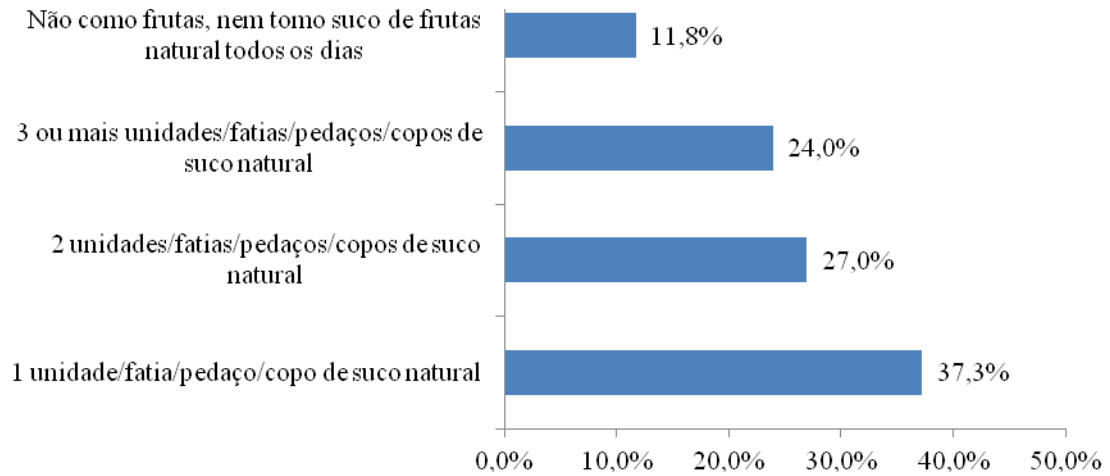


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 10 mostra que a grande maioria da amostra realiza as três principais refeições do dia. Em relação aos lanches, que devem ser intercalados com as refeições, metade dos respondentes realiza o lanche da manhã e mais da metade realiza o lanche da tarde. Assim, pode-se dizer que a maior parte da amostra segue as recomendações do Ministério da Saúde, que são três refeições principais, intercaladas com lanches.

**Gráfico 11 - Construto Saúde – Alimentação**

Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

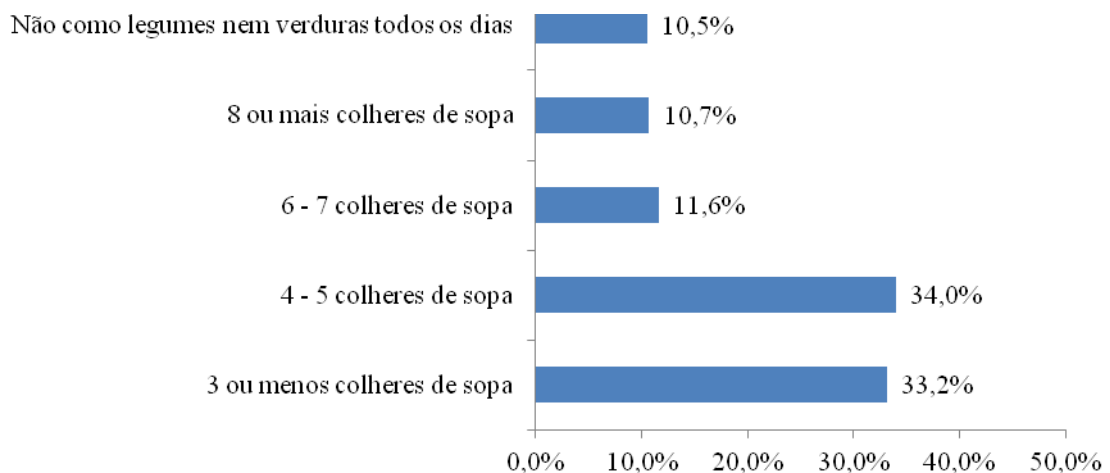


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

Em relação ao consumo de frutas, o gráfico 11 mostra que a distribuição da amostra é equilibrada, sendo o maior percentual 37,3%, com consumo de uma unidade por dia, e o menor 11,8% da amostra, que não consome frutas todos os dias. O Ministério da Saúde (2001) recomenda o consumo de três porções de frutas por dia, revelando pequena parcela da amostra que segue essa premissa.

**Gráfico 12 - Construto Saúde – Alimentação**

Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia? (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha)?

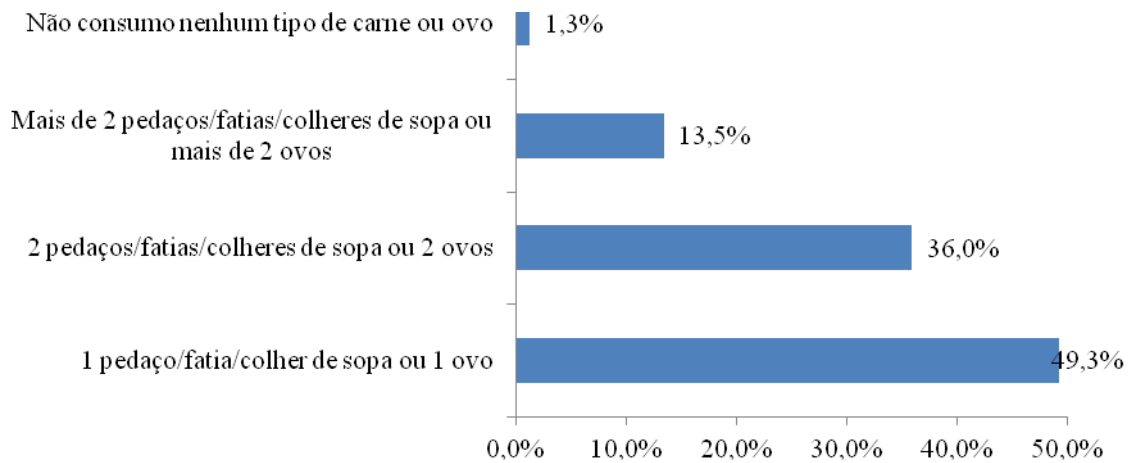


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 12 demonstra que a maior parte da amostra consome até cinco colheres de sopa de legumes e/ou verduras e, pela distribuição, observa-se que somente pequena parcela se abstém do consumo desse tipo de alimento.

**Gráfico 13** - Construto Saúde – Alimentação

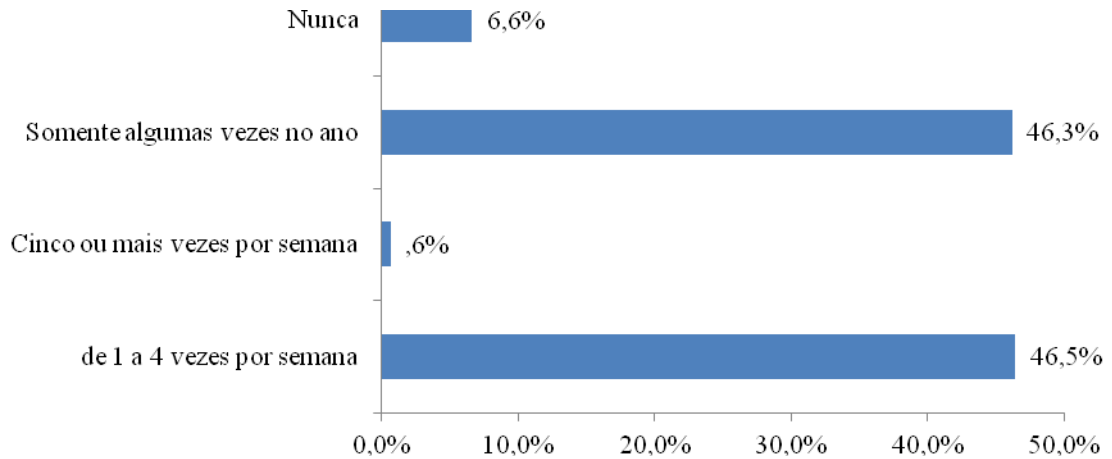
Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 13 mostra que 49,3% dos respondentes consome apenas um pedaço de carne por dia, representando 50% da amostra. Este pode indicar para o consumo de proteínas em somente uma refeição, o que não atende a critérios nutricionais contemporâneos para manutenção de uma boa saúde.

**Gráfico 14 - Construto Saúde – Alimentação**  
 Você costuma comer peixe com qual frequência?



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 14 apresenta o consumo de peixe pelos respondentes do questionário. A amostra se divide equiparadamente entre “somente algumas vezes no ano” e “de uma a quatro vezes por semana”. Dado que esses alimentos são considerados fontes de proteínas mais saudáveis, pode-se dizer que parcela considerável da amostra não mantém um hábito de consumo regular dessa opção nutricional.

**Gráfico 15 - Construto Saúde – Alimentação**  
 Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente

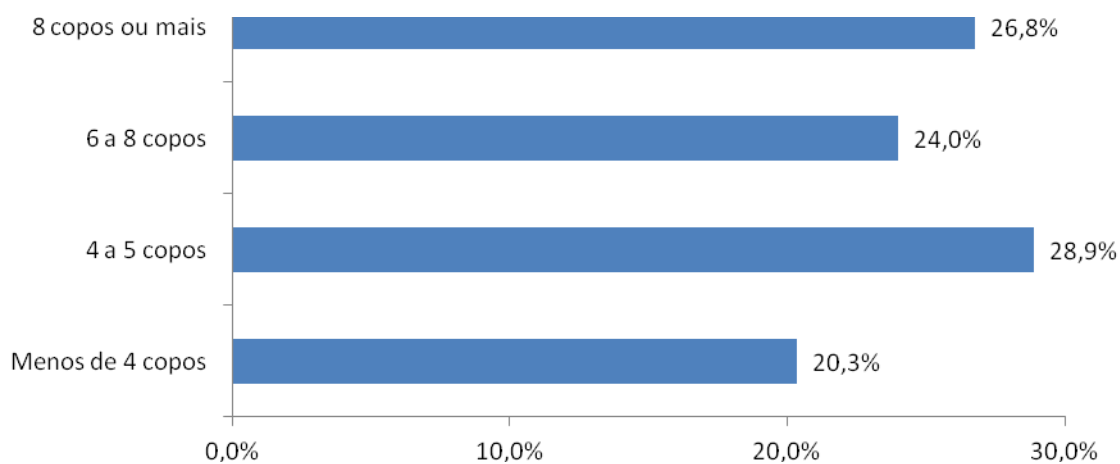


consome?

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 15 mostra que metade da amostra consome leite integral e a outra metade leite com baixo teor de gordura, o que pode demonstrar certo grau de preocupação dos trabalhadores com o consumo de gordura.

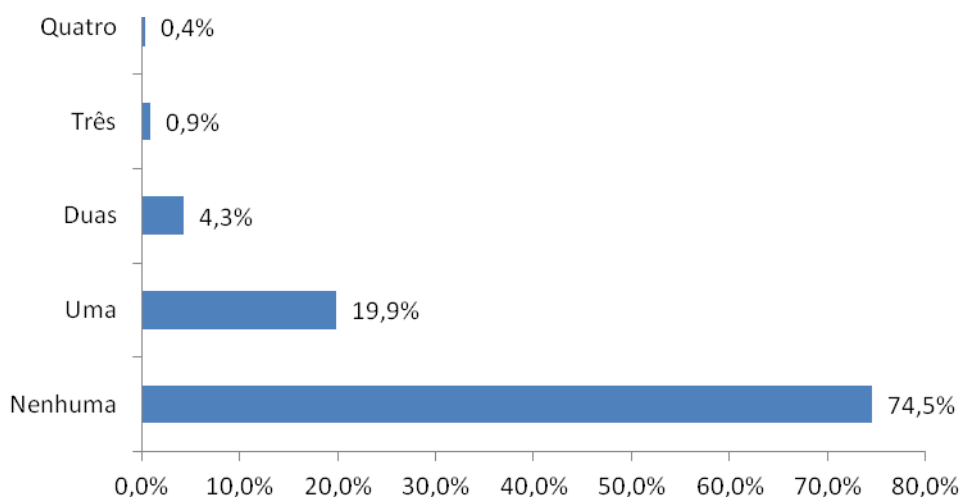
**Gráfico 16 - Construto Saúde – Alimentação**  
Quantos copos de água você bebe por dia?



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 16 mostra que a maior parte da amostra consome água conforme recomendação do Ministério da Saúde, isto é, dois litros por dia ou seis a oito copos.

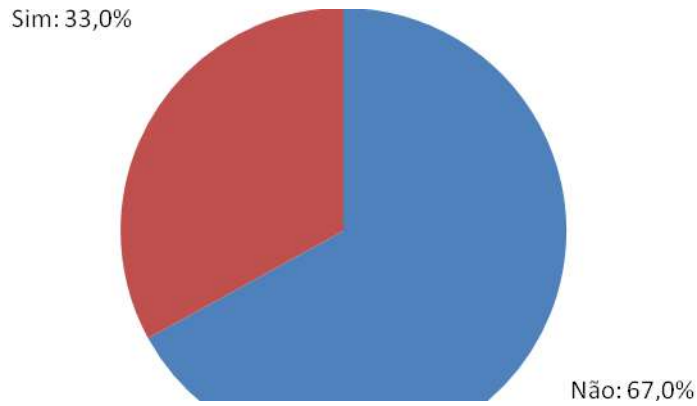
**Gráfico 17 - Construto Saúde – Saúde Física**  
Quantidade de doenças



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 17 mostra que a amostra foi composta, em sua maioria, por indivíduos saudáveis.

**Gráfico 18 - Construto Saúde – Saúde Física**  
Faz uso de medicamento



contínuo?

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 18 mostra que a maior parte dos indivíduos não faz uso de medicação continuamente, o que comprova novamente a amostra de pessoas saudáveis. Além disso, na tabulação dos dados foi observado que grande parte dos respondentes que disseram fazer uso contínuo de medicação se referia a anticoncepcional, o que não estaria associado, tipicamente, a alguma disfunção ou patologia.

**Gráfico 19 - Construto Saúde – Saúde Física**  
Tem um médico com quem faz controle da sua saúde?

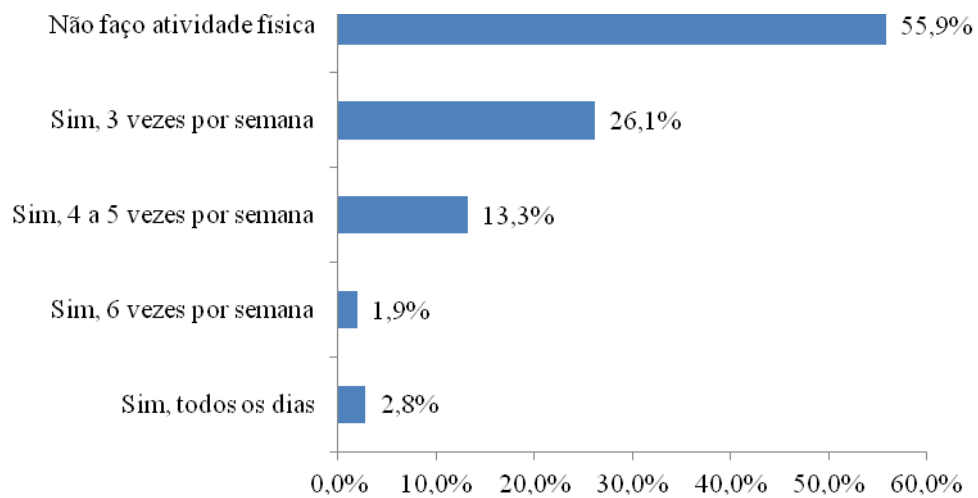


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 19 mostrou que praticamente metade dos respondentes possui um médico com quem faz controle de sua saúde. A pesquisa não permite identificar se essas mesmas pessoas são as que possuem algum tipo de doença ou as que não possuem nenhum tipo de doença.

**Gráfico 20** - Construto Saúde – Saúde Física

Você faz alguma atividade física regular, isto é, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes por semana? (Não vale deslocamento para o trabalho)

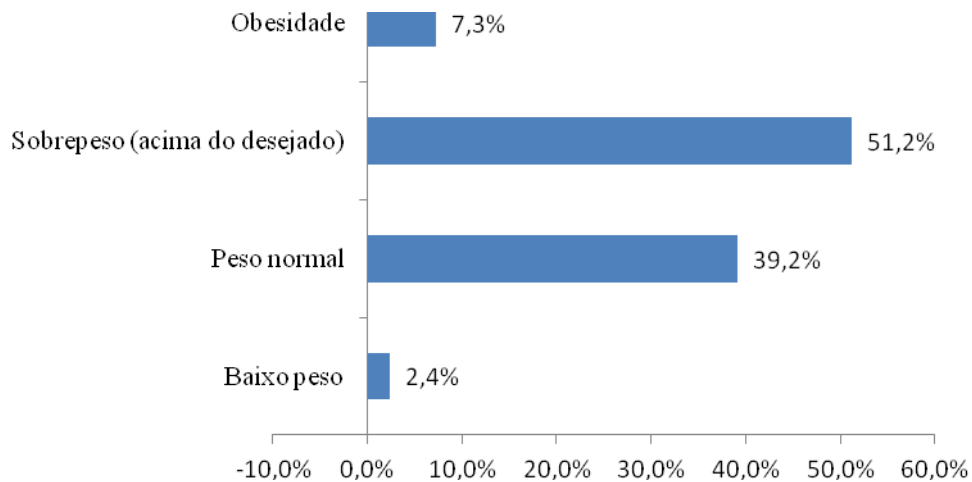


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 20 mostra que mais da metade dos respondentes não pratica atividade física regularmente. Uma pequena parte da amostra relata a prática de atividade física em seu limite inferior de frequência, ou seja, três vezes por semana. Esse dado condiz com o apresentado pelo Ministério da Saúde, em 2009, de que 16,4% da população brasileira é considerada ativa. De fato, a grande parcela da amostra não exerce nenhuma atividade física regular.

Essa baixa taxa de adesão à atividade física pode estar relacionada à dedicação cada vez maior de tempo dos indivíduos ao trabalho, deixando de lado esse tipo de cuidado com a saúde. Esse dado fornece também subsídio para que as empresas incluam algum tipo de atividade em seus programas de QVT, mesmo que no intuito de aumentar a produtividade de seus trabalhadores (TAMAYO, 2001).



**Gráfico 21** - Construto Saúde – Saúde Física - IMC

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

O gráfico 21 mostra que, aproximadamente, metade da amostra apresenta sobrepeso, o que é uma tendência natural, dado o perfil populacional brasileiro, no qual 51% dos homens e 42,3% das mulheres têm excesso de peso<sup>22</sup>. Esse resultado pode ser explicado pelo perfil dos respondentes quanto à atividade física, em que quase 60% não tem nenhuma prática regular de atividade física.

### 4.3 Descrição dos construtos e dimensões

Neste tópico apresentam-se a análise descritiva inicial da amostra e suas possíveis implicações em termos de explicação de dados e resultados.

<sup>22</sup> IRAHETA, Diego. Quase metade dos brasileiros tem excesso de peso. **Agência Saúde**, p. 2, jun. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11458](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11458)>. Acesso em: 10/02/2013.

**Tabela 4** - Estatística Descritiva – Construto *Performance* Funcional

CÓDIGO	DOM.		N	MÍN	MAX	MÉD	DESV
PF_CARREIRA1	Carreira	Alcanço os objetivos que almejo em minha profissão.	467	1	5	3,67	0,89
PF_CARREIRA2		Desenvolvo habilidades necessárias para o futuro da minha carreira.	467	1	5	3,86	0,82
PF_CARREIRA3		Percebo progresso em minha carreira.	467	1	5	3,69	0,95
PF_CARREIRA4		Busco por oportunidades na carreira.	467	1	5	3,97	0,91
PF_DES1	Trabalho	Produtividade no trabalho (quantidade de produção)	467	1	5	4,03	0,68
PF_DES2		Qualidade do meu trabalho	467	1	5	4,17	0,66
PF_DES3		Precisão do trabalho que executo	467	1	5	4,13	0,62
PF_DES4		Atendimento que ofereço aos meus clientes (internos e externos)	467	2	5	4,30	0,60
PF_DES5	Organização	Minha contribuição na “elaboração” de novas ideias na empresa onde trabalho	467	1	5	3,76	0,80
PF_DES6		Meu desempenho na implementação de novas ideias	467	1	5	3,75	0,80
PF_DES7		Minha busca por melhorias na instituição onde trabalho	467	1	5	3,84	0,77
PF_DES8		Minha busca por melhorias nos fluxos e processos da empresa onde trabalho	467	1	5	3,81	0,76
PF_EQUIPE1	Equipe	Trabalho como parte de uma equipe ou grupo de trabalho	467	1	5	3,91	0,88
PF_EQUIPE2		Busco por informações de outros do meu grupo	467	1	5	3,95	0,79
PF_EQUIPE3		Procuro garantir que meu grupo de trabalho seja bem sucedido	467	2	5	4,18	0,69
PF_EQUIPE4		Dou retorno às necessidades dos membros de seu grupo de trabalho	467	1	5	4,08	0,71
PF_EQUIPE5	Inovação	Ajudo a outros membros da empresa, mesmo não fazendo parte do meu trabalho?	467	2	5	4,04	0,74
PF_EQUIPE6		Trabalho pensando no bem geral da empresa.	467	2	5	4,09	0,73
PF_EQUIPE7		Faço “coisas” para promover a empresa onde trabalho.	467	1	5	3,72	0,93
PF_EQUIPE8		Contribuo para que a empresa onde trabalho seja um ambiente agradável.	467	2	5	4,18	0,69

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

A tabela 4 apresenta as médias e desvio padrão de cada item do questionário em relação às dimensões, no WHOQOL denominado domínio, do construto *Performance* Funcional. Nesta tabela pôde-se observar a maior relevância do domínio trabalho, apresentando todas as médias acima de quatro, em ordem decrescente de relevâncias os indicadores: atendimento ao cliente, qualidade do trabalho, precisão do trabalho e quantidade de trabalho (produtividade). Carreira e organização apresentaram valores baixos nas médias das perguntas em relação aos demais, que atingiu média acima de quatro. Esse resultado pode ser interpretado como a falta de

motivação dos trabalhadores em busca de melhorias e progresso em sua carreira e desejo de inovação e melhorias na própria organização, mostrando a importância das empresas atentarem para este fator em seus programas de QVT.

**Tabela 5** - Estatística Descritiva – Construto Qualidade de Vida

Código	Dom.		N	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão
Qv_fisico1	Físico	Como você avaliaria seu sono?	467	1	5	3,66	1,04
Qv_fisico2		Com que frequência você sente dor física? - Invertido	467	1	5	3,37	0,82
Qv_fisico3		Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	467	1	5	3,51	0,82
Qv_geral1	Geral	De modo geral, como você avaliaria sua qualidade de vida?	467	1	5	3,79	0,76
Qv_geral2		De modo geral, quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	467	1	5	3,64	0,90
Qv_ind1	Nível de Independência	Quanto você precisa de medicação para levar sua vida no dia a dia? - Invertido	467	1	5	4,40	0,93
Qv_ind2		Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia a dia? - Invertido	467	1	5	3,79	0,85
Qv_ind3		Quão bem você é capaz de se locomover?	467	1	5	4,22	0,81
Qv_meio1	Meio Ambiente	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	467	1	5	3,60	0,71
Qv_meio2		Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	467	1	5	3,19	0,80
Qv_meio3		Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	467	1	5	3,04	0,95
Qv_meio4		Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	467	1	5	3,65	0,74
Qv_meio5		Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	467	1	5	3,19	0,90
Qv_meio6		Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	467	1	5	3,94	0,88
Qv_meio7		Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?	467	1	5	3,96	0,89
Qv_meio8		Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	467	1	5	3,25	1,27
Qv_pisc1	Psicológico	O quanto você aproveita a vida?	467	1	5	3,58	0,77
Qv_pisc2		Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem? - Invertido	467	1	5	3,51	0,99
Qv_pisc3		Quanto você consegue se concentrar em suas atividades?	467	1	5	3,74	0,75
Qv_pisc4		Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	467	1	5	3,74	0,79
Qv_pisc5		Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão relacionados ao trabalho? - Invertido	467	1	5	3,25	0,82
Qv_relsoc1	Relações Sociais	Em que medida você pode contar com seus amigos quando precisa deles?	467	1	5	3,85	0,82
Qv_relsoc2		Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	467	1	5	3,89	0,76
Qv_relsoc3		Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	467	1	5	3,70	1,04

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A tabela 5 demonstra as médias e desvio padrão de cada item do questionário em relação às dimensões, no WHOQOL denominado domínio, do construto Qualidade de Vida. No domínio físico percebe-se a mesma relevância em relação aos três itens, demonstrando que os respondentes se sentem bem em relação ao sono, dor e energia no dia a dia. O meio ambiente apresentou os menores valores de média, mostrando-se de menor relevância entre as dimensões do construto QV e o nível de independência apresentou os maiores valores de média, remetendo ao entendimento de que os respondentes da pesquisa se apresentam com uma vida ativa e independente.

Importante relatar que o meio ambiente apresentou maior peso em relação à qualidade de vida e menor média, o que leva a interpretação de que esse fator é importante para a qualidade de vida das pessoas e elas percebem isso como um depreciador de sua qualidade de vida.

**Tabela 6 - Estatística Descritiva – Construto Qualidade de Vida no Trabalho**

Código	Dom.		N	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão
qvt_fisio1	Físico	Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?	467	1	5	3,84	0,85
qvt_fisio2		Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho?	467	1	5	3,77	0,81
qvt_pess1	Pessoal	Você se sente realizado com o trabalho que faz?	467	1	5	3,51	0,90
qvt_pess2		Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores?	467	2	5	3,98	0,71
qvt_pess3		Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados?	467	1	5	4,04	0,80
qvt_pess4		Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho?	467	1	5	3,76	0,85
qvt_pess5		Como você avalia sua motivação para trabalhar?	467	1	5	3,85	0,91
qvt_pisc1	Psicológico	Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho?	467	1	5	3,75	0,93
qvt_pisc2		Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão?	467	1	5	3,98	0,89
qvt_pro1	Profissional	Em que medida você possui orgulho da organização na qual trabalha?	467	1	5	3,55	0,90
qvt_pro2		Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?	467	1	5	3,06	1,04
qvt_pro3		Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho?	467	1	5	3,57	0,90
qvt_pro4		Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza?	467	1	5	3,57	0,89
qvt_pro5		O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho?	467	1	5	3,49	0,85
qvt_pro6		Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização?	467	1	5	2,96	1,18
qvt_pro7		Como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no trabalho?	467	1	5	3,55	1,01
qvt_pro8		Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários?	467	1	5	3,54	1,01
qvt_pro9		Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?	467	2	5	4,31	0,59

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

Por fim, a tabela 6 demonstra as médias e desvio padrão de cada item do questionário em relação às dimensões, no WHOQOL denominado domínio, do construto Qualidade de Vida no Trabalho. No domínio físico observou-se que as médias possuem valores próximos, demonstrando que os respondentes percebem suas necessidades fisiológicas satisfeitas e se sentem bem em seu ambiente de trabalho. No domínio pessoal os valores das médias oscilaram entre 3,51 (Você se sente realizado com o trabalho que faz?) e 4,04 (Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados?), demonstrando

que, na amostra da pesquisa, as pessoas percebem suas relações com colegas e superiores melhor do que sua realização com o trabalho desempenhado.

No domínio psicológico houve uma pequena variação entre as médias, levando ao entendimento de que a liberdade de expressão no trabalho e o orgulho que sentem pela empresa em que trabalham possuem a mesma relevância. Por fim, foi no domínio profissional que houve maior diferença entre os valores das médias - 2,96 (Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização? ) e 4,31 (Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?) -, demonstrando que as pessoas avaliam sua capacidade no trabalho como alta e não acreditam nas contribuições que treinamentos oferecidos pelas empresas trazem para sua vida.

#### **4.4 Validação do modelo**

A avaliação da validade do modelo estatístico se deu por meio da modelagem de equações estruturais. A modelagem de equações estruturais se inicia com o modelo a ser estimado. É uma proposição estatística das relações entre as variáveis. Trata-se de um caminho hipotético de relações lineares entre um conjunto de variáveis. É composto por dois itens: o modelo de mensuração e o modelo estrutural.

O modelo de mensuração é o componente do modelo geral que contém as variáveis latentes. As variáveis latentes não são observáveis e são geradas pelas covariâncias entre dois ou mais indicadores. Geralmente são chamadas de fatores ou construtos e são, de fato, equivalentes aos fatores comuns da análise fatorial exploratória e definidas por meio de um conjunto de indicadores. O modelo estrutural é o componente do modelo geral que prescreve as relações entre variáveis latentes e observadas que não são indicadores das variáveis latentes.

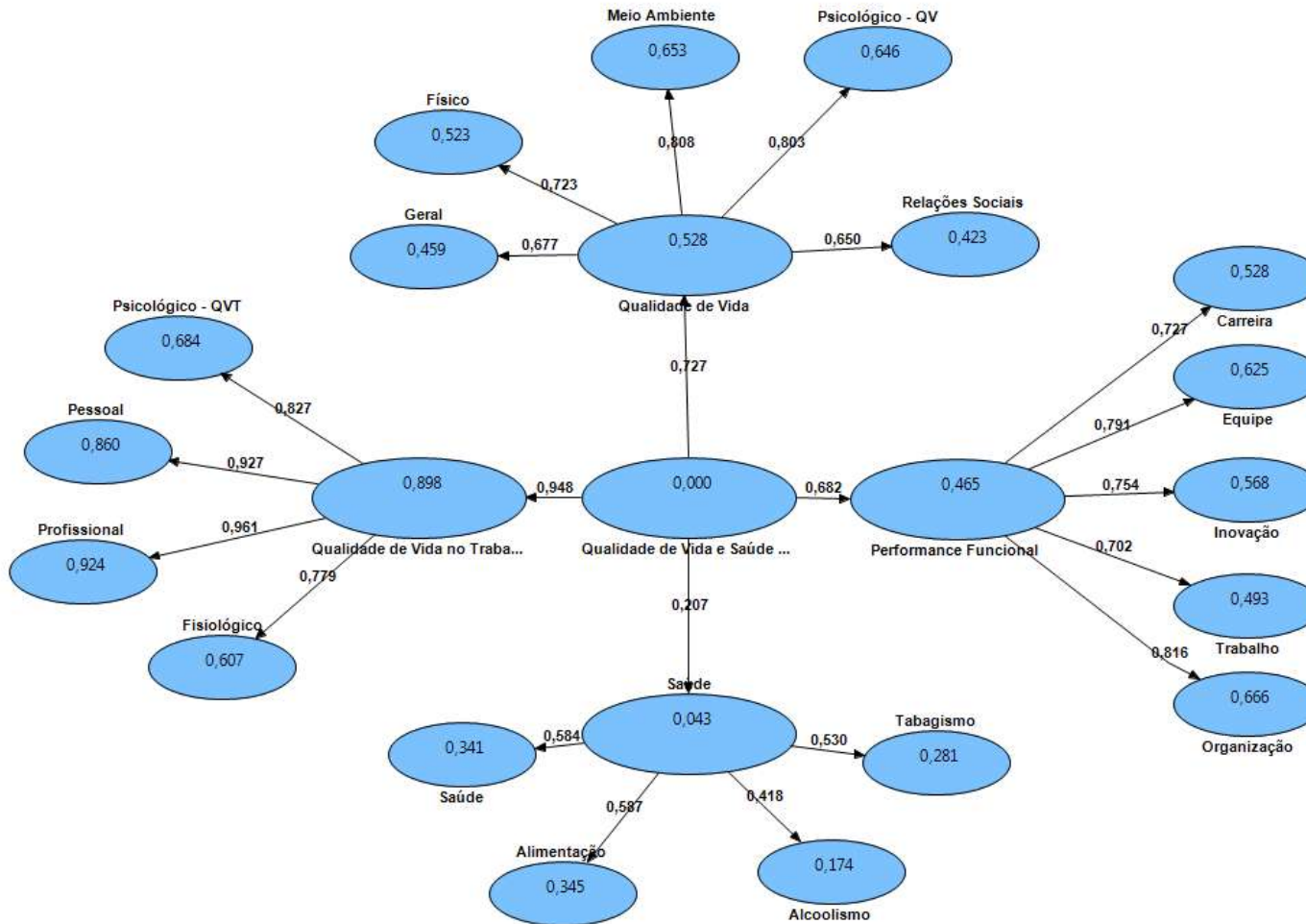
Para tanto, utilizou-se o método *Partial Least Squares* (PLS), que não exige normalidade multivariada das variáveis e consegue trabalhar com um tamanho de amostra mais reduzido, além de se adequar melhor aos estudos exploratórios que o método utilizado pelo LISREL (CHIN, 1998). O *software* utilizado foi o SmartPLS 2.0 M3.

O modelo foi inicialmente ajustado considerando todos os itens, dimensões e construtos do questionário e só então foram avaliadas suas propriedades psicométricas. Nesse sentido, os itens que não atenderam tais propriedades foram eliminados. O principal critério avaliado nessa etapa foi o coeficiente que o item apresentou junto à dimensão que compõem. Itens com coeficientes que não se mostraram significativos foram eliminados.

Os quadros X1 a X4 (ver apêndices) apresentam as dimensões, os itens com sua descrição e o seu *status* dentro do modelo (se o item foi eliminado ou não por não atender propriedades psicométricas). Observa-se que os três itens que compõem o construto nível de independência foram eliminados; por isso o construto foi retirado do modelo.



Figura 3 - Modelo ajustado



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

O modelo acima demonstra as relações entre os construtos da pesquisa, destacando a maior importância da QVT e da QV para explicar a qualidade de vida e saúde do trabalhador, apesar do construto saúde apresentar efeito que, conforme explanado adiante, foi significativo. Em conjunto, esses três construtos contribuem para explicar a *performance* funcional em 46,5%, conforme o valor do  $R^2$  (dentro dos parênteses).

A seguir, procedeu-se a avaliação do modelo quanto à validade convergente. Tal avaliação é realizada com base na *Average Variance Extracted* (AVE). Tais valores, segundo Chin (1998), devem possuir valor mínimo de 0,5, apesar de a literatura aceitar pontos de corte menos conservadores, tais como 0,400 (BOLLEN, 1989; MALHOTRA, 2001) quando de escalas novas e construtos/instrumentos sob construção. Como pode ser observado na tabela X1 (Apêndice C), existem sete construtos não atendem ao critério de AVE mais conservador, apesar de apresentarem índices de confiabilidade superiores aos limites sugeridos. Dessa forma, tais construtos foram mantidos na análise.

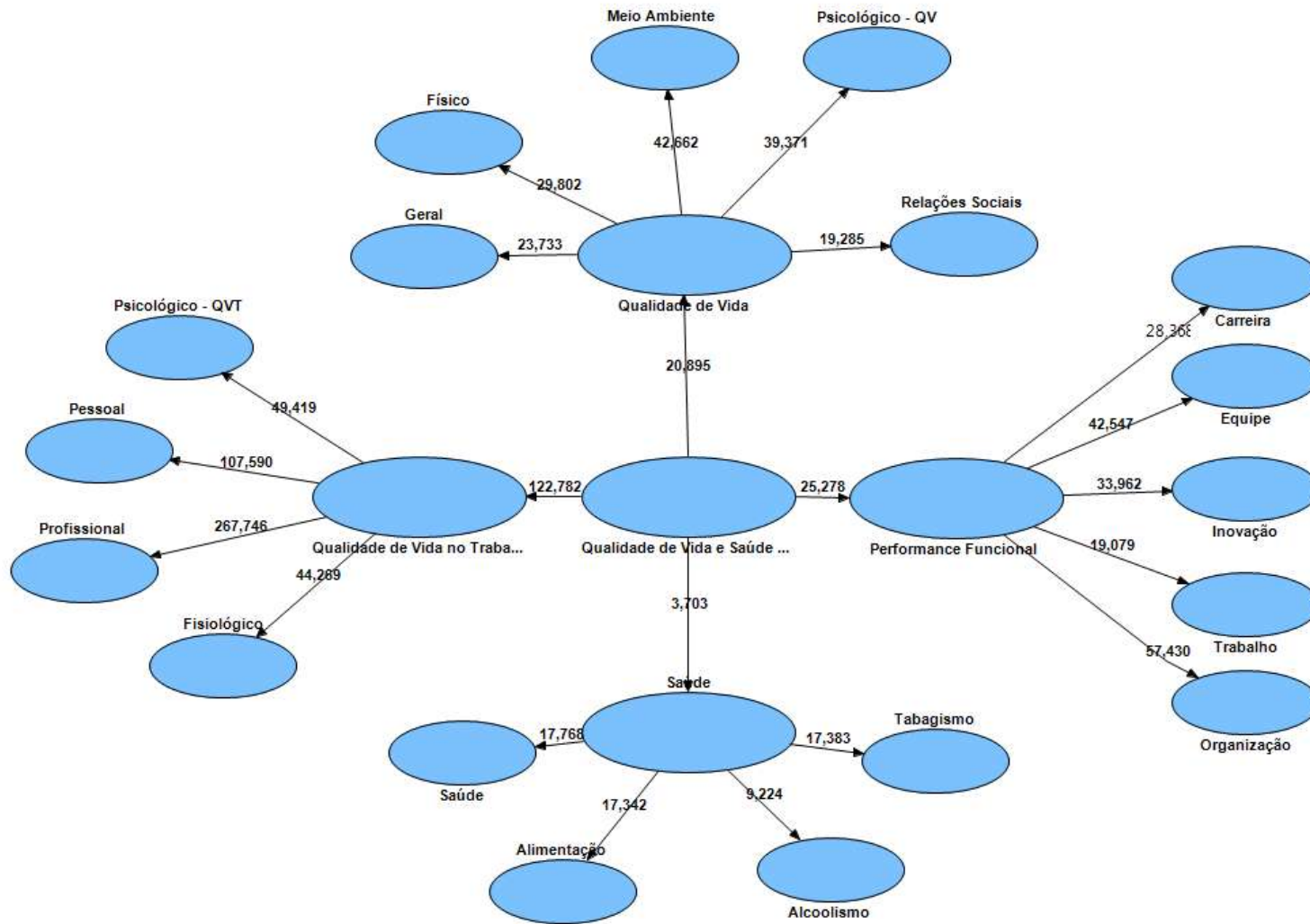
Em relação à avaliação da confiabilidade do construto, Chin (2000) indica que ela deve ser avaliada prioritariamente segundo a confiabilidade composta e que tal valor deve ser superior a 0,7, enquanto outros autores sugerem pontos de corte de 0,6 para novos instrumentos (BOLLEN, 1989; MALHOTRA, 2001). Conforme apresentado na tabela X1 (Apêndice C), todos os construtos atenderam ao requisito mínimo.

Em relação à validade discriminante, foram avaliadas as cargas cruzadas dos itens com os construtos. Como pode ser observado nas tabelas X2 a X5 (Apêndice C), cada item possui carga mais alta com o construto ao qual pertence do que em qualquer outro, atestando, assim, a validade discriminante. A validade convergente, por outro lado, está relacionada à magnitude das cargas em relação ao respectivo construto. Todos os itens possuem cargas altas nos seus respectivos construtos. Nesse sentido, o construto que possui itens com menor carga é o “Alimentação”, em que a menor das cargas é igual a 0,324.

Para verificar se os coeficientes encontrados são significativos ao nível de 5% de significância, foi utilizado o método *bootstrap*, com amostra de tamanho igual à amostra original disponível para o teste do modelo, isto é, 466 casos. Os valores apresentados no modelo se referem à estatística t do teste para avaliar a significância do coeficiente encontrado. O modelo apresentado mostra que todos os valores t se mostraram acima de 1,96,

existe a indicação de que todos os coeficientes são significativos ao nível de 5% de significância conforma figura 4. Esta figura mostra que todas as relações estruturais, tanto entre dimensões e seus construtos de ordem mais elevada, quanto entre o construto “Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador” e a performance funcional foram estatisticamente significativas.

Figura 4 - *Bootstrap* do Modelo ajustado



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Conforme demonstrado previamente os valores juntos as setas, indicando os valores t de teste dos pesos se mostraram significativos, com valores acima de 1,96. A análise dos pesos estruturais e sua significância contribuem para compreender quais dimensões e fatores de ordem mais elevada estão mais associados ou explicam mais adequadamente seus conceitos, baseados nos dados do estudo. Outra forma de analisar tais resultados é empregar uma tabela resumo. Um resumo geral das estatísticas do modelo é apresentado na tabela 7.

**Tabela 7 - Coeficientes de Caminho**

	Amostra Original (O)	Média Amostral	Desvio Padrão	Erro Padrão (STERR)	Estatística t ( O/STERR )
<i>Performance</i> Funcional -> Carreira	0,727	0,729	0,026	0,026	28,225
<i>Performance</i> Funcional -> Equipe	0,791	0,790	0,024	0,024	33,251
<i>Performance</i> Funcional -> Inovação	0,754	0,752	0,023	0,023	33,282
<i>Performance</i> Funcional -> Organização	0,816	0,814	0,023	0,023	35,367
<i>Performance</i> Funcional -> Trabalho	0,702	0,710	0,030	0,030	23,207
Qualidade de Vida -> Físico	0,723	0,720	0,031	0,031	23,710
Qualidade de Vida -> Geral	0,677	0,681	0,026	0,026	25,944
Qualidade de Vida -> Meio Ambiente	0,808	0,809	0,023	0,023	34,950
Qualidade de Vida -> Psicológico	0,803	0,804	0,022	0,022	35,999
Qualidade de Vida -> Relações Sociais	0,650	0,655	0,040	0,040	16,154
Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador -> <i>Performance</i> Funcional	0,682	0,690	0,035	0,035	19,225
Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador -> Qualidade de Vida	0,727	0,725	0,035	0,035	20,791
Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador -> Qualidade de Vida no Trabalho	0,947	0,946	0,008	0,008	115,678
Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador -> Saúde	0,209	0,249	0,056	0,056	3,691
Qualidade de Vida no Trabalho -> Físico	0,779	0,781	0,021	0,021	36,232
Qualidade de Vida no Trabalho -> Pessoal	0,927	0,928	0,009	0,009	100,128
Qualidade de Vida no Trabalho -> Profissional	0,961	0,962	0,005	0,005	181,274
Qualidade de Vida no Trabalho -> Psicológico	0,827	0,828	0,019	0,019	42,759
Saúde -> Alcoolismo	0,418	0,431	0,052	0,052	8,040
Saúde -> Alimentação	0,587	0,610	0,032	0,032	18,337
Saúde -> Saúde	0,582	0,575	0,042	0,042	13,988
Saúde -> Tabagismo	0,530	0,541	0,046	0,046	11,517

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

#### 4.5 Análise e descrição dos construtos

Com vistas a analisar os determinantes e grau de prevalência de uma menor ou maior QVT, QV e saúde do trabalhador, bem como da *performance* funcional, este tópico pretende fazer

uma breve descrição dos construtos em foco no estudo. Nesta pesquisa os construtos foram operacionalizados com base nos escores não padronizados. Com isso, todos as dimensões possuem a mesma escala dos itens originais (de 1 a 5), com exceção da dimensão saúde, que são constituídos de itens medidos em diferentes escalas.

As estimativas apontadas são pontuais e por intervalo. Uma estimativa pontual (média) não leva em consideração o erro amostral nem o desvio padrão associado à distribuição de probabilidade. Por esse motivo, trabalha-se com o intervalo de confiança (estimativa por intervalo). Intervalos de confiança estão associados a um grau de confiança (foi utilizado 95%), que é uma medida da certeza de que o intervalo contém o verdadeiro valor da média populacional. A tabela Z1 apresenta as estatísticas descritivas de cada um dos construtos e suas dimensões.

**Tabela 8 - Estatística descritiva – Construtos e dimensões**

	Mínimo	Máximo	Intervalo de Confiança de 95% para a média			Desvio Padrão	Coeficientes de Caminho
			Limite Inferior	Média	Limite Superior		
<b>Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador</b>	2,61	4,04	3,05	3,28	3,51	0,36	
<b>Qualidade de Vida</b>	2,60	4,35	3,20	3,57	3,94	0,58	0,727
Geral	2,45	5,00	3,09	3,55	4,00	0,72	0,677
Físico	2,00	4,61	2,73	3,32	3,91	0,92	0,723
Meio Ambiente	2,47	4,76	3,08	3,47	3,86	0,61	0,808
Psicológico-QV	2,74	4,26	3,35	3,68	4,01	0,52	0,803
Relações Sociais	2,54	5,00	3,31	3,81	4,31	0,79	0,650
<b>Performance Funcional</b>	2,00	5,00	3,93	3,97	4,02	0,48	0,682
Carreira	3,00	5,00	3,66	4,07	4,47	0,64	0,727
Equipe	3,00	5,00	3,84	4,21	4,59	0,59	0,791
Inovação	3,00	5,00	3,56	3,90	4,23	0,52	0,754
Trabalho	3,51	5,00	4,13	4,40	4,67	0,42	0,702
Organização	3,00	5,00	3,75	4,18	4,61	0,68	0,816
<b>Saúde</b>	0,08	1,07	0,24	0,48	0,72	0,38	0,207
Saúde	0,28	0,77	0,40	0,51	0,62	0,17	0,584
Alimentação	0,23	1,35	0,48	0,72	0,95	0,36	0,587
Alcoolismo	0,39	1,00	0,35	0,46	0,58	0,18	0,418
Tabagismo	0,10	1,10	0,24	0,45	0,67	0,34	0,530
<b>Qualidade de Vida no Trabalho</b>	3,13	4,84	3,60	3,87	4,13	0,42	0,948
Psicológico - QVT	3,00	5,00	3,75	4,17	4,58	0,65	0,827
Pessoal	3,22	4,82	3,71	4,00	4,29	0,45	0,927
Profissional	3,00	4,77	3,39	3,69	4,00	0,48	0,961
Fisiológico	3,00	5,00	3,65	3,97	4,30	0,51	0,779

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

Para avaliar a existência de relacionamento entre os construtos e a idade do indivíduo, foi obtida a correlação linear de Pearson. O índice de correlação de Pearson é uma medida que varia de  $-1$  a  $1$  e indica o grau e o sentido do relacionamento linear (caso exista) entre duas variáveis. Valores próximos de  $-1$  indicam alta correlação negativa, valores próximos de zero indicam ausência de correlação e valores próximos de  $1$  indicam alta correlação positiva. O valor  $p$  abaixo de  $0.05$  indica existência de correlação entre as duas variáveis. As correlações que se mostraram significativas estão em negrito na tabela Z2.

A tabela 8 analisa as médias e desvio padrão de cada dimensão em relação ao seu construto, de acordo com as respostas da amostra. Em relação aos construtos Qualidade de Vida, *Performance* Funcional e Saúde, as dimensões apresentaram valores de média próximos, indicando concordância equiparada dos respondentes com as afirmações sobre este construto e suas dimensões. Em QV, a dimensão que apresentou maior média foi “relações sociais” e a menor média a dimensão “físico”, demonstrando que as relações sociais são um fator positivo na vida cotidiana dos respondentes. Em PF a maior média foi de “trabalho” e a menor de “inovação”, evidenciando a satisfação das pessoas em relação ao seu trabalho e a necessidade de melhorias na área da inovação. Para saúde, a maior média foi atribuída à dimensão “alimentação” e a menor à dimensão “tabagismo”, ratificando uma satisfação da amostra quanto aos seus hábitos alimentares e uma preocupação em relação ao tabagismo. Em relação ao construto Qualidade de Vida no Trabalho, a dimensão “psicológico” apresentou uma média significativamente maior que as demais, mostrando forte concordância da amostra. A menor média neste construto foi atribuída à dimensão “profissional”, o que reafirma a tendência da atualidade em relação à saúde mental de seus trabalhadores. Já a relação de cada construto com Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador demonstrou que o construto saúde possui uma média substancialmente grande em relação aos demais construtos, demonstrando a necessidade de estudos e aprimoramento nessa área. O construto que obteve maior média foi a QVT, reafirmando a relevância do trabalho hoje na vida das pessoas, obtendo maior espaço até mesmo que sua saúde ou qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo são apresentadas as principais conclusões do estudo, suas limitações de pesquisa e sugestões para novos estudos, promovendo a continuidade da evolução no assunto. O objetivo é fazer um fechamento do trabalho, buscando integrar a análise de dados à revisão de literatura, na busca de uma compreensão e resposta aos objetivos propostos previamente.

### 5. 1 Considerações sobre o problema de pesquisa

A pergunta central que norteou este trabalho foi: “Qual a influência das dimensões da Qualidade de Vida, Qualidade de Vida no Trabalho e Saúde do Trabalhador na sua *Performance* Funcional?”. Para responder a essa questão central, testou-se o modelo de pesquisa e obteve-se a importância destas dimensões para o construto dependente em foco.

O estudo apresentou evidências de que o construto saúde do trabalhador mostrou-se significativo e contribuiu para explicar a *performance* funcional. Entretanto, observando a importância relativa de cada construto, observa-se que a QVT apresentou a maior relevância ( $\beta = 0,947$ ). A QV também contribuiu de forma expressiva nessa direção, mas com menor relevância relativa em relação a QVT ( $\beta = 0,727$ ). Por fim, o impacto da saúde do trabalhador, apesar de significativo ( $p < 0,01$ ), possui importância reduzida em comparação aos demais construtos ( $\beta = 0,209$ ).

Tais resultados podem ser explicados pela natureza multifatorial do construto qualidade de vida, que aborda fatores diversos da esfera individual e social (físico, psicológico, dependência, relações sociais e meio ambiente), isto é, “[...] trata-se de uma visão global, que considera as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo” (SOUZA; CARVALHO, 2003, p. 516). Esse resultado encontra respaldo na mesma linha de pensamento de Bronfenbrenn, ou seja, podem expressar a complexidade da natureza humana e seu desenvolvimento concebido sob múltiplos fatores. Outro ponto de confluência é encontrado em Souza e Carvalho (2003), que sugerem que a qualidade de vida leva em consideração a experiência cotidiana e as condições individuais.



Já o construto saúde foi avaliado utilizando uma forma de mensuração baseada em avaliações de eventos ou fatos objetivos em relação a hábitos e comportamentos mais pontuais. Tal procedimento é distinto do empregado nas escalas de QV, QVT e *performance* funcional, que empregaram respostas do tipo Likert. Deve-se notar que a utilização de um mesmo meio de mensuração inflaciona as correlações entre os construtos, por meio de artifícios como o efeito halo ou o efeito de aquiescência, produzindo o que se denomina de *Common Method Vias* (CMV), ou Viés do Método Comum (MEADE et al., 2007; NETEMEYER et al., 2003; PODSAKOFF, P. M. et al., 2003). Isso implica dizer que seria esperada uma correlação mais forte entre QV, QVT e *performance* se comparada à saúde do trabalhador pelo simples fato de estes primeiros construtos empregarem a mesma escala de resposta (notas de 1 a 5).

Deve-se ressaltar que os efeitos do construto saúde sobre a *performance* funcional seriam melhor compreendidos em estudos longitudinais, que monitorassem o efeito da saúde na *performance* em longo prazo. De acordo com Laurell (1989), o adoecimento não depende apenas do funcionamento biológico pontual do corpo, mas sim de sua capacidade de responder às condições oferecidas no longo prazo. Rebouças (1989) confirma esse pensamento e acrescenta que as condições sobre as quais os indivíduos trabalham e até mesmo aspectos inerentes ao trabalho, como jornada de turnos alterados, são componentes do processo de adoecimento do trabalhador que atuam de forma progressiva sobre a *performance*. Isso significa que, a despeito das condições de saúde atuais, a prevalência de um ambiente que não privilegia o cuidado com a saúde pode, no curto prazo, apresentar efeito nulo, quem sabe até positivo sobre a *performance* funcional. No entanto, o efeito cumulativo da negligência da saúde poderá ter impactos em diversas dimensões da *performance* funcional, implicando em perdas de QVT e QV no longo prazo. Assim, somente no longo prazo o trabalhador perceberá a “resposta” do seu corpo aos fatores degradantes da saúde, mas nem sempre relacionará essa manifestação ao desgaste no trabalho em momento pontual do passado.

Em relação às dimensões de QVT que, na escala original, se chamam domínio, neste estudo pode-se estabelecer o grau de relevância de cada um (QUADRO 5), por meio da análise dos pesos beta obtidos via modelo de PLS. O construto QVT apresentou como dimensão mais relevante o aspecto profissional ( $\beta = 0,924$ ), seguido pelo pessoal ( $\beta = 0,656$ ), psicológico ( $\beta = 0,684$ ) e, com menor relevância, mas também significativo, o físico ( $\beta = 0,607$ ). Já o

construto QV teve como dimensão mais significativa o meio ambiente ( $\beta = 0,653$ ), seguido de psicológico ( $\beta = 0,646$ ), físico ( $\beta = 0,523$ ), geral ( $\beta = 0,459$ ) e relações sociais ( $\beta = 0,423$ ). A saúde do trabalhador teve como dimensão de maior relevância a alimentação ( $\beta = 0,587$ ), seguido da saúde ( $\beta = 0,582$ ) e, por fim, tabagismo ( $\beta = 0,530$ ) e alcoolismo ( $\beta = 0,418$ ). Um resumo desses achados encontra-se disposto no quadro 5.

**Quadro 5** - Grau de influência das quatro dimensões mais relevantes dimensões de cada construto

Ordem de importância	SAÚDE	QUALIDADE DE VIDA	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO
1	Alimentação	Meio ambiente	Profissional
2	Saúde	Psicológico	Pessoal
3	Tabagismo	Físico	Psicológico
4	Alcoolismo	Relações sociais	Físico

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

## 5.2 Contribuições para a teoria e para a prática

Neste estudo tentou-se estabelecer, com maior especificidade, a relação entre saúde, qualidade de vida do trabalhador e *performance* funcional, na tentativa de determinar as variáveis desses três construtos que interferem indiretamente em sua *performance*. De acordo com Patrick (2008), o termo qualidade e vida possibilita uma grande variedade de interpretação do seu conceito. Para Sampaio (2012), pode-se definir o conhecimento sobre QVT como uma noção do seu conceito, denominando-o como um “guarda-chuva teórico”, que leva a implicações práticas organizacionais nem sempre adequadas. Conforme Patrick (2008), outros fatores podem contribuir para balizar uma avaliação adequada dos trabalhadores de uma empresa, gerando um perfil mais fidedigno da representação funcional e suas implicações para a organização.

Portanto, acredita-se que este estudo busca acender uma nova arena de debates, agregando um novo conceito ao domínio já bastante estabelecido da QV e QVT, trazendo para o cenário o elemento de saúde e sua implicação para a *performance* funcional do trabalhador. Isso poderá apontar novos caminhos para que as organizações possam elaborar instrumentos de avaliação do ambiente organizacional que permitam uma maior integração e criação de programas de qualidade de vida no trabalho e promoção da saúde de forma mais íntegra e holística.

Embora seja consenso, na atualidade, a importância da segurança, meio ambiente e saúde na estratégia das organizações, ainda existem empresas que se baseiam em conformidade de processos, requisitos legais e realização de procedimentos (BOBSIN, 2005), deixando de lado o olhar para a saúde do trabalhador, sua qualidade de vida e suas condições de trabalho. Bobsin (2005) reconhece a importância de um sistema de gestão normativo, mas aponta que uma gestão pode cair em descrédito caso não seja hábil em “aproximar ao máximo os resultados desejáveis através da gestão de Segurança, Meio ambiente e Saúde (SMS) com avaliação de desempenho, considerando as ações e políticas adotadas[...]” (BOBSIN, 2005, p. 26).

Assim, os resultados apresentados por este estudo colaboram na definição de variáveis relevantes da saúde e da qualidade de vida do trabalhador para a construção de instrumentos que avaliem, de forma concreta, o estado de saúde, permitindo a correlação do resultado com o desempenho dos seus colaboradores.

### 5.3 Limitações

Acredita-se que a limitação mais evidente desta pesquisa esteja relacionada ao fato de se tratar de um estudo transversal, isto é, não existe de uma sequência temporal na avaliação da relação entre as variáveis. Essa crítica está relacionada, inclusive, com a menor importância da saúde para a *performance*, um dos resultados focais neste estudo. De acordo com Heinemann (2000)<sup>23</sup> e Ribeiro<sup>24</sup> (1994) apud Canavarro (2010) et al. a qualidade de vida está intimamente ligada à evolução de doenças prolongadas. Assim, um estudo longitudinal poderia tratar essa correlação retrospectivamente, realizando um estudo de caso/controle ou, prospectivamente, estabelecendo um estudo de coorte (BORDALO, 2006).

A falta de estudos que relacionem diretamente saúde à produtividade não permitiu maior aprofundamento na literatura. Moretti (2003) afirma que a preocupação das empresas com a QVT se baseia, principalmente, no bem estar do trabalhador e na eficácia organizacional. Embora exista o reconhecimento da importância da satisfação do trabalhador, sabe-se que são necessários outros fatores para se alcançar a real QVT. Lacaz (2000, p. 151) reforça esse

<sup>23</sup> Heinemann, A.W. (2000). Functional status and quality-of-life measures. In R.G. Frank e T.R. Elliott (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology* (pp. 261-285). Washington, DC: American Psychological Association.

<sup>24</sup> Pais-Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 179-191.

pensamento quando se refere à “[...] necessidade de pensar-se indicadores epidemiológicos que expressem as relações saúde/doença e as novas formas de gestão, divisão e organização da produção, representados pelas doenças relacionadas ao trabalho[...]”. Para este autor, a autonomia dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, saúde e segurança e as relações com a organização são os elementos que melhor explicam a qualidade de vida no trabalho.

Neste estudo foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência e bola de neve (indicações), que possui como principal limitador, em relação aos estudos probabilísticos, a impossibilidade de se determinar uma generalização dos resultados a população. Este resultado se refletiu especialmente na presença de um grande número de respondentes com curso superior ou mais, indicando um perfil de profissional que se distâcia do típico encontrado na população. Sabe-se que pesquisas conduzidas com amostragem probabilística apresentam condição essencial à generalização dos resultados (OLIVEIRA, 2001), apesar de Cooper e Schindler (2001, p. 167) afirmarem que procedimentos de amostragem não probabilística podem, por vezes, atender satisfatoriamente aos objetivos de amostragem quando não há o interesse do pesquisador em generalizar um parâmetro da população. Este é o caso típico deste estudo, dado que o foco central está na coerência lógica das variáveis e construtos, com vistas a possibilitar uma escala mais robusta e que possa, posteriormente, ser aplicada a amostras mais gerais de grupos profissionais e organizações específicas.

Outro ponto é a utilização da mesma escala de respostas para os construtos QV, QVT e PF, ocasionando, possivelmente, um erro do método conhecido como efeito halo (PODSAKOFF et al., 2003). Esse fenômeno se refere a distorções da percepção do avaliador devido à influência da impressão geral a um item específico ou à influência de um item dominante sobre os demais avaliados (FROEMMING, 2001), isto é, a avaliação de uma dimensão de maior relevância para o respondente pode ter influenciado sua resposta nas demais dimensões. Outro efeito possível é o de aquiescência, no qual os respondentes tendem a concordar de forma irrestrita com todas as perguntas do instrumento, seja por falta de uma opinião mais formal sobre o item ou pela fadiga de resposta. Tais fenômenos culminam com um padrão de respostas que pode ter inflacionado as correlações entre construtos avaliados sobre a mesma escala (MEADE et al., 2007; NETEMEYER et al., 2003; PODSAKOFF et al., 2003), neste caso QV, QVT e PF. Adicionalmente o uso de uma autoavaliação de performance reforça a tendência citada ao adicionar o elemento de adequação social às respostas obtidas no estudo.

#### 5.4 Implicações para pesquisas futuras

Por se tratar de um tema atual e ainda em discussão no campo científico e, de certo ponto, interdisciplinar nas fronteiras entre a Administração e a Gestão da Saúde, o estudo ainda apresenta muitas possibilidades futuras de aprofundamento. Neste trabalho, especificamente podem-se citar alguns deles, que evidenciaram a possibilidade de estudos de coorte, longitudinal, bem como o acompanhamento de trabalhadores por faixas etárias. À medida que a temática se consolide, uma análise mais depurada por região, organização, função, formação, regime de trabalho, dentre outras, tornam-se possibilidades de aprofundamento. Nitidamente todas essas possibilidades padeceriam de validade, a menos que os instrumentos básicos de análise da dimensão saúde sejam previamente balizados e desenvolvidos em suas propriedades psicrométricas.

Na vertente aplicada pode-se destacar que, além das doenças decorrentes do trabalho, as empresas ainda convivem com altos índices de acidentes, elevando as taxas de morbimortalidade por acidentes. Esse problema tem reflexo não apenas nos gastos das organizações e gera custos sociais e pessoais diversos (BOBSIN, 2005). Para Bobsin (2005), condições e processos de trabalho inadequados comprometem a saúde do trabalhador e geram fatores de risco para a ocorrência de acidentes evitáveis. Assim como as doenças relacionadas ao trabalho, os acidentes também aumentaram paralelamente ao crescimento global e aumento da competitividade das empresas no mercado (ESTEVEES, 2004 apud BOBSIN, 2005). Assim, o aspecto da segurança no trabalho, abordada de forma indireta no estudo, poderia contribuir para uma maior integração entre áreas correlatas e associadas aos aspectos de QV, QVT e saúde.

Quanto às variáveis dependentes a serem analisadas, pode-se destacar a análise da taxa do absenteísmo, fenômeno que sofre influência do processo de crescimento da economia. É possível que seja analisada a necessidade de conhecimento do processo absenteísmo-doença para determinação do perfil e implantação de processos que impeçam o aumento desta taxa (SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2008). De acordo com Andrade, et al. (2008) o absenteísmo é um fenômeno complexo, que sofre a influência de fatores psicossociais, econômicos e associados ao ambiente de trabalho (que foi altamente significativo na relação com QV e PF), sendo de extrema relevância o conhecimento da influência destes fatores sobre o estado de saúde do trabalhador. Andrade et al. (2008) afirmam que existem poucos estudos

sobre o assunto, o que dificulta a elaboração e a implementação de programas de redução do mesmo absenteísmo, abrindo uma nova arena de possibilidades correlatas ao estudo.

Conforme desenvolvido previamente, podem-se sugerir também estudos de coorte para o entendimento da relação entre QVT, QV, saúde do trabalhador e PF com o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores, verificando possíveis correlações com idade, sexo, ramos de atividade, dentre outros.

Sugere-se a realização de uma pesquisa com amostra compatível com o nível de escolaridade mais próximo à realidade brasileira.

Por fim, como descrito nas limitações, este estudo utilizou a amostragem não probabilística, de modo que trabalhos futuros devem buscar maior confiabilidade pelo uso de uma amostra probabilística ou mais representativa (COOPER; SCHINDLER, 2001, p.167).

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Júlia Issy. Reestruturação Produtiva e Variabilidade do Trabalho: Uma Abordagem da Ergonomia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 49-54, Jan./Abr. 2000.

ALIANÇA DE COMBATE DO TABAGISMO. Disponível em <<http://www.actbr.org.br/tabagismo/>>. Acesso em: 07 mar. 2013.

ALMEIDA, Simone de; MARÇAL, Rui Francisco Martins; KOVALESKI, João Luiz. Metodologias para avaliação de desempenho organizacional. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. 2004, Florianópolis. **Anais eletrônicos do Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Florianópolis-SC, 2004.

ALMEIDA, G. E. S. Pra que somar se a gente pode dividir? Abordagens integradoras em saúde, trabalho e ambiente. 2000. 100p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

MARTINEZ, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. 255f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

ALVES, Roberta Belizário. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, jan./fev. 2003.

ALVES; E. F. Qualidade de vida no trabalho: indicadores e instrumentos de medidas. **Diálogos & Saberes**. Mandaguari, v. 6, n. 1, p. 77-87, 2010.

ANDRADE, T.B. et al. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166-171, out./dez. 2008.

ARGIMON, Irani de Lima; NASCIMENTO, Roberta F. Lopes do; LOPES, Regina M. Fernandes. **Avaliação de desempenho nas organizações**. Porto Alegre, 2005.

BERTONI, Luci Mara. **Reflexões sobre a história do alcoolismo**. Disponível em <[http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/lucimarabertoni\\_reflexoessobrehistoriadoalcoholismo.pdf](http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/lucimarabertoni_reflexoessobrehistoriadoalcoholismo.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2012.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE. **Alcoolismo**. Disponível em <<http://bvsm.sau.gov.br/html/pt/dicas/58alcoolismo.html>>. Acesso em: 13 jul. 2012

BOBSIN, M. A. **Gestão de segurança, meio ambiente e saúde**: estrutura de sistema e metodologia de avaliação de desempenho. 154f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de gestão). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.

BOLLEN, K. A. **Structural equations with latent variables**. [S.l.]: Wiley, 1989. p. 528.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41. n. 1, p. 8-15, jan./mar. 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**: Manual Técnico/Agência Nacional de Saúde Suplementar – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer** - modelo lógico e avaliação. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n.14**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil: Ministério da Saúde, 2007. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: Manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2005.

CANAVARRO, M.C. et al. **Qualidade de vida e saúde**: aplicações do WHOQOL. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa, 2010.

CARDIM, Marisa de Souza et al.. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil . **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 191- 211, 1986.

CARVALHO, R. M. B. **Qualidade de vida no trabalho visando à realidade da indústria em Brasil**. n.153. 2011. Disponível em < <http://www.efdeportes.com/efd153/qualidade-de-vida-no-trabalho-em-brasil.htm>> Acesso em: 5 out. 2012

CHIN, W. W. **Frequently Asked Questions – Partial Least Squares & PLS-Graph**. Disponível em: <<http://disc-nt.cba.uh.edu/chin/plsfaq.htm>>. Acesso em: 6 jun. 2012.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **Perfil do Trabalhador Formal Brasileiro**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: SESI/DN, 2005.



COOPER, Donald. R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. Flórida: Bookman, 2011. 784p.

COOPER, Donald R; SCHINDLER, Pamela S.. **Métodos de pesquisa em administração**. 7. ed. São Paulo: Bookman, 2001.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA, L. M. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 23-9, 1993.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DAMASCENO, J. et al. **Qualidade de Vida no Trabalho**: O investimento de uma organização automobilística nos dias atuais. Belo Horizonte: Curso de Administração da Faculdade Novos Horizontes, 2008. 30 f.

DIAMANTOPOULOS, A. Index construction with formative indicators: An alternative to scale development. **Journal of Marketing Research**, v. 38, n. 1, p. 269-277, 2001.

FLECK. M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” . **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr. 2000.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. A saúde pública no século XX. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 211-213, Jun. 2000.

FRANÇA, A C. L. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Revista Brasileira de Medicina Psicossomática**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 79-83, abr./mai./jun. 1997.

GONÇALVES, J. P. Desempenho Organizacional. **Seminário Econômico**. São Paulo, n. 815. ago. 2002.

HAIR, Joseph F. et al. **Multivariate Data Analysis**. 7. ed. New York, USA: Prentice Hall, 2010. 816p.

KLINER, Rex. B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 2. ed. New York, USA: The Guilford Press, 2005. 366p.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. **O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida**: uma revisão sistemática. 2010.

JULIANO, M.C. Aspectos conceituais da avaliação de desempenho. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**,. São Paulo, v.2, n. 3, p.165-178, 2008.

JUNIOR, D. R. R. **Qualidade de vida no trabalho**: construção e validação do questionário qwlq-78. 114f. Dissertação (Mestrado em engenharia de produção) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná Campus Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2008.

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

LAWER, Edward E. From job-based to competency-based organizations. **Journal of Organizational Behavior**, 15, p. 3-15, 1994.

LOUZADA, Rita de Cássia Ramos. A pesquisa em saúde do trabalhador no Brasil: Anotações preliminares. **Revista Espaço Acadêmico**, Rio de Janeiro, n. 45, 2005. ISSN: 1519.6186. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/045/45clouzada.htm>>. Acesso em: 04 mai. 2011.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Caderno de Saúde Pública**, vol.13, supl.2, Rio de Janeiro, 1997.

MALCON, Maura C; MENEZES; Ana Maria B; CHATKIN, Moema. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2003.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 720p.

MALTA; D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília. vol.15, n.3,p. 33-45 set. 2006.

MARTINEZ, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. 255f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

MARTINS, C. G. Avaliação do desempenho de Empregados de empresas fornecedoras de serviços dentro da empresa contratante. 39f. Monografia (MBA - Gerência Empresarial) - Universidade de Taubaté. Taubaté, 2001.

MARTINS, Maria do Carmo Fernandes; SANTOS, Gisele Emídio. Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. **Psico-USF**, Uberlândia, v. 11, n. 2, p. 195-205, jul./dez. 2006.

MEADE, A. W.; WATSON, A. M.; KROUSTALIS, C. M. Assessing Common Methods Bias in Organizational Research. 22nd Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology. **Anais...** New York, USA: [s.n]. , 2007.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. p.341-349, 1991.

MERINO, E. **Qualidade de vida no trabalho: perspectivas**. 2003. Santa Catarina

MONTEIRO, Carlos Augusto. et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por meio de entrevistas telefônicas: métodos e resultados no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 1, p.47-57, jan. 2005

MORETTI, S. **Qualidade de Vida No Trabalho x Autorrealização Humana**. Santa Catarina: Instituto Catarinense de Pós-Graduação, 2012.

MORIN, Estelle M.. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41. n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.

NETEMEYER, Richard G.; BEARDEN, William O.; SHARMA, Subhash. **Scaling procedures: issues and applications**. 1. ed. New York, USA: Sage Publications, 2003. 206p.

OGATA, A. **A obesidade é um problema para as empresas?** Disponível em: <[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/7ff4db7574e364c80%203256ebc004add8c/2d62b3d53b9d2a7a03256f97004112ef/\\$FILE/NT000A35F6.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/7ff4db7574e364c80%203256ebc004add8c/2d62b3d53b9d2a7a03256f97004112ef/$FILE/NT000A35F6.pdf)>. Acesso em: 7 mar. 2013.

OLIVEIRA, T. M. V. **Amostragem não probabilística**: Adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração On line**, v. 2, n. 3, julh/ago/set. 2001. Disponível em: <[http://www.fecap.br/adm\\_online/art23/tania2.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm)> . Acesso em: 10 fev. 2013.

OLIVEIRA, A.C. **Qualidade de vida no trabalho segundo o modelo de Walton**: um estudo de caso frente à percepção dos funcionários da Imperador Calçados. São José: Curso de Administração da Universidade do Vale do Itajaí, 2006. 91p.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-am Enfermagem, São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 423-31, mai./jun. 2005.

OLIVEIRA-CASTRO, Gardênia Abbad de; LIMA, Geny Bárbara do Carmo; VEIGA, Maria Raimunda Mendes da. Implantação de um sistema de avaliação de desempenho: métodos e estratégias. **Revista de Administração**, v. 31, n. 3, p. 38-52, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. ONU, 1948. Disponível em: <<http://www.un.org>>. Acesso em: 7 mar. 2013.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. São Paulo: 2004.

PATRICK, L. Donald. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 29-39.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. Revisão Literária dos Modelos Clássicos de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: um Debate Necessário. In: WERTHER, B. **Human resources and personnel management**. [s.n.]. Campinas: 1973. p. 197-206.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. **Revista Eletrônica FAFIT/FACIC**, São Paulo v. 01, n. 01, p. 269-277, jan./jun. 2010.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A; CANTORANI, J. R. H. **Desenvolvimento e validação preliminar do Iqol-70: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho baseado no modelo eliasiano do lazer.** *Licere*, Belo Horizonte, v.14, n.3, p. 1-30, set/2011.

PILATTI, L. A. Qualidade de Vida e Trabalho: perspectivas na sociedade do conhecimento. In: VILARTA, R. *et al.* Qualidade de vida e novas tecnologia . Campinas: IPES Editorial, 2005. p. 41-50.

PONTES, Benedito Rodrigues. **Avaliação de desempenho: nova abordagem.** 8. ed. São Paulo: LTR, 2002

PODSAKOFF, P. M.; MACKENZIE, S. B.; LEE, J.; PODSAKOFF, N. P. Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, v. 88, n. 5, p. 879 -903, 2003.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Políticas de Saúde do Trabalhador. Disponível em <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=688](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=688)>. Acesso em: 13 jan. 2012.

ROCHA, Anna Carolina Florêncio da. **O estresse no ambiente de trabalho.** Rio de janeiro: 2005.

ROSA, Marco Antonio Salles. **Qualidade de vida no trabalho: análise do caso de trabalhadores de uma empresa do ramo de metalurgia de Ponta Grossa.** Ponta Grossa: 2006.

RUGISKI, Marcelo. Qualidade de vida: inter-relações do tempo livre para os colaboradores de uma multinacional do ramo de alimentos. Ponta Grossa, Dez. 2007.

SAMPAIO, J. R. Qualidade de Vida no Trabalho: Perspectivas e desafios atuais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 121-136, jan-abr 2012.

SANT'ANNA, A. S.; KILIMNIK, Z. M.; MORAES, L. F. R. Antecedentes, origens e evolução do movimento em torno da Qualidade de Vida no Trabalho. In: KILIMNIK, Z. M ; SANT'ANNA A. S. (Orgs.). **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.03-30.

SILVA, L. S. ; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13(Sup 2), p. 2049-2058, 2008.

SILVEIRA, M .C. A qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico. 118f. Dissertação ( Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

SINDIPETRO. Saúde e Segurança do Trabalhador. Disponível em <<http://www.sindipetro.org.br/saude/saudetrab.htm>>. Acesso em 10 jan. 2012.

SLACK, Nigel. et al.. **Administração da Produção.** São Paulo: Atlas. 1997

SOUZA, R.A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

STEFANELO, F. J. Influência da qualidade de vida no trabalho sobre a produtividade dos funcionários de uma empresa do segmento de artefatos de concreto. 2011

TAMAYO, A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. **Revista de Administração Contemporânea (RAC)**, v. 5, n. 3, p. 127-147, set./dez. 2001.

TEIXEIRA, T. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento). p. 153-162, 2002.

VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 8, n. 1, jan./mar. 2001.

WELBOURN, T. M; JOHNSON, D. E.; EREZ, A. The Role-Based Performance Scale: Validity Analysis of a Theory-Based Measure. **CAHRS Working Paper Series**. Paper 147. Disponível em: <<http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cahrswp/147>.> Acesso em: 05 jun. 2012.

WILCOX, James B.; HOWELL, Roy D.; BREIVIK, Einar. Questions about formative measurement. **Journal of Business Research**, v. 61, n. 12, p. 1219-1228, 2008.

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas

1. Como avalia a preocupação com a saúde do trabalhador atualmente pelas empresas, seja pública ou privada?
2. Hoje existe uma maior ou menor preocupação com a saúde e bem estar do trabalhador comparado às décadas passadas?
3. O que mudou?
4. O que permanece similar?
5. Qual o papel das empresas na gestão da saúde do trabalhador?
6. Você acha que hoje existe uma maior preocupação com a saúde e bem estar como um todo?
7. Como isto influencia a política das empresas com a saúde do trabalhador?
8. Você julga que as pessoas estão mais preocupadas com a saúde delas?
9. Qual o maior interesse dos empregadores ao tentar melhorar a saúde de seus trabalhadores?
10. Qual o real benefício que os empregadores têm ao melhorarem a saúde de seus trabalhadores?
11. Qual o real benefício que os trabalhadores obtêm ao participarem desses programas e melhorarem sua saúde?
12. Na sua experiência profissional quais os aspectos da saúde do trabalhador que mais afetam a sua a saúde e bem estar?
13. Neste contexto, quais os principais problemas relacionados à saúde que o trabalhador enfrenta?
14. Qual a principal causa de afastamento do trabalho?
15. Você acredita que programas de promoção da saúde melhorariam a saúde do trabalhador?
16. Saberá citar algum(s) programa(s) que acredita ter funcionado, seja na sua empresa ou em outra instituição que conheça? Quais eram os objetivos deste programa? Descreva o funcionamento destes programas.
17. Qual elemento fundamental para o sucesso deste(s) programa, na sua opinião?
18. Saberá citar algum(s) programa(s) de promoção da saúde que você acredita ter fracassado, seja na sua empresa ou em outra instituição de seu conhecimento? Quais eram os objetivos deste programa? Descreva o funcionamento destes programas. O que acredita que o levou ao sucesso ou ao fracasso?

19. Qual tipo de programa acredita que daria mais resultado?
20. Quais são os obstáculos para a implantação de programas de promoção da saúde do trabalhador que as empresas enfrentam?
21. Qual a principal dica que você daria para os empregadores que desejam melhorar a saúde de seus trabalhadores?
22. Cite três mudanças na política das empresas que você acredita que mudariam a qualidade de vida do trabalhador em ordem de importância.

## APÊNDICE B - Questionário

### PESQUISA SOBRE GESTÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR

Prezado(a),

Esta pesquisa faz parte de uma dissertação de mestrado que tem por objetivo conhecer os determinantes da qualidade de vida no trabalho e o papel da saúde neste cenário. Este questionário tem o objetivo de estabelecer quais aspectos da saúde do trabalhador influenciam em seu desempenho no trabalho. Os resultados desta pesquisa permitirão que as empresas gerenciem melhor a saúde e qualidade de vida no trabalho, contribuindo para o bem estar dos trabalhadores e da sociedade. Sua participação é muito importante! Você não gastará mais do que 10 minutos para responder. Garantimos que sua resposta permanecerá em sigilo.

Agradecemos antecipadamente,  
Stella Safar - Mestranda em Administração (Universidade FUMEC)  
Prof. Dr. Plínio Monteiro (Orientador)

### **ATENÇÃO: SÓ RESPONDA A ESTE QUESTIONÁRIO SE VOCÊ ESTIVER TRABALHANDO NO MOMENTO**

#### Saúde e uso de medicamentos em geral

1. Possui alguma das doenças abaixo:

- Hipertensão arterial (pressão alta)
- Doença do coração (angina, arritmia)
- Depressão
- Câncer
- Diabetes
- Obesidade
- Doença osteomuscular (Ortopédico)
- Não possuo nenhuma das doenças acima
- Outro \_\_\_\_\_

2. Faz uso de algum medicamento contínuo?

- Sim       Não

3. Se sim, medicamento para que?

- Hipertensão/Pressão alta                       Diabetes                       Asma  
 Dislipidemia (gordura no sangue)               Depressão/ansiedade               Coração  
 Outros \_\_\_\_\_

4. Tem um médico com quem faz controle da sua saúde?

- Sim                                       Não

5. Qual o seu peso? \_\_\_\_\_ Kg

6. Qual a sua altura? \_\_\_\_\_ m



**Consumo de tabaco**

7. Em relação a cigarro, você:

- Nunca fumou                       Fuma atualmente                       É ex-fumante

Caso sua resposta seja “Nunca fumou” ou “Sou ex-fumante”, pule para a pergunta 14.

8. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- Dentro de 5 minutos                       Entre 6 e 30 minutos  
 Entre 31 e 60 minutos                       Após 60 minutos

9. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?

- Sim                                       Não

10. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- O primeiro da manhã                       Outro

11. Quantos cigarros você fuma por dia?

- Menos de 10                       De 11 a 20                       De 21 a 30                       Mais de 31

12. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- Sim                                       Não

13. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim                                       Não

**Consumo de bebidas alcólicas**

14. Faz uso de bebida alcoólica?

- Sim                       Não                       Socialmente

Se sua resposta for “Não”, pule para a pergunta 19.

15. Já passou pela sua cabeça, alguma vez, que você precisa parar de beber?

- Sim                       Não

16. As pessoas têm aborrecido você criticando-o por beber?

- Sim                       Não

17. Alguma vez você se sentiu aborrecido ou culpado pelo tanto que está bebendo?

- Sim                       Não

18. Alguma vez você teve que tomar alguma bebida logo cedo para acalmar os nervos ou espantar a ressaca?

- Sim                       Não

**Prática de atividade física**

19. Você faz atividade física regular, isto é, pelo menos, 30 minutos por dia, três vezes por semana? (Não vale deslocamento para o trabalho).

- Sim, 3 vezes por semana
- Sim, 4 a 5 vezes por semana
- Sim, 6 vezes por semana
- Sim, todos os dias
- Não.

**Alimentação e nutrição**

20. Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

- Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias
- 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural

21. Qual é, em média, a quantidade legumes e verduras que você come por dia? (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha)? Não considere tubérculos e raízes, como batata, mandioca ou inhame.

- Não como legumes nem verduras todos os dias
- 3 ou menos colheres de sopa
- 4 - 5 colheres de sopa
- 6 -7 colheres de sopa
- 8 mais colheres de sopa

22. Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

- Não consumo nenhum tipo de carne ou ovo
- 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo
- 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos
- Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos

23. Você costuma comer peixe com qual frequência?

- Nunca
- Somente algumas vezes no ano
- 2 ou mais vezes por semana
- de 1 a 4 vezes por semana
- Cinco ou mais vezes por semana

24. Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

- Integral
- Com baixo teor de gordura (semidesnatado, desnatado, light)

25. Quantos copos de água você bebe por dia?

- Menos de 4 copos
- 8 copos ou mais

- 4 a 5 copos  
 6 a 8 copos

26. Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente por dia?

	Sim	Não
Café da manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche da manhã (meio da manhã)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche ou café da tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jantar ou café da noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanche antes de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Qualidade de Vida**

27. De modo geral, como você avaliaria sua qualidade de vida?

- Muito ruim       Ruim       Nem ruim nem boa  
 Boa       Muito Boa

28. De modo geral, quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

- Muito insatisfeito       Insatisfeito       Nem satisfeito nem insatisfeito  
 Satisfeito       Muito satisfeito

29. Como você avaliaria seu sono?

- Muito ruim       Ruim       Nem bom nem ruim  
 Bom       Muito Boa

30. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

- Nunca       Raramente       Às vezes       Frequentemente       Sempre

31. Com que frequência você sente dor física?

- Nunca       Raramente       Às vezes       Repetidamente  
 Sempre

**Nas perguntas abaixo assinale a opção que melhor corresponde à sua percepção em relação a você.**

		Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
32	Quanto você precisa de medicação para levar sua vida no dia a dia?	1	2	3	4	5
33	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
34	Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?	1	2	3	4	5
35	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
36	O quanto você consegue se concentrar em suas atividades?	1	2	3	4	5
37	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
38	Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia a dia?	1	2	3	4	5
39	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
40	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
41	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
42	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
43	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
44	Em que medida você pode contar com seus amigos quando precisa deles?	1	2	3	4	5
45	Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?	1	2	3	4	5

**Nas questões abaixo assinale a opção que corresponde à sua satisfação em relação aos itens.**

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
46	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
47	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas de trabalho)?	1	2	3	4	5
48	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
49	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
50	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

## **Qualidade de vida no trabalho**

**Nas questões abaixo assinale a opção que melhor corresponde à sua percepção em relação aos itens**

		Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
51	Você se sente realizado com o trabalho que faz?	1	2	3	4	5
52	Em que medida você possui orgulho da organização na qual trabalha?	1	2	3	4	5
53	Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?	1	2	3	4	5
54	Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho?	1	2	3	4	5
55	Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores?	1	2	3	4	5
56	Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza?	1	2	3	4	5
57	Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?	1	2	3	4	5
58	Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho?	1	2	3	4	5
59	O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho?	1	2	3	4	5
60	Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem bom nem ruim	Bom	Muito bom
61	Como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no trabalho?	1	2	3	4	5
62	Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho?	1	2	3	4	5
63	Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão?	1	2	3	4	5
64	Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados?	1	2	3	4	5
65	Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho?	1	2	3	4	5
66	Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
67	Como você avalia sua motivação para trabalhar?	1	2	3	4	5
68	Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários?	1	2	3	4	5

### **Performance funcional**

Agora apresentaremos itens relacionados à sua performance na empresa onde trabalha. Para cada item avalie como você percebe seu desempenho no trabalho.

Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 30 dias, marcando um X na opção que melhor corresponde à sua percepção em relação aos itens abaixo.

		Muito ruim	Ruim	Nem bom nem ruim	Bom	Muito bom
69	Produtividade no trabalho (quantidade de produção)	1	2	3	4	5
70	Qualidade do meu trabalho	1	2	3	4	5
71	Precisão do trabalho que executo	1	2	3	4	5
72	Atendimento que ofereço aos meus clientes (internos e externos)	1	2	3	4	5
73	Minha contribuição na “elaboração” de novas idéias na empresa onde trabalho	1	2	3	4	5
74	Meu desempenho na implementação de novas idéias	1	2	3	4	5
75	Minha busca por melhorias na instituição onde trabalho	1	2	3	4	5
76	Minha busca por melhorias nos fluxos e processos da empresa onde trabalho	1	2	3	4	5

**Nas próximas perguntas assinale a opção que melhor corresponde à sua percepção em relação a trabalho em equipe na empresa em que trabalha.**

	PERGUNTAS	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
77	Trabalho como parte de uma equipe ou grupo de trabalho	1	2	3	4	5
78	Busco por informações de outros do meu grupo	1	2	3	4	5
79	Procuo garantir que meu grupo de trabalho seja bem sucedido	1	2	3	4	5
80	Dou retorno às necessidades dos membros do meu grupo de trabalho	1	2	3	4	5
81	Ajudo a outros membros da empresa, mesmo não fazendo parte do seu trabalho	1	2	3	4	5
82	Trabalho pensando no bem geral da empresa .	1	2	3	4	5
83	Faço “coisas” para promover a empresa onde trabalho	1	2	3	4	5
84	Contribuo para que a empresa onde trabalho seja um ambiente agradável.	1	2	3	4	5
85	Alcanço os objetivos que almejo em minha profissão.	1	2	3	4	5
86	Desenvolvo habilidades necessárias para o futuro da minha carreira.	1	2	3	4	5
87	Percebo progresso em minha carreira.	1	2	3	4	5
88	Busco por oportunidades na carreira.	1	2	3	4	5

**Dados sociodemográficos**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Qual a sua idade?: \_\_\_\_\_

Qual é o seu estado civil atual?

- ( ) Casado/ juntado/ união estável  
 ( ) Solteiro  
 ( ) Viúvo  
 ( ) Separado/Divorciado  
 ( ) Não quero informar

Qual a sua formação

- ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo ( ) 2º grau incompleto  
 ( ) 2º grau completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo  
 ( ) Pós-graduação ( ) Curso técnico ( ) Outro \_\_\_\_\_

Qual(is) da(s) descrição(ões) abaixo melhor descrevem seu cargo na empresa em que trabalha?

- ( ) Proprietário ( ) Responsável técnico  
 ( ) Executivo ( ) Supervisor  
 ( ) Diretor/Vice diretor ( ) Analista  
 ( ) Gerente ( ) Assistente/auxiliar  
 ( ) Coordenador ( ) Estagiário  
 ( ) Técnico de nível médio ( ) Técnico de nível superior

Qual é o seu cargo na empresa em que trabalha? \_\_\_\_\_

Você exerce função diferente do seu cargo?

- ( ) Sim  
 ( ) Não  
 ( ) Exerço as funções do meu cargo e outras que não competem ao cargo  
 ( ) As funções que exerço não correspondem ao meu cargo

Há quanto tempo trabalha nessa empresa? \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses

Há quanto tempo você trabalha nessa função? \_\_\_\_\_  anos \_\_\_\_ meses

Qual a sua jornada de trabalho diária?

- ( ) 4h  
 ( ) 6h  
 ( ) 8h  
 ( ) 12h horário fixo noturno  
 ( ) 12h horário fixo diurno  
 ( ) 12h rodízio de turno

**MUITO OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!!**

## APÊNDICE C

**Tabela 9 - Descrição da qualidade das medições dos construtos realizados**

	AVE	Confiabilidade Composta	R Square	Alfa de Cronbach
<b>*Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador</b>	0,204	0,898		0,881
<b>Saúde</b>			0,043	
Alcoolismo	0,688	0,815	0,174	0,548
*Alimentação	0,264	0,615	0,345	0,273
*Saúde	0,435	0,765	0,341	0,598
Tabagismo	0,573	0,842	0,281	0,751
*Físico	0,632	0,773	0,523	0,431
<b>Qualidade de Vida</b>	0,287	0,855	0,528	0,817
Nível de Independência				
Geral	0,742	0,852	0,459	0,653
*Meio Ambiente	0,409	0,775	0,653	0,639
*Psicológico	0,495	0,744	0,646	0,490
Relações Sociais	0,544	0,778	0,423	0,568
<b>*Performance Funcional</b>	0,316	0,900	0,465	0,883
Organização	0,627	0,870	0,666	0,800
Trabalho	0,657	0,884	0,493	0,824
Inovação	0,770	0,931	0,568	0,901
Equipe	0,678	0,894	0,625	0,842
Carreira	0,703	0,904	0,528	0,858
<b>Qualidade de Vida no Trabalho</b>	0,467	0,940	0,898	0,931
Fisiológico	0,714	0,832	0,607	0,614
Pessoal	0,553	0,861	0,860	0,798
Profissional	0,506	0,900	0,924	0,873
Psicológico	0,730	0,844	0,684	0,630

**Fonte:** Elaborada pela autora..



**Tabela 10 - Descrição do modelo ajustado**

	Físico	Geral	Meio Ambiente	Psicológico	Relações Sociais
QV_FISICO1	0,711	0,313	0,277	0,312	0,186
QV_FISICO3	0,871	0,426	0,471	0,462	0,295
QV_GERAL1	0,444	0,882	0,400	0,421	0,210
QV_GERAL2	0,363	0,840	0,292	0,419	0,158
QV_MEIO1	0,406	0,303	0,610	0,485	0,291
QV_MEIO3	0,281	0,323	0,676	0,256	0,119
QV_MEIO6	0,274	0,196	0,660	0,339	0,397
QV_MEIO7	0,220	0,161	0,564	0,246	0,316
QV_MEIO8	0,343	0,302	0,681	0,222	0,147
QV_PISC2	0,246	0,357	0,260	0,655	0,219
QV_PISC3	0,348	0,237	0,376	0,628	0,252
QV_PISC4	0,433	0,421	0,404	0,814	0,493
QV_RELSOC1	0,188	0,087	0,301	0,255	0,698
QV_RELSOC2	0,289	0,196	0,338	0,443	0,873
QV_RELSOC3	0,197	0,185	0,245	0,345	0,619

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

**Tabela 11 - Descrição do modelo ajustado**

	Fisiológico	Pessoal	Psicológico	Profissional
QVT_FISIO1	0,773	0,438	0,342	0,409
QVT_FISIO1	0,773	0,438	0,342	0,409
QVT_FISIO2	0,911	0,688	0,571	0,698
QVT_PESS1	0,521	0,728	0,595	0,712
QVT_PESS2	0,564	0,755	0,548	0,608
QVT_PESS3	0,474	0,779	0,564	0,554
QVT_PESS4	0,467	0,691	0,447	0,502
QVT_PESS5	0,527	0,764	0,567	0,664
QVT_PISC1	0,506	0,642	0,866	0,669
QVT_PISC2	0,451	0,614	0,842	0,601
QVT_PRO1	0,508	0,586	0,530	0,737
QVT_PRO2	0,450	0,570	0,561	0,770
QVT_PRO3	0,460	0,629	0,596	0,782
QVT_PRO4	0,545	0,640	0,554	0,762
QVT_PRO5	0,696	0,651	0,529	0,738
QVT_PRO6	0,430	0,481	0,446	0,697
QVT_PRO7	0,425	0,554	0,672	0,740
QVT_PRO8	0,459	0,656	0,461	0,693
QVT_PRO9	0,351	0,486	0,374	0,487

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

**Tabela 12 - Descrição do modelo ajustado**

	Tabagismo	Alcoolismo	Alimentação	Saúde
q10r	0,814	0,024	0,017	-0,002
q11r	0,708	0,030	-0,020	-0,031
q12	0,727	0,031	0,029	0,034
q8r	0,773	0,015	0,016	0,067
q15	0,087	0,851	-0,035	0,016
q16	-0,041	0,807	-0,051	0,046
q23r	-0,022	0,026	0,484	0,071
q24r	0,001	-0,052	0,798	0,223
q25	0,088	-0,088	0,475	0,051
q27	-0,086	-0,043	0,324	0,045
q31	0,011	0,041	0,343	0,081
saude1	0,051	0,045	0,132	0,743
saude2	-0,041	0,016	0,098	0,832
saude3	-0,040	0,017	0,086	0,866
saude4	-0,024	0,021	0,097	0,265
saude7	0,107	0,015	0,260	0,330

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

**Tabela 13 - Descrição do modelo ajustado**

	Carreira	Trabalho	Inovação	Equipe	Organização
PF_CARREIRA1	0,824	0,299	0,386	0,426	0,443
PF_CARREIRA2	0,877	0,292	0,357	0,429	0,453
PF_CARREIRA3	0,878	0,285	0,334	0,412	0,442
PF_CARREIRA4	0,770	0,252	0,276	0,353	0,396
PF_DES1	0,255	0,785	0,418	0,331	0,334
PF_DES2	0,288	0,861	0,384	0,384	0,344
PF_DES3	0,255	0,839	0,384	0,355	0,351
PF_DES4	0,293	0,752	0,399	0,399	0,369
PF_DES5	0,292	0,408	0,850	0,296	0,378
PF_DES6	0,370	0,431	0,861	0,350	0,423
PF_DES7	0,399	0,444	0,909	0,402	0,499
PF_DES8	0,358	0,433	0,890	0,407	0,462
PF_EQUIPE1	0,398	0,331	0,237	0,777	0,394
PF_EQUIPE2	0,420	0,289	0,330	0,825	0,491
PF_EQUIPE3	0,412	0,418	0,375	0,857	0,620
PF_EQUIPE4	0,373	0,442	0,413	0,831	0,586
PF_EQUIPE5	0,274	0,289	0,275	0,519	0,704
PF_EQUIPE6	0,430	0,400	0,447	0,540	0,857
PF_EQUIPE7	0,431	0,258	0,453	0,407	0,762
PF_EQUIPE8	0,484	0,404	0,408	0,569	0,834

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Quadro 6 - Dimensões e itens do construto Performance Funcional

Dimensão	Código	Status no modelo	Descrição
Carreira	PF_CARREIRA1	Ok	Performance Funcional [Alcanço os objetivos que almejo em minha profissão.]
Carreira	PF_CARREIRA2	Ok	Performance Funcional [Desenvolvo habilidades necessárias para o futuro da minha carreira.]
Carreira	PF_CARREIRA3	Ok	Performance Funcional [Percebo progresso em minha carreira.]
Carreira	PF_CARREIRA4	Ok	Performance Funcional [Busco por oportunidades na carreira.]
Equipe	PF_EQUIPE1	Ok	Trabalho em equipe [Trabalho como parte de uma equipe ou grupo de trabalho]
Equipe	PF_EQUIPE2	Ok	Trabalho em equipe [Busco por informações de outros do meu grupo]
Equipe	PF_EQUIPE3	Ok	Trabalho em equipe [Procuro garantir que meu grupo de trabalho seja bem sucedido]
Equipe	PF_EQUIPE4	Ok	Trabalho em equipe [Dou retorno às necessidades dos membros de seu grupo de trabalho]
Inovação	PF_DES5	Ok	Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 31 dias utilizando as opções de resposta abaixo referentes à sua percepção em relação aos itens apresentados. [Minha contribuição na “elaboração” de novas ideias na empresa onde trabalho ]
Inovação	PF_DES6	Ok	Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 31 dias utilizando as opções de resposta abaixo referentes à sua percepção em relação aos itens apresentados. [Meu desempenho na implementação de novas ideias]
Inovação	PF_DES7	Ok	Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 31 dias utilizando as opções de resposta abaixo referentes à sua percepção em relação aos itens apresentados. [Minha busca por melhorias na instituição onde trabalho]
Inovação	PF_DES8	Ok	Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 31 dias utilizando as opções de resposta abaixo referentes à sua percepção em relação aos itens apresentados. [Minha busca por melhorias nos fluxos e processos da empresa onde trabalho]
Trabalho	PF_DES1	Ok	Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 31 dias utilizando as opções de resposta abaixo referentes à sua percepção em relação aos itens apresentados. [Produtividade no trabalho (quantidade de produção)]
Trabalho	PF_DES2	Ok	Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 31 dias utilizando as opções de resposta abaixo referentes à sua percepção em relação aos itens apresentados. [Qualidade do meu trabalho]
Trabalho	PF_DES3	Ok	Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 31 dias utilizando as opções de resposta abaixo referentes à sua percepção em relação aos itens apresentados. [Precisão do trabalho que executo]
Trabalho	PF_DES4	Ok	Avalie como tem sido seu desempenho no trabalho nos últimos 31 dias utilizando as opções de resposta abaixo referentes à sua percepção em relação aos itens apresentados. [Atendimento que ofereço aos meus clientes (internos e externos)]
Organização	PF_EQUIPE5	Ok	Trabalho em equipe [Ajudo a outros membros da empresa, mesmo não fazendo parte do meu trabalho?]
Organização	PF_EQUIPE6	Ok	Trabalho em equipe [Trabalho pensando no bem geral da empresa.]
Organização	PF_EQUIPE7	Ok	Trabalho em equipe [Faço “coisas” para promover a empresa onde trabalho.]
Organização	PF_EQUIPE8	Ok	Trabalho em equipe [Contribuo para que a empresa onde trabalho seja um ambiente agradável.]

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

**Quadro 7 - Dimensões e itens do construto Saúde**

<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>	<b>Status no modelo</b>	<b>Descrição</b>
Tabagismo	q8r	Ok	Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
Tabagismo	q9	Eliminada	Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?
Tabagismo	q10r	Ok	Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
Tabagismo	q11r	Ok	Quantos cigarros você fuma por dia?
Tabagismo	q12	Ok	Você fuma mais frequentemente pela manhã?
Tabagismo	q13	Eliminada	Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Alcoolismo	q15	Ok	Já passou pela sua cabeça, alguma vez, que você precisa parar de beber?
Alcoolismo	q16	Ok	As pessoas têm aborrecido você criticando-o por beber?
Alcoolismo	q17	Eliminada	Alguma vez você se sentiu aborrecido ou culpado pelo tanto que está bebendo?
Alcoolismo	q18	Eliminada	Alguma vez você teve que tomar alguma bebida logo cedo para acalmar os nervos ou espantar a ressaca?
Alimentação	q20r	Eliminada	Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?
Alimentação	q21r	Eliminada	Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia? (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha)?
Alimentação	q22r	Eliminada	Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?
Alimentação	q23r	Ok	Você costuma comer peixe com qual frequência?
Alimentação	q24r	Ok	Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?
Alimentação	q25	Ok	Quantos copos de água você bebe por dia?
Alimentação	q26	Eliminada	Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente por dia? [Café da manhã]
Alimentação	q27	Ok	Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente por dia? [Lanche da manhã (meio da manhã)]
Alimentação	q28	Eliminada	Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente por dia? [Almoço]
Alimentação	q29	Eliminada	Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente por dia? [Café ou lanche da tarde]
Alimentação	q30	Eliminada	Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente por dia? [Jantar ou café da noite]
Alimentação	q31	Ok	Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente por dia? [Lanche antes de dormir]
Saúde	saude1	Ok	Quantidade de doenças
Saúde	saude2	Ok	Faz uso de algum medicamento contínuo?
Saúde	saude3	Ok	Número de medicamentos que toma
Saúde	saude4	Ok	Classe de IMC
Saúde	saude7	Ok	Atividade Física

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

**Quadro 8 - Dimensões e itens do construto Qualidade de Vida**

<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>	<b>Status no modelo</b>	<b>Descrição</b>
Geral	QV_GERAL1	Ok	De um modo geral, como você avaliaria sua qualidade de vida?
Geral	QV_GERAL2	Ok	De um modo geral, quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?
Físico	QV_FISICO1	Ok	Como você avaliaria seu sono?
Físico	QV_FISICO2	Eliminada	Com que frequência você sente dor física? – Invertido
Físico	QV_FISICO3	Ok	Qualidade de Vida [Você tem energia suficiente para seu dia a dia?]
Meio Ambiente	QV_MEIO1	Ok	Qualidade de Vida [Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? ]
Meio Ambiente	QV_MEIO2	Eliminada	Qualidade de Vida [Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? ]
Meio Ambiente	QV_MEIO3	Ok	Qualidade de Vida [Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? ]
Meio Ambiente	QV_MEIO4	Eliminada	Qualidade de Vida [Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?]
Meio Ambiente	QV_MEIO5	Eliminada	Qualidade de Vida [Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? ]
Meio Ambiente	QV_MEIO6	Ok	Qualidade de Vida [Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? ]
Meio Ambiente	QV_MEIO7	Ok	Qualidade de Vida [Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos? ]
Meio Ambiente	QV_MEIO8	Ok	Qualidade de Vida [Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? ]
Psicológico	QV_PISC1	Eliminada	Qualidade de Vida [O quanto você aproveita a vida? ]
Psicológico	QV_PISC2	Ok	Qualidade de Vida [Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem? ] – Invertido
Psicológico	QV_PISC3	Ok	Qualidade de Vida [Quanto você consegue se concentrar em suas atividades?]
Psicológico	QV_PISC4	Ok	Qualidade de Vida [Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)? ]
Psicológico	QV_PISC5	Eliminada	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão relacionados ao trabalho? - Invertido
Relação Social	QV_RELSOC1	Ok	Qualidade de Vida [Em que medida você pode contar com seus amigos quando precisa deles? ]
Relação Social	QV_RELSOC2	Ok	Qualidade de Vida [Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? ]
Relação Social	QV_RELSOC3	Ok	Qualidade de Vida [Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? ]
Nível de Independência	QV_IND1	Eliminada	Qualidade de Vida [Quanto você precisa de medicação para levar sua vida no dia a dia? ] – Invertido
Nível de Independência	QV_IND2	Eliminada	Qualidade de Vida [Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia a dia? ] – Invertido
Nível de Independência	QV_IND3	Eliminada	Qualidade de Vida [Quão bem você é capaz de se locomover? ]

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

**Quadro 9** - Dimensões e itens do construto Qualidade de Vida no Trabalho

<b>Dimensão</b>	<b>Código</b>	<b>Status no modelo</b>	<b>Descrição</b>
Fisiológica	QVT_FISIO1	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente? ]
Fisiológica	QVT_FISIO2	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho? ]
Pessoal	QVT_PESS1	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Você se sente realizado com o trabalho que faz? ]
Pessoal	QVT_PESS2	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores? ]
Pessoal	QVT_PESS3	Ok	Avaliação geral das condições do trabalho [Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados? ]
Pessoal	QVT_PESS4	Ok	Avaliação geral das condições do trabalho [Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho? ]
Pessoal	QVT_PESS5	Ok	Avaliação geral das condições do trabalho [Como você avalia sua motivação para trabalhar? ]
Psicológico	QVT_PISC1	Ok	Avaliação geral das condições do trabalho [Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho? ]
Psicológico	QVT_PISC2	Ok	Avaliação geral das condições do trabalho [Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão? ]
Profissional	QVT_PRO1	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Em que medida você possui orgulho da organização na qual trabalha? ]
Profissional	QVT_PRO2	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa? ]
Profissional	QVT_PRO3	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho ? ]
Profissional	QVT_PRO4	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza? ]
Profissional	QVT_PRO5	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho? ]
Profissional	QVT_PRO6	Ok	Qualidade de Vida no Trabalho [Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização? ]
Profissional	QVT_PRO7	Ok	Avaliação geral das condições do trabalho [Como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no trabalho? ]
Profissional	QVT_PRO8	Ok	Avaliação geral das condições do trabalho [Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários? ]
Profissional	QVT_PRO9	Ok	Avaliação geral das condições do trabalho [Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho? ]

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2012.

## APÊNDICE D - Crivo para tabulação das respostas

### Seção I - Saúde e uso de medicamentos em geral

- a) Doenças (I.1)  
Sim: somar 1 ponto para cada doença que possui.  
Não: 0
- b) Medicamentos (I.2) (I.3)  
Sim: somar 1 ponto para cada medicamento  
Não: 0
- c) Controle médico (I.4)  
Sim: Somar 1 ponto  
Não: 0
- d) IMC (I.5) (I.6)  
<18,5: Baixo peso = 0  
Entre 18,5 e 24,9: Sobrepeso = 3  
Entre 25 e 29,9: Sobrepeso (acima do desejado) = 2  
Entre 30 e 39,9: Obesidade = 1  
Igual ou acima de 40: Obesidade mórbida = 0

### Seção II – Consumo de Tabaco

- a) Consumo de tabaco (II. 7)  
Nunca fumou: 0  
Fuma atualmente: 1  
É ex-fumante: 0
- b) Quando fuma o primeiro cigarro (II.8)  
Dentro de 5 minutos = 3  
Entre 6 e 30 minutos = 2  
Entre 31 e 60 minutos = 1  
Após 60 minutos = 0
- c) Dificuldade de não fumar em locais fechados (II.9)  
Sim = 1  
Não = 0
- d) Cigarro que traz mais satisfação (II.10)  
O primeiro da manhã = 1  
Outros = 0
- e) Quantidade de cigarros consumidos por dia (II.11)  
10 ou menos = 0  
11 a 20 = 1  
21 a 30 = 2  
31 ou mais = 3
- f) Fuma pela manhã (II.12)  
Sim = 1  
Não = 0
- g) Fuma mesmo doente (II.13)  
Sim = 1  
Não = 0

**Seção III - Consumo de bebidas alcoólicas (III.14 a III.18)**

Somar um ponto para cada resposta “SIM”

**Seção IV – Prática de atividade física****Prática atividade física regularmente (IV.19)**

Não = 0

Sim = 3 vezes por semana 1

Sim = 4 a 5 vezes por semana 2

Sim = 6 vezes por semana 3

Sim = todos os dias 4

**Seção V - Alimentação e nutrição**

## a) Quantidade de frutas e legumes ingeridos em um dia (V.20)

Não como frutas, nem tomo suco natural todos os dias = 0  
1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural = 1

2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural = 2

3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural = 3

## b) Quantidade de legumes e verduras ingeridos em um dia (V.21)

Não como legumes nem verduras todos os dias = 0

3 ou menos colheres de sopa = 1

4 - 5 colheres de sopa = 2

6-7 colheres de sopa = 3

8 ou mais colheres de sopa = 4

## c) Quantidade de carne ou ovo ingeridos em um dia (V.22)

Não consumo nenhum tipo de carne ou ovo = 0

1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo = 1

2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos = 2

Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos = 3

## d) Frequência com que come peixe (V.23)

Nunca = 0

Somente algumas vezes no anos = 1

2 ou mais vezes por semana = 2

De 1 a 4 vezes por semana = 3

5 ou mais vezes por semana 4

## Tipo de leite e derivados que consome (V.24)

Integral = 0

Com baixo teor de gordura (semi-desnatado, desnatado, light) = 1

## e) Quantidade de água ingerido por dia (V.25)

Menos de 4 copos = 0

4 a 5 copos = 1

6 a 8 copos = 2

8 copos ou mais = 3

## Refeições realizadas em um dia (V.26)

Somar 1 ponto para cada “SIM”



**ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

---

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

---

Eu, Stella Safar Campos, responsável pela pesquisa Saúde do Trabalhador e *Performance* Funcional: Desenvolvimento e Teste de um Instrumento de Pesquisa, peço autorização do Centro Universitário UNA para aplicação de questionário para coleta de dados à alunos desta instituição.

Esta pesquisa faz parte dos requisitos para obtenção do título de mestre do curso de Mestrado em Administração da Universidade FUMEC, sob orientação do professor/doutor Plínio Rafael Reis Monteiro e pretende avaliar a correlação existente entre saúde do trabalhador e *performance* funcional, determinando as variáveis específicas da saúde e qualidade de vida que interferem no desempenho do trabalhador. Para sua realização será aplicado um questionário autopreenchido com algumas perguntas sobre estes dois construtos. O instrumento consta de 88 perguntas e demora cerca de 10 minutos para seu preenchimento.

É importante esclarecer que o aluno tem garantido o direito de não participar da pesquisa. Não é necessário identificação do respondente no instrumento. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

---

Assinatura do responsável pela autorização

---

Assinatura do responsável pela pesquisa

---

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Pesquisador: Stella Safar Campos  
E-mail: stellasafar@hotmail.com  
Avenida Afonso Pena, 3880 - Bairro Mangabeiras  
30310-190 - Belo Horizonte/MG  
Tel.: 31 3228-3000

## *ANEXO II - The Role-Based Performance Scale*

*JOB* (doing things specifically related to one's job description)

1. Quantity of work output.
2. Quality of work output.
3. Accuracy of work.
4. Customer service provided (internal and external).

*CAREER* (obtaining the necessary skills to progress through one's organization)

5. Obtaining personal career goals.
6. Developing skills needed for his/her future career.
7. Making progress in his/her career.
8. Seeking out career opportunities.

*INNOVATOR* (creativity and innovation in one's job and the organization as a whole)

9. Coming up with new ideas.
10. Working to implement new ideas.
11. Finding improved ways to do things.
12. Creating better processes and routines.

*TEAM* (working with coworkers and team members, toward success of the firm)

13. Working as part of a team or work group.
14. Seeking information from others in his/her work group.
15. Making sure his/her work group succeeds.
16. Responding to the needs of others in his/her work group.

*ORGANIZATION* (going above the call of duty in one's concern for the firm)

17. Doing things that helps others when it's not part of his/her job.
18. Working for the overall good of the company."
19. Doing things to promote the company.
20. Helping so that the company is a good place to be.

\* Use of this scale requires written permission from the first author of this paper. Copyright, 1996.

\*\* "The company" was replaced with the name of the firm being studied. The response format was a 1 to 5 Likert-type

---

scale, with 1=Needs much improvement, 2=Needs some improvement, 3=Satisfactory, 4=Good, and 5=Excellent.