

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

ROBERTA GELÁS HADDAD

**O IMPACTO DO PROGRAMA “QUALIDADE DE VIDA” SOBRE OS
TRABALHADORES COM DISLIPIDEMIA EM UMA EMPRESA DE GRANDE
PORTE**

CURITIBA

2014

ROBERTA GELÁS HADDAD

**O IMPACTO DO PROGRAMA “QUALIDADE DE VIDA” SOBRE OS
TRABALHADORES COM DISLIPIDEMIA EM UMA EMPRESA DE GRANDE
PORTE**

Artigo apresentado a Especialização em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Paulo Zetola

CURITIBA

2014

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: ARTÉRIA NORMAL E ARTÉRIA COM ATEROSCLEROSE	20
FIGURA 2: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE COLESTEROL....	28
FIGURA 3: GRÁFICO EM PERCENTUAL DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE COLESTEROL	29
FIGURA 4: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE LDL.....	29
FIGURA 5: GRÁFICO EM PERCENTUAL DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE LDL.....	30
FIGURA 6: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE HDL	30
FIGURA 7: GRÁFICO EM PERCENTUAL DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE HDL	31
FIGURA 8: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE TRIGLICERÍDEOS	32
FIGURA 9: GRÁFICO EM PERCENTUAL DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE TRIGLICERÍDEOS	32
FIGURA 10: GRÁFICO DAS TAXAS DE COLESTEROL, LDL E TRIGLICERÍDEOS X MESES	34
FIGURA 11: Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DAS TAXAS TRIMESTRALMENTE	35
FIGURA 12: GRÁFICO DAS TAXAS DE HDL E TRIGLICERÍDEOS X MESES.....	35
FIGURA 13: Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DAS TAXAS TRIMESTRALMENTE	36
FIGURA 14: GRÁFICO DOS FUNCIONÁRIOS COM DISLIPIDEMIA	37
FIGURA15: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DA DISLIPIDEMIA	37
FIGURA 16: GRÁFICO DO Nº DE RESPOSTAS X ALTERNATIVAS	39
FIGURA 17: GRÁFICO DO PERCENTUAL DO Nº DE RESPOSTAS X ALTERNATIVAS	39
FIGURA 18: GRÁFICO DO Nº DE RESPOSTAS X ALTERNATIVAS	40
FIGURA 19: GRÁFICO DO PERCENTUAL DO Nº DE RESPOSTAS X ALTERNATIVAS	41
FIGURA 20: RESULTADOS PESSOAIS DO PROGRAMA DE QUALIDADE.....	42

FIGURA 21: GRÁFICO DOS RESULTADOS PESSOAIS DO PROGRAMA DE QUALIDADE EM PERCENTUAL	42
FIGURA 22: GRÁFICO DOS RESULTADOS PESSOAIS DO PROGRAMA DE QUALIDADE.....	43
FIGURA 23: GRÁFICO DOS RESULTADOS PESSOAIS DO PROGRAMA DE QUALIDADE EM PERCENTUAL	44

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: OBJETIVOS PARA TRATAMENTO DOS NÍVEIS DE COLESTEROL...	21
TABELA 2: CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEIS DE TRIGLICÉRIDES.....	21
TABELA 3: SITUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE COLESTEROL	28
TABELA 4: SITUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE LDL	29
TABELA 5: SITUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE HDL	30
TABELA 6: SITUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE TRIGLICERÍDEOS	31
TABELA 7: TAXAS DE COLESTEROL, LDL E TRIGLICERÍDEOS X MESES	34
TABELA 8: Nº DE FUNCIONÁRIOS x REDUÇÃO DAS TAXAS.....	34
TABELA 9: TAXAS DE HDL E TRIGLICERÍDEOS x MESES	35
TABELA 10: Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DAS TAXAS	36
TABELA 11: TABELA DOS FUNCIONÁRIOS COM DISLIPIDEMIA.....	36
TABELA 12: Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DAS TAXAS	37
TABELA 13: RESPOSTAS OBTIDAS SOBRE A IDÉIA DE UM PROGRAMA DE QUALIDADE.....	38
TABELA 14: RESPOSTAS OBTIDAS COM RELAÇÃO AO SIGNIFICADO PESSOAL DO PROGRAMA DE QUALIDADE DA EMPRESA.....	40
TABELA 15: RESPOSTAS OBTIDAS COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE QUALIDADE	41
TABELA 16: REFLEXO DO PROGRAMA DE QUALIDADE NA VIDA PARTICULAR	43

SUMÁRIO

RESUMO	6
SUMMARY	6
1 INTRODUÇÃO	7
2 BREVE HISTÓRICO DA ORIGEM E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHO (QVT)	10
3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR	13
4 DISLIPIDEMIA	19
5 PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA	23
5.1 O PROGRAMA “QUALIDADE DE VIDA” NA EMPRESA.....	25
6 O IMPACTO DO PROGRAMA “QUALIDADE DE VIDA” SOBRE OS TRABALHADORES COM DISLIPIDEMIA	27
6.1 EXAMES LABORATORIAIS: DADOS E ANÁLISE	27
6.2 DADOS OBTIDOS COM O QUESTIONÁRIO E ANÁLISE DOS MESMOS	38
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	48
ANEXO – QUESTIONÁRIO	50

RESUMO

A dislipidemia significa que altos níveis de gorduras estão circulando no sangue. Essas gorduras incluem colesterol e triglicérides, que são importantes para que o corpo funcione. No entanto, quando em excesso, colocam as pessoas em alto risco de infarto e derrame. A dislipidemia é tratada com mudanças no estilo de vida: mudanças na dieta, perda de peso se necessária, exercícios e uma vida com menos estresse. Ou seja, melhoria na qualidade de vida. Um Programa de "qualidade de vida" deve dar atenção à saúde do trabalhador através do diagnóstico precoce e tratamento adequado de doenças como a dislipidemia, e na análise das condições associadas ao risco elevado dessas doenças, como tabagismo, obesidade, sedentarismo e estresse. O diagnóstico de saúde e estilo de vida dos trabalhadores da empresa é realizado por profissionais da área de saúde com o objetivo de identificar as condições de saúde, trabalho e estilo de vida. Tal Programa deve incluir serviços articulados de promoção da saúde e da qualidade de vida no trabalho e estar voltado à criação de um ambiente de trabalho que permita aos trabalhadores a adoção de um modo de vida seguro, saudável e produtivo, capaz de colaborar eficientemente para elevar a produtividade e a competitividade da empresa e retornar o investimento. Para que se atinja tal objetivo faz-se necessário enfrentar esses desafios de forma concreta, com soluções atuais e agregadas.

Palavras-chave: Dislipidemia. Mudanças no estilo de vida. Qualidade de vida. Promoção da saúde.

SUMMARY

The dyslipidemia means that high levels of fats are circulating in the blood. These fats include cholesterol and triglycerides, which are important for the body to function. However, when in excess, put people at high risk of heart attack and stroke. Dyslipidemia is treated with lifestyle changes: changes in diet, weight loss if needed, exercises and a life with less stress. Namely, improvement in quality of life. A program of "quality of life" should give attention to the workers' health through early diagnosis and appropriate treatment of diseases such as Dyslipidemia, and in the analysis of the conditions attached to the high risk of these diseases, such as smoking, obesity, physical inactivity and stress. The diagnosis of health and lifestyle of the workers of the company is performed by health professionals in order to identify health conditions, work and lifestyle. Such a program should include articulated services to promote health and quality of life at work and be geared to creating a work environment that allows employees to adopt a way of life safe, healthy and productive, able to collaborate efficiently to raise the productivity and competitiveness of the company and return the investment. To achieve this goal it is necessary to address these challenges in a concrete way, with current solutions and aggregated.

Key words: Dyslipidemia. Changes in lifestyle. Quality of life. Health promotion.

1 INTRODUÇÃO

O título deste artigo fala do impacto do “Programa Qualidade de Vida”, ou seja, trata do efeito que tal Programa, ao ser adotado pela empresa de grande porte, causará na qualidade de vida de seus trabalhadores diagnosticados com dislipidemia.

Ao falar de um Programa de “qualidade de vida” é necessário conceituar o que se entende por “qualidade de vida”.

Tal conceito apresenta várias definições, por vezes discrepantes, visto que o mesmo depende, dentre outros fatores, da área de interesse da investigação. Apesar disso, é consensual que ele não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros dados importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras situações do dia-a-dia.

Podem ser identificadas duas tendências para a conceituação do termo qualidade de vida: um conceito geral e outro ligado à saúde. No primeiro caso, a qualidade de vida tem um significado mais amplo, aparentemente influenciado por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Já no segundo caso, quando a qualidade de vida tem seu conceito relacionado à saúde, o mesmo engloba dimensões específicas do estado de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social. Recentemente tem sido reforçado o uso da qualidade de vida como um conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde.

Há determinados aspectos da vida, como a felicidade, amor e liberdade, que apesar de sentimentos e valores difíceis de serem compreendidos, não existe nenhuma dúvida quanto a sua relevância. É o também acontece com a qualidade de vida.

Portanto, quando se fala em qualidade de vida está se discorrendo igualmente ao nível de prazer na vida de uma pessoa. Nível esse que é baseado em diversos fatores. Para que as pessoas tenham uma qualidade de vida elevada, no

mínimo, suas necessidades básicas devem ser atendidas, ou seja, elas devem estar saudáveis, ter o suficiente para comer e um lugar para morar. Atendidas essas necessidades a qualidade de vida de uma pessoa é produzida pela sua própria personalidade, seus desejos e seu nível de realização pessoal. É dizer que todos os seus desejos e necessidades foram alcançados. Elas, normalmente, são felizes e, em geral, sentem-se como se sua vida fosse boa. Ao contrário, uma pessoa sem qualidade de vida é deficiente em uma ou várias áreas fundamentais de sua vida. E, com certeza, a área mais atingida é a de seu trabalho.

Qualidade de vida no trabalho tem relação com o nível de felicidade ou insatisfação com a própria carreira. Trabalhadores satisfeitos com sua ocupação, que gostam das suas carreiras, têm uma alta qualidade de vida no trabalho, enquanto aqueles que são infelizes ou cujas necessidades não são preenchidas, de alguma forma, têm uma baixa qualidade de vida no trabalho. Os requisitos para ter uma alta "qualidade de vida no trabalho" variam de pessoa para pessoa, pois independentemente de seus padrões, geralmente aqueles que a possuem, fazem o suficiente para viver confortavelmente, consideram o seu trabalho interessante ou atraente e alcançam um nível de satisfação pessoal.

Apesar disso é necessário o preenchimento de alguns fatores para que todos possam ter uma alta qualidade de vida no trabalho. Esses fatores mínimos são o equivalente à saúde, alimentação e abrigo para a qualidade de vida padrão. Por exemplo, para ter uma elevada qualidade de vida no trabalho, o mesmo não deve causar qualquer desconforto físico ou angústia mental ao empregado.

Atualmente, falar em saúde, não é falar na ausência de doença e, sim ter por certo que a mesma é determinada também por influências externas variadas: meio ambiente; estilo de vida dos indivíduos e o equilíbrio entre fatores externos e internos do ser humano. Acredita-se que tal equilíbrio está intimamente relacionado à harmonia entre todos os setores vitais que circundam o trabalhador, como visto no conceito da OMS. E isto está diretamente associada à qualidade de vida.

Neste contexto, de maneira inevitável e natural o termo qualidade de vida está sendo também, inserida no ambiente de trabalho, local onde, os indivíduos dedicam grande parte de seu tempo. O mercado cada vez mais competitivo e exigente movido pelos avanços tecnológicos redefine o trabalhador como sendo a verdadeira potência.

A motivação e o comprometimento são os combustíveis dessa potência. Portanto a promoção de qualidade de vida nas empresas vem se tornando a maneira essencial para manter-se a motivação e o comprometimento. Muitas empresas, intituladas como “as melhores em gestão de pessoas” têm se destacado em aumento da produtividade, baseando-se na QVT, ao inserirem em seu planejamento e gerenciamento dos recursos humanos. É visto que a inclusão da QVT dentro das empresas gera inúmeros benefícios, ainda imensuráveis em sua totalidade e os dados estatísticos são aleatórios. Entretanto, sabe-se que a redução de custos com a saúde dos trabalhadores é considerável, apresentando diminuição dos níveis de estresse, menor incidência e prevalência de doenças ocupacionais, e isso ainda, associado ao ganho secundário no aumento de produtividade (ANGELUCI et al., 2005). Trata-se de um setor inexplorado e imprescindível que está sendo recentemente inserido no trabalho diante das pressões de um conceito antigo, mas antes sem relevância, o respeito por todos e a valorização da vida de cada um e dos bens coletivos. Assim, atualmente, muitas empresas têm buscado incorporar Programas padronizados de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) de forma imediatista, sem planejamento estratégico e os devidos investimentos. Dessa forma obtêm resultados contrários aos esperados. Isto se deve ao fato de que não existe um padrão quando se trata de qualidade de vida no trabalho. Cada Programa deve ter um direcionamento, uma vez que cada empresa tem a sua especificidade (ALVES, p. 60-1, 2013).

Justifica-se a escolha do tema do artigo por considerar que uma empresa de grande porte deve ter, também, por finalidade, a defesa da qualidade de vida de seus trabalhadores.

O suporte metodológico para as argumentações constituintes do artigo é exploratório, ou seja, bibliográfico, com o reforço de levantamento catalogado e efetivado nos registros do Setor de Medicina do Trabalho da empresa.

O objetivo de um Programa de “qualidade de vida” sobre trabalhadores com dislipidemia é, principalmente, estimular a mudança de hábitos alimentares com vistas à minimização da prevalência de doenças associadas a eles, como: obesidade, hipertensão arterial, doenças coronarianas.

O objetivo principal deste artigo é avaliar o quanto o Programa “qualidade de vida” teve impacto no nível de dislipidemia dos trabalhadores na empresa.

De forma específica pretende-se:

- Verificar que funcionários tenham interesse no Programa;
- Analisar se o Programa tem efetividade na melhoria da qualidade de vida;
- Avaliar se o Programa é efetivo quanto à melhoria na alimentação e atividade física do funcionário.

2 BREVE HISTÓRICO DA ORIGEM E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHO (QVT)

Falar em Qualidade de Vida do Trabalho (QVT) é, antes de mais nada, buscar o que originou esta preocupação. Por isso a necessidade de um breve histórico da origem e evolução histórica desta.

Com relação à qualidade de vida no trabalho, o ser humano a busca desde que começou a trabalhar, ou seja, desde os primórdios. Prova disso é a lei das alavancas, de Arquimedes, que data da Grécia Antiga e tinha como objetivo diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores da época. Porém, após a Revolução Industrial, cujos únicos objetivos eram a produtividade e o lucro, a qualidade de vida no trabalho era inexistente, haja vista as péssimas condições às quais os trabalhadores eram submetidos.

Henry Ford (fordismo) considerava o ser humano uma peça de sua grande engrenagem produtora, conceito que perdurou por décadas e, infelizmente, ainda ecoa seus sussurros nos dias de hoje. Um exemplo desse reflexo é o fator mão de obra ainda ser visto como custo pelas organizações.

Entretanto, essa visão tem mudado nos últimos anos. A economia está globalizada e as empresas, cada vez mais competitivas. E se antes o foco estava no produto, hoje, o foco é a qualidade de produtos/serviços e manutenção de clientes. Para isso, faz-se necessário que as empresas passem a ter uma visão humanizada.

Embora o objetivo seja o mesmo, o lucro, os meios para obtê-lo têm se voltado cada vez mais para o homem, que é quem compõe, de fato, as organizações. Chega-se então ao fator crucial: a qualidade de vida no trabalho, que pode ser resumida, considerando as esferas já mencionadas, em satisfação proporcionada por boas condições de trabalho, físicas e psicológicas, remunerações condizentes com as funções, segurança, benefícios auferidos, relacionamento interpessoal, liberdade de decisões e exposição de ideias, entre outros itens que propiciem o bem-estar do trabalhador (PIRES, 2013).

Em meados da década de 50, na Inglaterra por meio do trabalho de Eric Trist e seus colaboradores, teve origem o movimento de QVT. O trabalho consistiu na realização de estudos para tentar compreender a relação existente entre indivíduo, trabalho e organização. Resultou que um dos aspectos fundamentais é a realização do indivíduo no trabalho.

Apesar disso, apenas na década de 60, o movimento da QVT tomou impulso a partir da conscientização da importância de se buscarem melhores formas de organizar o trabalho a fim de diminuir os efeitos negativos do mesmo na saúde e bem estar dos trabalhadores, através de ações de cientistas sociais, líderes sindicais, empresários e governantes.

Mas foi somente no início da década de 70 que o tema e a expressão qualidade de vida no trabalho foram introduzidos publicamente, principalmente nos EUA – devido à preocupação com a competitividade internacional e o grande sucesso dos estilos e técnicas gerenciais dos Programas de produtividade japonesa, centrado nos empregados – através da criação dos centros de estudos nos EUA (*National Center for Productivity and Quality of Working Life*) e com isso surge um movimento pela qualidade de vida no trabalho

Existia uma tentativa de integrar os interesses dos empregados e empregadores através de práticas gerenciais capazes de reduzir os conflitos. Outra tentativa era a de tentar maior motivação nos empregados, embasando suas filosofias nos trabalhos dos autores da escola de Relações Humanas, como Maslow, Herzberg e outros (Portal Educação).

Devido à crise energética mundial e o aumento da inflação o assunto perdeu espaço em 1974, só ressurgindo em 1980 com o aparecimento das teorias japonesas sobre modelos de administração. Estes modelos adotaram a implementação de técnicas de reestruturação de métodos centrados na automação, intrinsecamente conectados a um esquema valorizador do indivíduo e do trabalho em equipe gerando resultados positivos de produtividade.

Na década de 90 o tema QVT invadiu todos os espaços, passando a integrar o discurso acadêmico, a literatura relativa ao comportamento nas organizações, os Programas de Qualidade total e a mídia de forma geral. Atualmente, em diversos países da Europa e Ásia, países como EUA, Canadá e México a QVT está amplamente difundida. No Brasil, o tema vem tomando força e sendo discutido com maior frequência nas organizações, objetivando atender as necessidades psicossociais dos trabalhadores, de modo a elevar seus níveis de satisfação no trabalho (Portal Educação).

A qualidade total teve bastante influência para o desenvolvimento da qualidade de vida no trabalho, pois as práticas adotadas representam um esforço para a melhoria das condições de trabalho, ou seja, o movimento pela melhoria da qualidade de vida no trabalho procura:

- Maior participação dos funcionários nos processos de trabalho, ou seja, uma tentativa de eliminação da separação entre planejamento execução, promovida principalmente pelos sistemas tayloristas e fordistas;
- Descentralização das decisões;

- Redução de níveis hierárquicos;
- Supervisão democrática;
- Ambiente físico seguro e confortável;
- Além de condições de trabalho capazes de gerar satisfação;
- Oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal.

Estas práticas concebem um valor que, além da melhoria das condições de trabalho, busca o controle da qualidade total.

3 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR

Como já colocado na Introdução deste artigo a definição de qualidade de vida é difícil, pois o termo tem sido utilizado de maneira ocasional e indiscriminada. Tal conflito ocorre porque essa é uma questão essencialmente subjetiva, pois se refere ao indivíduo, e este somente se considerará satisfeito de acordo com a realidade na qual que vive. Isto acaba por gerar diversos pontos de vista.

É possível resumir qualidade de vida em modo de viver bem, ou bem-estar. A satisfação na esfera biológica, referente a bem-estar físico, saúde; na esfera psicológica, que diz respeito à autorrealização, autoconhecimento; e também na esfera social, que se refere à interação, à convivência com os demais indivíduos (PIRES, 2013).

Naturalmente que, à medida que se alcança a satisfação de uma necessidade, logo surgem outras, incitando o ser humano a estar sempre na busca de melhorias. É a chamada motivação, fator fundamental na conservação da qualidade de vida. Porém, ela não é a única influência no nível de desempenho de uma pessoa. Dois outros fatores envolvidos são as capacidades do indivíduo e suas compreensões dos comportamentos necessários para conseguir um ótimo desempenho; este fator chama-se percepção do papel. A motivação, as capacidades e as percepções do papel estão inter-relacionadas. Assim, se qualquer fator for baixo, o nível de desempenho provavelmente será baixo, mesmo que os outros fatores estejam em nível elevado. Estes três fatores trazem resultados que, por si só, influem no trabalho do indivíduo e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida no trabalho.

As incoerências e singularidades, características marcantes do ser humano, são marcas também da situação da qualidade de vida e saúde do trabalho, ou seja, em uma empresa pode: haver trabalhadores que vão adoecer e outros não; alguns terão danos em sua qualidade de vida enquanto outros terão melhorias mesmo em condições de trabalho análogas; e, alguns trabalhadores irão conseguir se adaptar e sobrepujar as dificuldades mais facilmente que outros. Tal fato ocorre e depende de inúmeras dimensões e características de cada indivíduo. A identificação e análise dessas dimensões é um passo capital para um maior conhecimento da área, maturidade conceitual, bem como, de futuras propostas de interferência.

A partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, dentro de um enfoque que tenha a preocupação com o bem estar do trabalhador e com a eficácia organizacional, assim como com a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho, então, de forma natural ocorrerá a construção da qualidade de vida no trabalho.

Vale dizer que este tipo de enfoque dentro da gestão da empresa que visa não somente aumento do lucro, mas proporcionar uma melhor condição de trabalho e satisfação na sua execução, exige das empresas, essencialmente, a adoção de ações reais no sentido de oportunizar um ambiente de trabalho em um local agradável, onde o trabalhador possa sentir satisfação e alegria na execução de suas atividades profissionais (TEIXEIRA; PEREIRA; ROCHA; SANTOS; MERINO, 2009).

Portanto a qualidade de vida do trabalho incorpora duas posições opostas: de um lado, a reivindicação dos empregados por bem estar e satisfação no trabalho; e de outro lado, do interesse das organizações quanto aos seus efeitos potenciais sobre a produtividade e a qualidade.

A gestão da qualidade total nas organizações depende essencialmente da reorganização e/ou aprimoramento do potencial humano, isto é, depende de quão bem as pessoas se sentem trabalhando na organização, com o objetivo de se obter o maior rendimento possível, em um curto espaço de tempo. A qualidade de vida do trabalhador representa em que grau o mesmo é capaz de satisfazer suas necessidades pessoais através do seu trabalho da empresa.

A QVT envolve os aspectos intrínsecos (conteúdo) e extrínsecos (contextos) do cargo.

Ela afeta atitudes pessoais e comportamentos relevantes para a produtividade individual e grupal, tais como: motivação para o trabalho, adaptabilidade a mudanças no ambiente de trabalho, criatividade e vontade de inovar ou aceitar mudança.

A importância das necessidades humanas varia conforme a cultura de cada indivíduo e cada organização. Portanto, a QVT não é determinada apenas pelas características individuais (necessidades, valores, expectativas) ou situacionais (estrutura organizacional, tecnologia, sistemas de recompensas, políticas internas), mas sobretudo pela atuação sistêmica dessas características individuais e organizacionais (MATO GROSSO DO SUL, 2014).

Diante do exposto é possível entender que os autores assinalam possibilidades de uma melhor qualidade de vida do trabalhador através de: participação nas decisões, salários dignos, respeito aos seus direitos, possibilidade

de aperfeiçoamento e crescimento profissional, dentre outros. No entanto, buscar esses avanços nas empresas não é tarefa simples.

Quando se trata da relação saúde/trabalho é importante destacar que esta não está apenas ligada ao trabalhador em si. Separar espaço de trabalho e espaço privado só é eventualmente pertinente na análise econômica. Tal separação torna-se precária a partir do momento em que se trata das relações sociais e das questões de saúde. As dificuldades no trabalho são enfrentadas por toda a família, o cônjuge, os filhos e mesmo os pais, pois todos são, indiretamente, atingidos fortemente, pelos efeitos da condição do trabalho sobre aquele que nela se encontra exposto. São exemplos destes efeitos que têm relação com as dificuldades no trabalho e atingem todos os membros da família: parte da violência comum nas relações conjugais; parte do alcoolismo e das doenças.

Voltando a questão que o trabalho também possui uma importante função na realização e satisfação pessoal, o prazer no trabalho e os benefícios provenientes da relação de trabalho no registro da saúde também têm repercussões favoráveis na economia das relações da família e no desenvolvimento psíquico e afetivo dos filhos (DEJOURS, 1992).

Em todos os setores da vida humana qualidade de vida e saúde possuem uma relação difícil.

A organização do trabalho tem um papel fundamental para a saúde do trabalhador. Esta organização compreende desde a divisão das tarefas entre os operadores, os ritmos impostos e os modos operários prescritos, e, sobretudo a divisão dos trabalhadores (as hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle) que tem por finalidade garantir esta divisão de tarefas. Porém, se essa organização entra em conflito com o funcionamento psíquico dos trabalhadores, e não há como fazer uma adaptação surge, em consequência, um sofrimento causador ou capaz de originar doenças e que ocasionar a necessidade da criação de outras estratégias de assistência. O sofrimento, porém nem sempre é patogênico e pode ser criativo, pois o trabalho também é responsável por prazer e realização pessoal. Faz-se importante destacar que, de qualquer forma, o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, favorecendo a doença ou a saúde.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais –

físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

As inúmeras mudanças econômicas ocorridas devido à globalização e à modificação nos processos de produção em busca de uma maior produtividade provocam uma maior instabilidade e insegurança para os trabalhadores e isso, sem dúvida, reflete na saúde dos mesmos.

O surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho, configura, portanto, situações que exigem mais pesquisas e conhecimento para que se possam traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção (BRASIL, 2001).

Uma patologia que consta na lista de doenças relacionadas ao trabalho e de grande importância na questão da qualidade de vida do trabalhador é o estresse e doenças associadas.

Estresse ou síndrome geral de adaptação trata do conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a circunstâncias que exigem esforço de adaptação, sendo uma resposta neuro-endócrina do organismo a estímulos que ameaçam romper o equilíbrio dinâmico. Esse estresse é importante para a evolução do ser humano, no entanto quando há falhas dos mecanismos de adaptação, eventos de alta gravidade podem ser desencadeados e pode conduzir o organismo a morte. Diversos aspectos do ambiente de trabalho podem ser geradores de estresse e determinado tipo de estresse está associado ao rebaixamento da qualidade de vida dos trabalhadores. Os quadros de estresse e de doenças relacionadas como a síndrome Burnout conhecida como a síndrome do esgotamento profissional, neuroses profissionais, síndrome da fadiga, transtornos psicossomáticos e doenças cardiovasculares que estão associadas às condições difíceis de trabalho, problemas de adaptação, acúmulo de trabalho, exigências por produção dentre outras inúmeras condições podem prejudicar a saúde do trabalhador. Os autores destacam que o ser humano oscila entre situações de estresse que possibilita a criatividade e aquele que pode prejudicar, assim como, entre momentos de boa e má qualidade de vida. Logo, há a necessidade dos indivíduos e grupos sociais organizarem recursos internos e externos para superar situações de estresse patológico que pode ser extremamente prejudicial ao trabalhador (AZEVEDO e KITAMURA 2006).

As doenças em relação ao trabalho, citadas na Portaria nº. 1.339 de 18 de novembro de 1999, são classificadas da seguinte forma (BRASIL, 2001):

GRUPO I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, *stricto sensu*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Este grupo tem conceituação legal no âmbito da SAT da previdência social e sua ocorrência deve ser notificada segundo regulamentação na esfera da saúde, da previdência social e do trabalho, como por exemplo aquelas doenças legalmente reconhecidas.

GRUPO II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessárias, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

GRUPO III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou pré-existente, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Importante apresentar nesta discussão os aspectos legais na qualidade de vida e saúde do trabalhador. Embora saúde do trabalhador e qualidade de vida sejam conceitos relacionados, mas que apresentam diferenças, a legislação brasileira trata somente sobre o tema saúde. O termo saúde, apesar de poder ser ampliado, ainda é bastante relacionado com sintomas e morbidades enquanto que a qualidade de vida é relacionada com a felicidade e a satisfação com vida.

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde (BRASIL, 2001), determina que a execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do Sistema Único de Saúde, prescritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica de Saúde (LOS). O artigo 6.º dessa lei confere à direção nacional do Sistema a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador.

Ainda de acordo com este Manual no parágrafo 3.º do artigo 6.º da LOS, a saúde do trabalhador é definida como um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, sendo que esse conjunto de atividades abrange:

- A assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- A participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- A participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- A avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- A informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

- A participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- A revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho;
- A garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, do setor, do serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do trabalhador (TEIXEIRA; PEREIRA; ROCHA; SANTOS; MERINO, 2009).

A norma regulamentadora NR4 (Portaria SIT n.º17, 02/08/07) prevê a obrigatoriedade de Serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, para as empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Além disso, equipes de engenheiro de segurança do trabalho, médico do trabalho, enfermeiro do trabalho e auxiliar de enfermagem do trabalho devem constituir o quadro de profissionais especializados (TEIXEIRA; PEREIRA; ROCHA; SANTOS; MERINO, 2009).

A preocupação com a qualidade de vida é um fator em ascensão no campo organizacional, pois há uma série de fatores externos, como doenças e adversidades, que permeiam o trabalho das pessoas. “Os Programas de Qualidade de vida podem ser de vital importância para o desenvolvimento pessoal e profissional de seus colaboradores, bem como com o desenvolvimento eficaz das organizações” (Portal fisiotrab).

4 DISLIPIDEMIA

A dislipidemia é um distúrbio caracterizado pela presença excessiva ou anormal de colesterol e triglicérides no sangue. Esta anormalidade é causada em muitos casos devido a hábitos alimentares errados, como o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e trans (bacon, carnes vermelhas, embutidos, leites integrais, margarinas, manteigas, e outros produtos industrializados), e também é consequência de um estilo de vida sedentário. Deve-se ressaltar que a dislipidemia pode, também, ser ocasionada por fatores genéticos, pela ingestão de certos medicamentos e também desenvolvida como decorrência de outras doenças: obesidade, diabetes, hipotireoidismo, doenças das vias biliares e insuficiência renal.

A dislipidemia é assintomática, ou seja, não apresenta sintomas, por isso é muito importante realizar exames para medir as dosagens de colesterol total e suas frações (LDL, HDL) e triglicérides periodicamente, para detectar a presença ou não da mesma.

Com relação às frações do colesterol total HDL e LDL são as siglas, em inglês, utilizadas para nomear os tipos de lipoproteínas que transportam o colesterol no sangue.

HDL é a sigla de *High Density Lipoproteins*, que significa lipoproteínas de alta densidade. O HDL é conhecido como “bom colesterol”, pois é capaz de absorver os cristais de colesterol depositados nas artérias, removendo-o das mesmas e conduzindo de volta ao fígado para ser eliminado.

Quanto maior o nível de HDL no sangue menor o risco do indivíduo sofrer de doenças do coração.

LDL é a sigla de *Low Density Lipoproteins*, que significa lipoproteínas de baixa densidade. Diferentemente do HDL, o LDL é denominado de "mau colesterol".

O LDL transporta o colesterol do fígado até às células dos tecidos e favorece o seu acúmulo nas paredes internas das artérias, reduzindo o fluxo do sangue, e, conseqüentemente, acarreta a um risco elevado de doenças cardíacas.

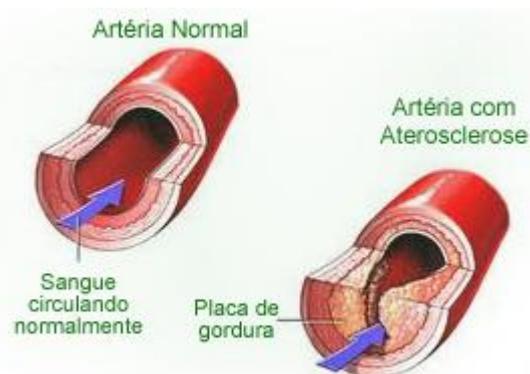
Todo indivíduo normal apresenta no sangue colesterol e triglicérides, que podem ser provenientes da alimentação ou de fontes endógenas (produzidos dentro do corpo). Cada um deles desempenha papel essencial para o bom funcionamento de todo o organismo humano.

O colesterol tem papel fundamental na construção de membranas celulares, hormônios esteróides (estrógeno, progesterona, testosterona, cortisol e aldosterona) e ácidos biliares. Quando chega ao fígado o colesterol é convertido em bile, solubiliza gorduras no trato digestivo, ajuda na absorção intestinal de moléculas de gordura, e absorve as vitaminas solúveis em gordura (A, D, E, K).

Os triglicérides são um tipo de gordura que o organismo utiliza para armazenar energia. As calorias ingeridas em uma refeição quando não são utilizadas imediatamente pelos tecidos, são transformadas em triglicérides e transportadas para as células adiposas para serem armazenadas. Ou seja, toda vez que o corpo humano precisa de energia, os hormônios libertam os triglicérides do tecido adiposo para que eles possam satisfazer as necessidades do corpo.

Porém, quando existe um excesso de colesterol e triglicérides na concentração do sangue circulante, a dislipidemia, diversas complicações de longo prazo podem ocorrer, como o aparecimento da aterosclerose, doença caracterizada pelo acúmulo de placas de gordura (ateromas) na parede das artérias e que infelizmente é umas das principais causas de morte no Brasil (MARTINEZ).

FIGURA 1: ARTÉRIA NORMAL E ARTÉRIA COM ATEROSCLEROSE



FONTE: <http://www.infoescola.com/doencas/dislipidemia/>

As dislipidemias podem ser classificadas laboratorialmente após um jejum de 12 horas como: hipercolesterolemia isolada (aumento isolado do colesterol total ou do LDL-colesterol), aumento isolado dos triglicérides (hipertrigliceridemia), aumento do colesterol total e dos triglicérides (hiperlipidemia mista) e diminuição isolada do HDL colesterol ou associada ao aumento dos triglicérides ou LDL-colesterol).

O nível ótimo de colesterol é de 200 mg/dl ou menos, limítrofe entre 200-239 mg/dl e alto acima de 240 mg/dl, o nível ótimo de LDL-colesterol deve

ser igual ou abaixo de 100 mg/dl , limítrofe entre 130-159 mg/dl, e alto acima de 160 mg/dl, o nível de HDL deve ser acima de 40 mg/dl e de triglicérides igual ou abaixo de 150 mg/dl. Os indivíduos que têm o HDL acima de 60 mg/dl estão mais protegidos das doenças cardiovasculares. Quando se divide o colesterol total pelo HDL obtemos um valor que não deve ultrapassar 4,5 para as mulheres e 4,1 para os homens. Esses são bons índices de risco. O diagnóstico da dislipidemia é realizado em função desses valores de referência (<http://www.abcdasaude.com.br/geriatria/dislipidemias>).

As duas tabelas abaixo apresentam os níveis de colesterol e triglicérides ideais para cada tipo de paciente:

TABELA 1: OBJETIVOS PARA TRATAMENTO DOS NÍVEIS DE COLESTEROL

CATEGORIA DE RISCO	OBJETIVO LDL	INICIAR MUDANÇA ESTILO DE VIDA	CONSIDERAR TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
ALTO RISCO	< 100 mg/dL (ótimo: < 70 mg/dL)	100 mg/dL	100 mg/dL (< 100 mg/dL considerar opções de drogas)
RISCO MODERADAMENTE ALTO	< 130 mg/dL	130 mg/dL	130 mg/dL (100 a 129 mg/dL, considerar opções de drogas)
RISCO INTERMEDIÁRIO	< 130 mg/dL	130 mg/dL	160 mg/dL
RISCO BAIXO	< 160 mg/dL	160 mg/dL	190 mg/dL (160 a 189 mg/dL opção de redutor de LDL)

FONTE: NETO, 2013.

TABELA 2: CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEIS DE TRIGLICÉRIDES

CLASSIFICAÇÃO	NÍVEL
NORMAL	< 150 mg/dL
LIMÍTROFE	150 a 199 mg/dL
ALTO	200 a 499 mg/dL
MUITO ALTO	> 500 mg/dL

FONTE: NETO, 2013.

Taxas elevadas de colesterol podem propiciar a formação de placas nas paredes das artérias, impedindo a passagem de sangue para o coração e para outras partes do corpo como o cérebro. Quanto mais elevadas às

taxas, maior o risco de sofrer uma doença coronariana. Junto aos altos níveis de colesterol, o tabagismo, sedentarismo, estresse, obesidade, diabetes, hipertensão, idade e fatores genéticos também estão relacionados a um maior risco de doenças cardíacas .

Uma dieta hipocalórica, pobre em ácidos graxos saturados e colesterol, é fundamental para o tratamento da dislipidemia. A atividade física moderada, realizada durante 30 minutos, pelo menos quatro vezes por semana, auxilia na perda de peso e na redução dos níveis de colesterol e triglicérides. Mesmo assim, ainda pode ser necessária a administração de medicamentos.

5 PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA

Os Programas de Qualidade de vida podem ser de vital importância para o desenvolvimento pessoal e profissional de seus colaboradores, bem como com o desenvolvimento eficaz das organizações.

As dez melhores empresas para se trabalhar (Guia Exame 2001) transformaram o ambiente de trabalho e a Saúde emocional e física em vantagem competitiva, tendo plena convicção estratégica de que quanto mais eliciar satisfação, mais retorno terão em produtividade, criando assim a visão de uma organização mais privilegiada, competitiva e equilibrada (CARMELLO, 2013).

Qualidade de Vida e a Saúde são ativos importantes que envolvem as dimensões física, intelectual, emocional, profissional, espiritual e social do trabalhador. Práticas impróprias no ambiente de trabalho originam um impacto negativo tanto na saúde física e emocional dos mesmos, como na saúde financeira das empresas. Isto, também, tem repercussão na família, na sociedade e no sistema médico.

“Os Programas de Saúde e QV objetivam facilitar mudanças no estilo de vida, combinando ações e campanhas para consciência, comportamento e envolvimento, que suportem suas práticas de saúde e previna doenças” (CARMELLO, 2013).

Os Programas de Qualidade de Vida no Trabalho, além disso, têm como objetivo criar uma organização mais humanizada, através de um maior grau de responsabilidade e de autonomia no trabalho. Para tal faz-se necessário que o empregado tenha um recebimento mais constante de *feedback* sobre seu desempenho, uma maior variedade e adequação de tarefas, ou seja, o Programa deve dar maior destaque ao desenvolvimento pessoal do indivíduo. Como resultado há um aumento da satisfação dos colaboradores e conseqüentemente uma alta lucratividade da empresa

Para atingir tais objetivos a Empresa deve encorajar e apoiar hábitos e estilos de vida que gerem saúde e bem estar entre todos os funcionários e famílias durante toda a sua vida profissional.

Faz-se uso, então, de estratégias que tem por finalidade a promoção de um ambiente de trabalho que estimule e dê apoio ao indivíduo e à empresa, e que

conscientizem o trabalhador de o quanto sua saúde está diretamente relacionada à sua qualidade e produtividade.

Não é suficiente ter em mente mudar relevantemente o estado de saúde dos profissionais mas também encorajá-los a cuidarem e gerenciarem sua própria saúde, adquirindo um ganho substancial na sua satisfação e crescimento, assim como no aumento de produção e redução de custos para a empresa (CARMELLO, 2013).

A implementação de Programas específicos dentro das empresas é considerada, atualmente, uma estratégia competitiva de diferencial de mercado. Para que haja a lucratividade é preciso que os trabalhadores executem suas ocupações de maneira apropriada e com satisfação, possibilitando assim um futuro promissor dentro da organização e prestígio pelos resultados alcançados.

Para implantar um Programa de Qualidade de Vida em uma empresa há um método, descrito por O' DONELL (2000), e que se divide em 3 etapas: sensibilização, mudança de estilo de vida e ambiente de suporte (MASSOLA).

A etapa da sensibilização é aquela na qual se transmitem informações importantes ao trabalhador sobre determinado assunto como, por exemplo, “controlar a alimentação”, para que o mesmo fique ciente de que tal atitude se refletirá em um melhor padrão de vida, menos sujeito a doenças como obesidade e outras associadas à mesma e que façam com que ele fique dependente de medicamentos. Através desse conhecimento o trabalhador será dono do poder e da opção de tomar decisões importantes para favorecer a sua saúde. Há diversas formas de sensibilização: palestras, pôsteres, informativos escritos, murais, check-up entre outros. É uma etapa de baixo custo, porém somente ela não é capaz de fazer com que uma maioria modifique seu comportamento.

A segunda etapa, de mudança de estilo de vida, é aquela na qual o Programa pode ser realizado em forma de grupos de apoio, utilizando-se métodos de educação, de mudanças de comportamento e muitas atividades vivenciais. Através de exames preliminares, o empregado fica ciente do seu estado de saúde e é estimulado a modificar seus comportamentos. Os exames são repetidos e apresentados ao empregado para que o mesmo acompanhe sua evolução. O problema dessa etapa é que ela tem começo, meio e fim. O fim pode fazer com que a pessoa sofra o chamado “efeito sanfona”, ou seja, ao término do Programa, volta-

se ao comportamento anterior e, por consequência, aos índices anteriores prejudiciais à saúde.

A terceira e última etapa, do ambiente de suporte, visa a ajustar às pessoas envolvidas no Programa em um ambiente saudável, de acordo com o tema trabalhado. Se o Programa visa uma alimentação saudável, faz-se necessário estimular os envolvidos a realizar compras de alimentos saudáveis pois, se alimentos ricos em gorduras ou açúcares estiverem disponíveis em casa, eles certamente serão consumidos. A empresa deve modificar o cardápio, com o auxílio de uma nutricionista, de forma a oferecer a opção de alimentos saudáveis. Da mesma forma, se o Programa pretende estimular a prática de atividades físicas, a empresa deve proporcionar um espaço para que essa prática ocorra. A atividade física deve ser apresentada, no âmbito da empresa, como uma ação relacionada à promoção de saúde e de um estado completo de bem-estar físico, mental e social.

“Portanto, a etapa do ambiente de suporte transforma o Programa em um processo, ou seja, algo contínuo, sem fim, e que permite que qualquer pessoa possa dele desfrutar” (MASSOLA).

5.1 O PROGRAMA “QUALIDADE DE VIDA” NA EMPRESA

A empresa de grande porte, objeto de estudo deste artigo, adotou o Programa denominado “Qualidade de Vida” com a visão de “melhor saúde para melhor qualidade de vida”, através do encorajamento e apoio de hábitos e estilos de vida que promovam saúde e bem estar entre todos os funcionários com foco principal na redução da dislipidemia.

O Programa tem três objetivos principais:

- Ajudar os funcionários a identificar riscos potenciais de saúde.
- Educar os funcionários a respeito de riscos de saúde, como pressão sanguínea elevada, fumo, obesidade, dieta que evite o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e trans (bacon, carnes vermelhas, embutidos, leites integrais, margarinas, manteigas, e outros produtos industrializados), e estresse.

- Encorajar seus funcionários a mudar seus estilos de vida através de exercícios, boa alimentação e monitoramento da saúde.

Com a missão da promoção de ações que, depois de adotadas, se revertam em benefícios à saúde dos funcionários., adotou estratégias para lidar com as dificuldades que os trabalhadores e a empresa têm para aderirem à prática contínua de atividades de qualidade de vida.

As áreas mais críticas escolhidas para dar início ao Programa, por conta do diagnóstico de dislipidemia, foram: ações em nutrição, atividade física e controle de peso.

Através de uma equipe formada por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e profissionais ligados à Educação Física e, seguindo as três etapas do método descrito por O' DONELL (2000), exposto no item anterior deste artigo, foram tomadas as seguintes medidas preventivas (realizadas em cumprimento a exigências legais e trabalhistas):

- Após os exames, os trabalhadores passam por uma consulta e exames de sangue, na qual são orientados e encaminhados para acompanhamento médico, quando necessário. Caso positivo, este acompanhamento, para repetição dos exames, foi estabelecido para cada três meses;
- Programa de nutrição: como a empresa tem restaurante pôde adotar medidas como: café da manhã saudável, para animar os funcionários a tomar café da manhã adequadamente, e orientação nutricional no restaurante garantindo a oferta de um cardápio saudável, elaborado junto à empresa prestadora dando, desta forma, aos funcionários alternativas, orientadas pelos nutricionistas, para poderem fazer escolhas mais saudáveis em sua alimentação;
- Ações orientadas para a atividade física que oferecem grandes benefícios para os funcionários através de palestras sobre atividade física com matérias sobre atividade física no site e/ou jornal da empresa com modelos de treinamentos e orientações de como começar.

6 O IMPACTO DO PROGRAMA “QUALIDADE DE VIDA” SOBRE OS TRABALHADORES COM DISLIPIDEMIA

A metodologia adotada para este item foi quantitativa, ou seja:

Nesse tipo de abordagem, os pesquisadores buscam exprimir as relações de dependência funcional entre variáveis para tratarem do como dos fenômenos. Eles procuram identificar os elementos constituintes do objeto estudado, estabelecendo a estrutura e a evolução das relações entre os elementos. Seus dados são métricos (medidas, comparação/padrão/metro) e as abordagens são experimental, hipotético-dedutiva, verificatória. Eles têm como base as metateorias formalizantes e descritivas.

- Vantagens: automaticidade e precisão, controle de bias
- Limites: determinação prévia de resultados (PORTELA, 2004).

Após a implantação das ações do Programa “Qualidade de Vida”, especificamente no quadro de dislipidemia, a análise do impacto dos dados e resultados foi feita através de dois instrumentos de pesquisa:

1. No primeiro, foram utilizados os dados dos resultados dos exames laboratoriais, e, pelos encontrados, corresponderam a uma amostragem de 350 funcionários do universo de 5.000 empregados;
2. O segundo foi realizado ao final do exame de março/2014 e correspondeu a um pequeno questionário (ANEXO): 4 perguntas com respostas fechadas e abertas para avaliar o impacto do Programa sobre os funcionários. Este instrumento foi aplicado com respostas anônimas. Tal escolha foi feita para que o funcionário não se sentisse pressionado, pois o mesmo poderia ponderar que sua resposta teria influência em seu trabalho junto à empresa e, desta forma, suas respostas seriam influenciadas por fatores externos.

6.1 EXAMES LABORATORIAIS: DADOS E ANÁLISE

Os 350 funcionários (amostragem) foram avaliados entre os meses de dezembro/2012 e março/2014.

As coletas de sangue iniciais aconteceram entre os meses de dezembro/2012 e março/2013.

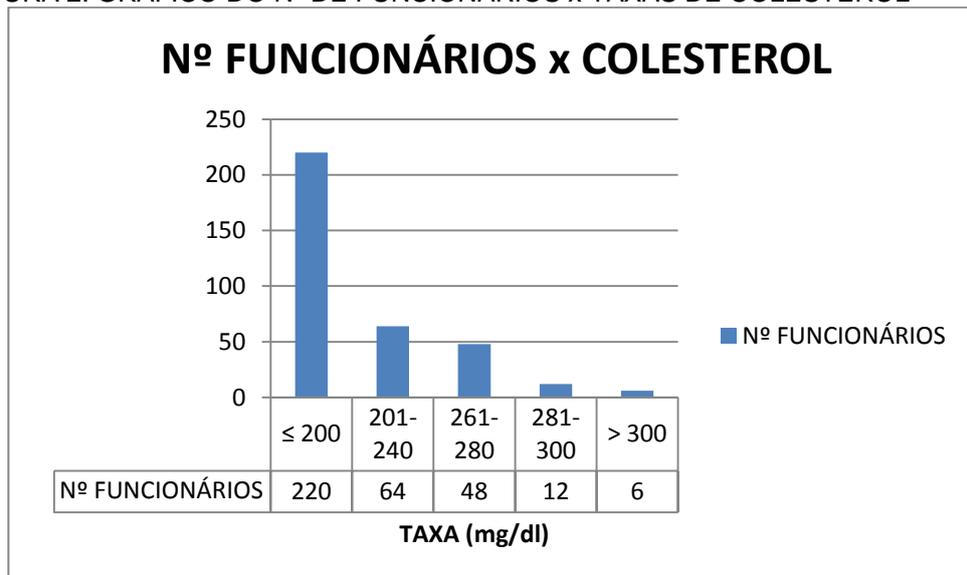
Os dados obtidos foram tabelados abaixo:

TABELA 3: SITUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE COLESTEROL

TAXAS (mg/dl)	Nº FUNCIONÁRIOS
≤ 200	220
201-240	64
261-280	48
281-300	12
> 300	6

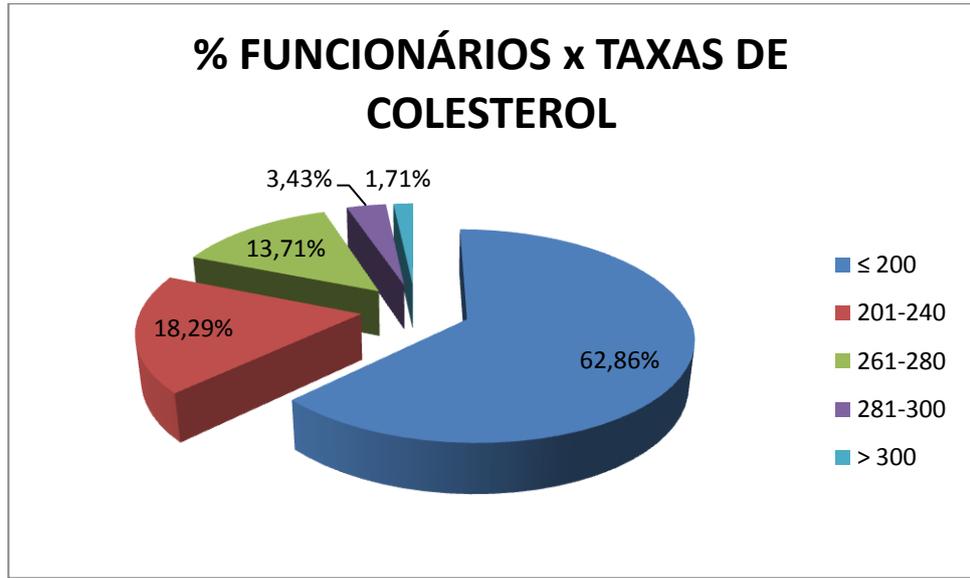
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 2: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE COLESTEROL



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 3: GRÁFICO EM PERCENTUAL DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE COLESTEROL



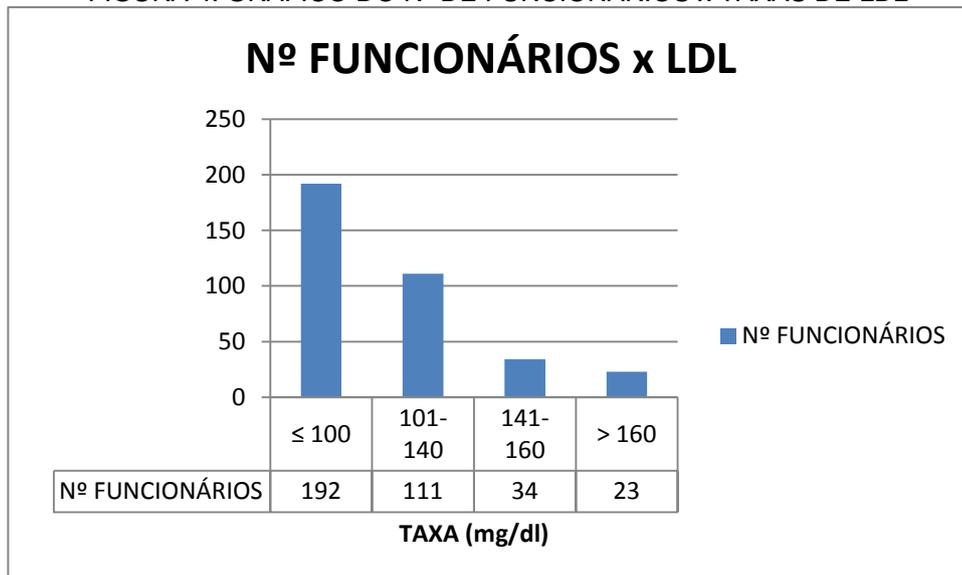
FONTE : AUTORA DO ARTIGO

TABELA 4: SITUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE LDL

TAXAS DE LDL (mg/dl)	Nº FUNCIONÁRIOS
≤ 100	192
101-140	111
141-160	34
> 160	23

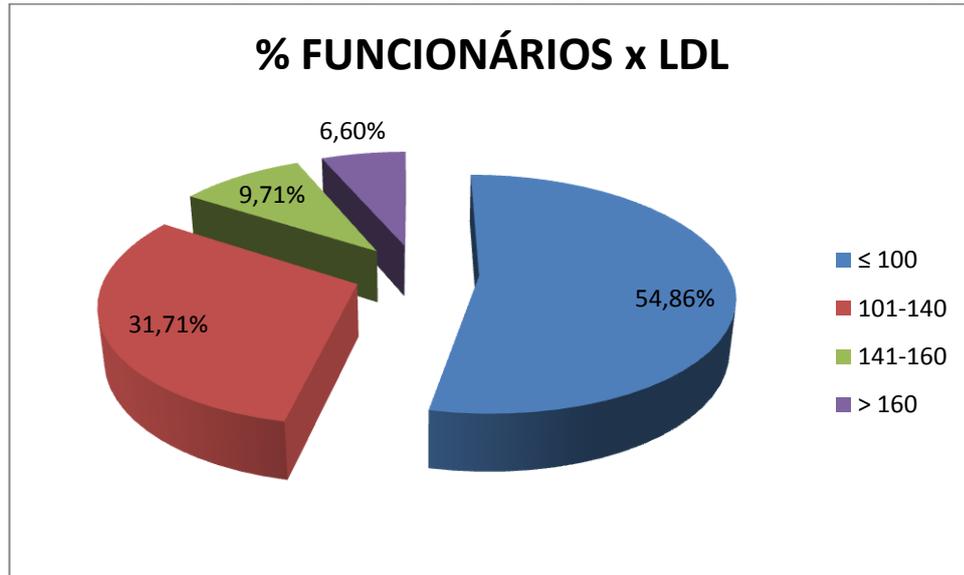
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 4: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE LDL



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 5: GRÁFICO EM PERCENTUAL DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE LDL



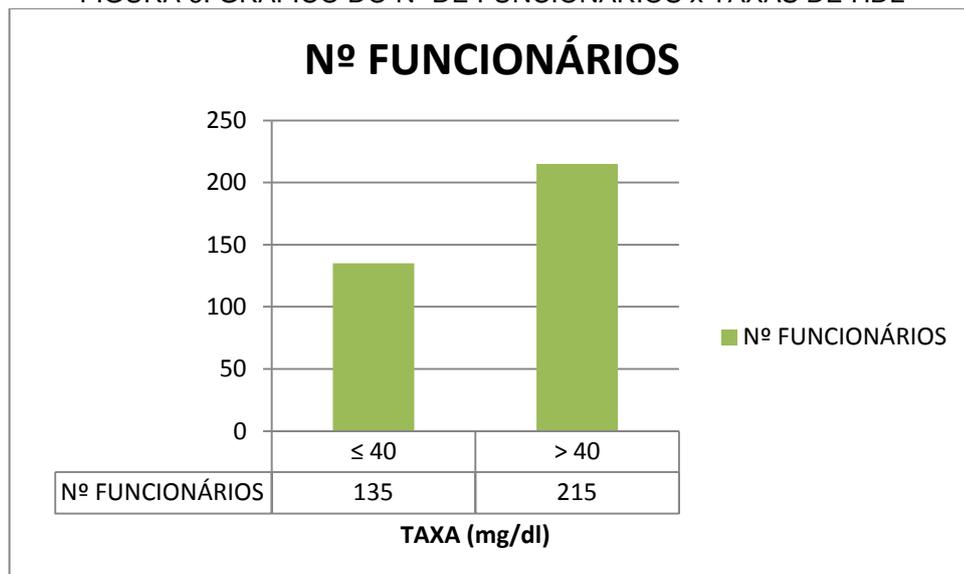
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

TABELA 5: SITUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE HDL

TAXAS DE HDL (mg/dl)	Nº FUNCIONÁRIOS
20-30	29
31-40	82
> 40	239

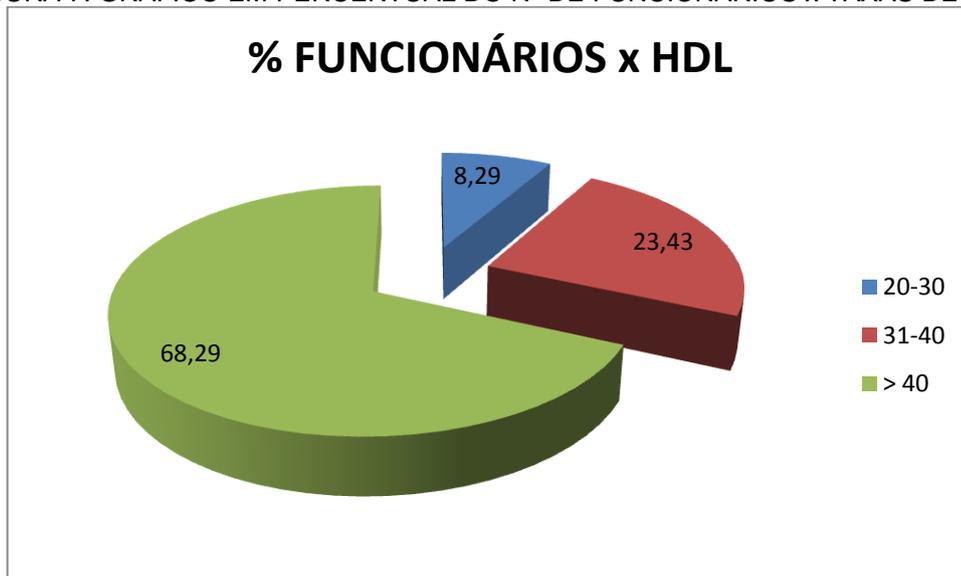
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 6: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE HDL



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 7: GRÁFICO EM PERCENTUAL DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE HDL



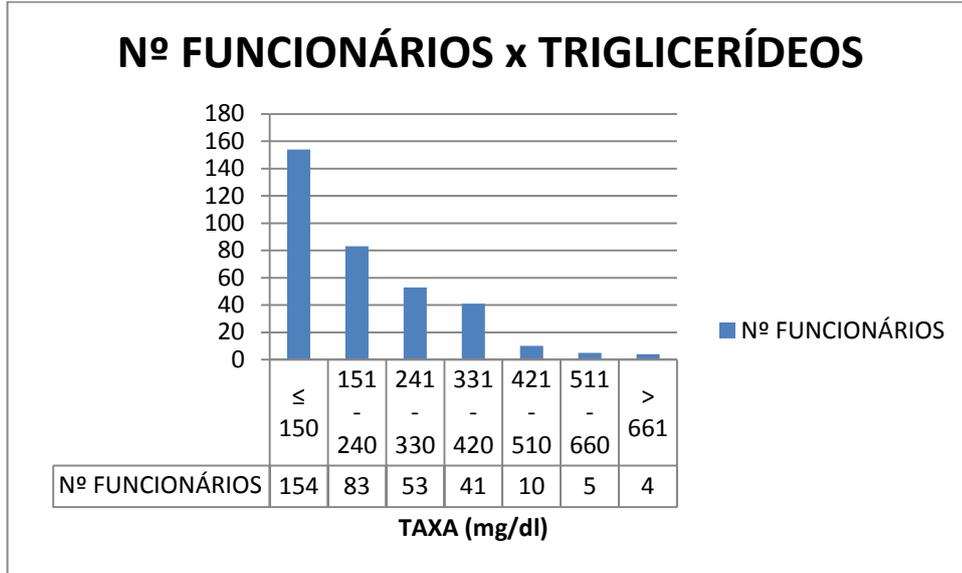
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

TABELA 6: SITUAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO ÀS TAXAS DE TRIGLICERÍDEOS

TAXAS DE TRIGLICERÍDEOS (mg/dl)	Nº FUNCIONÁRIOS
≤ 150	154
151-240	83
241-330	53
331-420	41
421-510	10
511-660	5
> 661	4

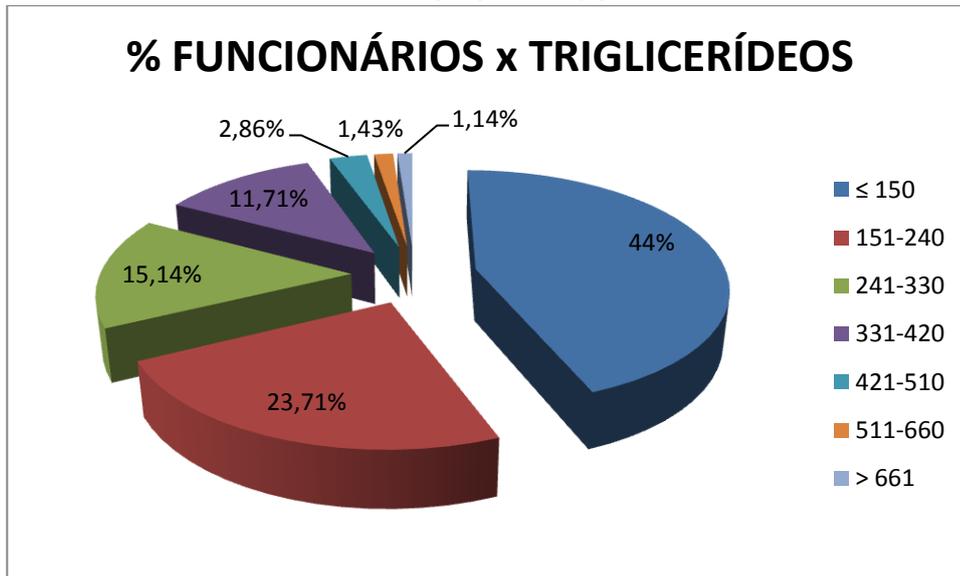
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 8: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE TRIGLICERÍDEOS



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 9: GRÁFICO EM PERCENTUAL DO Nº DE FUNCIONÁRIOS x TAXAS DE TRIGLICERÍDEOS



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

Os dados e gráficos acima mostram, em relação às taxas consideradas limítrofes, altas e muito altas que:

- Em relação às taxas de colesterol: 12 funcionários se encontram em uma faixa de limítrofe alta (281-300 mg/dl) e 6 na faixa alta (> 240 mg/dl);
- Em relação às taxas de LDL: 34 funcionários se encontram em uma faixa de limítrofe alta (141-160 mg/dl) e 23 na faixa alta (> 160 mg/dl);
- Em relação às taxas de HDL: 29 funcionários (20-30 mg/dl) e 82 (31-40 mg/dl) estão abaixo do indicado (> 40 mg/dl);
- Em relação às taxas de triglicerídeos: 10 (421-510mg/dl) estão na faixa alta e muito alta; 5 (511-660 mg/dl) e 4 (> 661 mg/dl) se encontram na faixa muito alta.

Com os dados obtidos pela equipe responsável pelo Programa “Qualidade de Vida”, do total de 350 trabalhadores: 115 foram diagnosticados como portadores de dislipidemia, ou seja, colesterol total mais triglicerídeo acima dos limites, enquanto que 100 funcionários se encontram dentro da faixa limítrofe alta ou abaixo do normal (caso do HDL).

Os funcionários foram divididos então em três grupos:

GRUPO A: com índices limítrofes altos de colesterol (281-300 mg/dl), de LDL (141-160 mg/dl) e triglicerídeos (421-510 mg/dl), em um total de 56 funcionários. Este grupo receberá, como ação principal, o uso de uma dieta alimentar e atividade física;

GRUPO B: com índices HDL (20-30 mg/dl), abaixo do normal, e altos triglicerídeos (511-660 mg/dl) em um total de 34 funcionários. A ação adotada para este grupo é o uso de dieta, atividade física e medicamentos;

GRUPO C: os portadores de dislipidemia com altos índices de colesterol (> 300 mg/dl), LDL (> 160 mg/dl), HDL (< 40 mg/dl) e triglicerídeos (> 661 mg/dl) em um total de 115 funcionários. A ação será medicamentosa.

Todos os três grupos passaram por avaliações médicas a cada três meses e os dados resultantes foram tabelados e plotados nos gráficos abaixo.

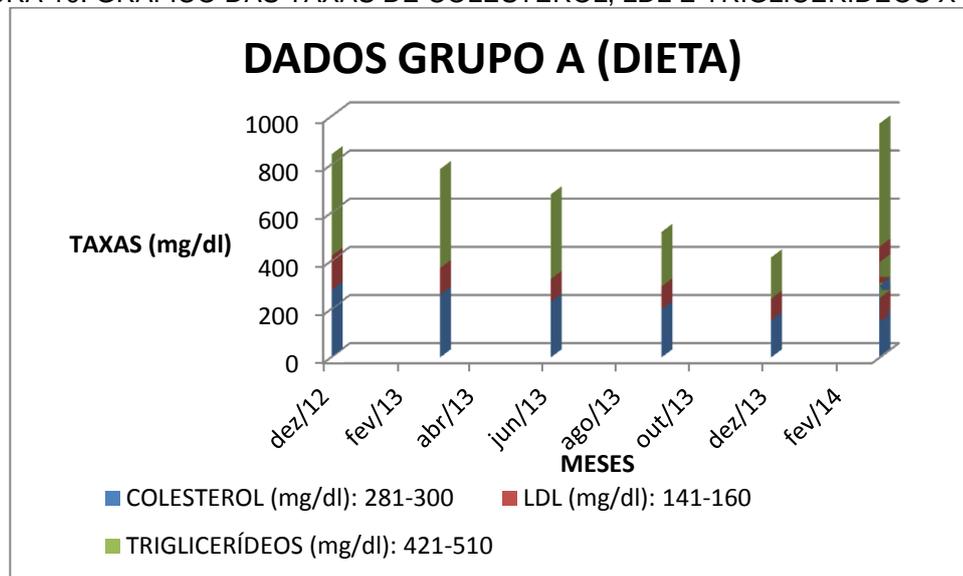
A. GRUPO A

TABELA 7: TAXAS DE COLESTEROL, LDL E TRIGLICERÍDEOS X MESES

	dez/12	mar/13	jun/13	set/13	dez/13	mar/14	mar/14
COLESTEROL (mg/dl): 281-300	281	261	231	200	154	146	300
LDL (mg/dl): 141-160	141	110	95	95	90	100	160
TRIGLICERÍDEOS (mg/dl): 421-510	421	410	350	225	170	149	510

FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 10: GRÁFICO DAS TAXAS DE COLESTEROL, LDL E TRIGLICERÍDEOS X MESES



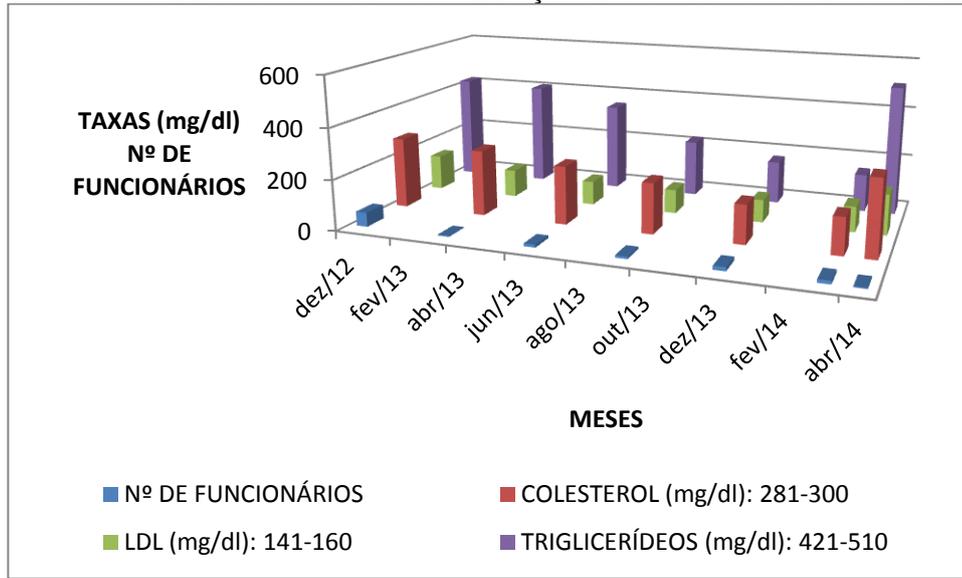
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

TABELA 8: Nº DE FUNCIONÁRIOS x REDUÇÃO DAS TAXAS

	dez/12	mar/13	jun/13	set/13	dez/13	mar/14	abr/14
Nº DE FUNCIONÁRIOS	56	4	11	9	15	13	4
COLESTEROL (mg/dl): 281-300	281	261	231	200	154	146	300
LDL (mg/dl): 141-160	141	110	95	95	90	100	160
TRIGLICERÍDEOS (mg/dl): 421-510	421	410	350	225	170	149	510

FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 11: Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DAS TAXAS TRIMESTRALMENTE



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

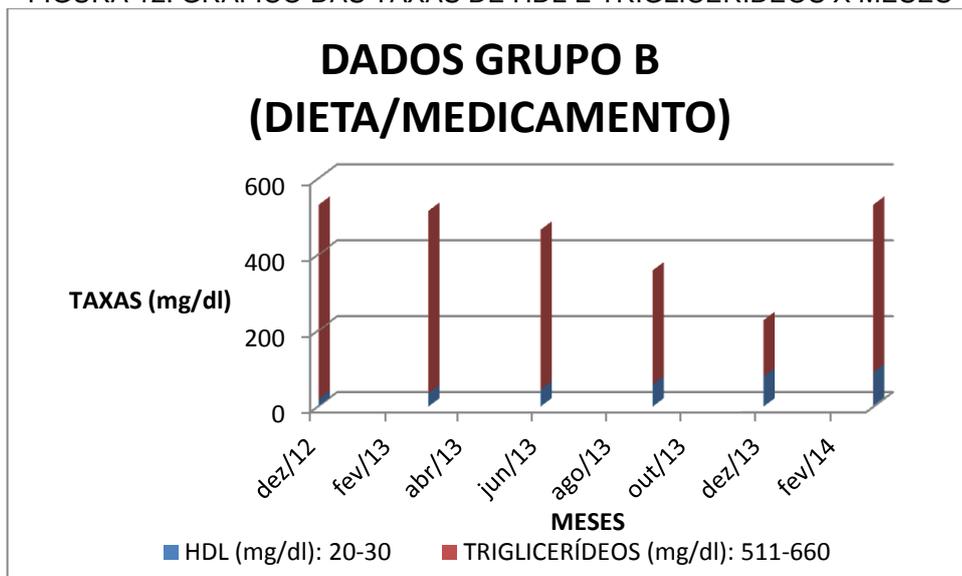
B. GRUPO B

TABELA 9: TAXAS DE HDL E TRIGLICERÍDEOS x MESES

	dez/12	mar/13	jun/13	set/13	dez/13	mar/14	mar/14
HDL (mg/dl): 20-30	20	35	45	58	79	90	20
TRIGLICERÍDEOS (mg/dl): 511-660	511	480	420	300	148	148	511

FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 12: GRÁFICO DAS TAXAS DE HDL E TRIGLICERÍDEOS X MESES



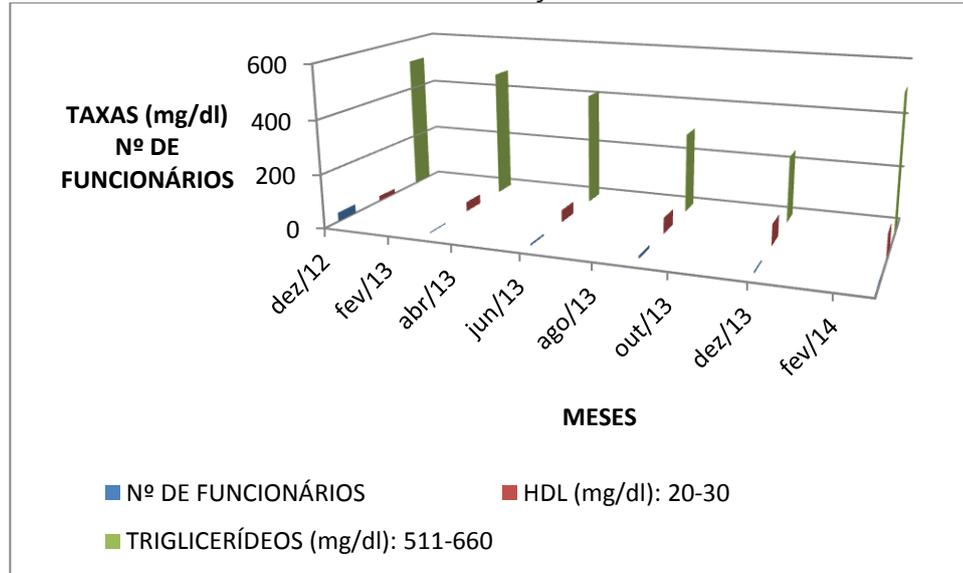
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

TABELA 10: Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DAS TAXAS

	dez/12	mar/13	jun/13	set/13	dez/13	mar/14	mar/14
Nº DE FUNCIONÁRIOS	34	3	6	11	6	5	3
HDL (mg/dl): 20-30	20	35	45	58	79	90	20
TRIGLICERÍDEOS (mg/dl): 511-660	511	480	420	300	248	160	511

FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 13: Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DAS TAXAS TRIMESTRALMENTE



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

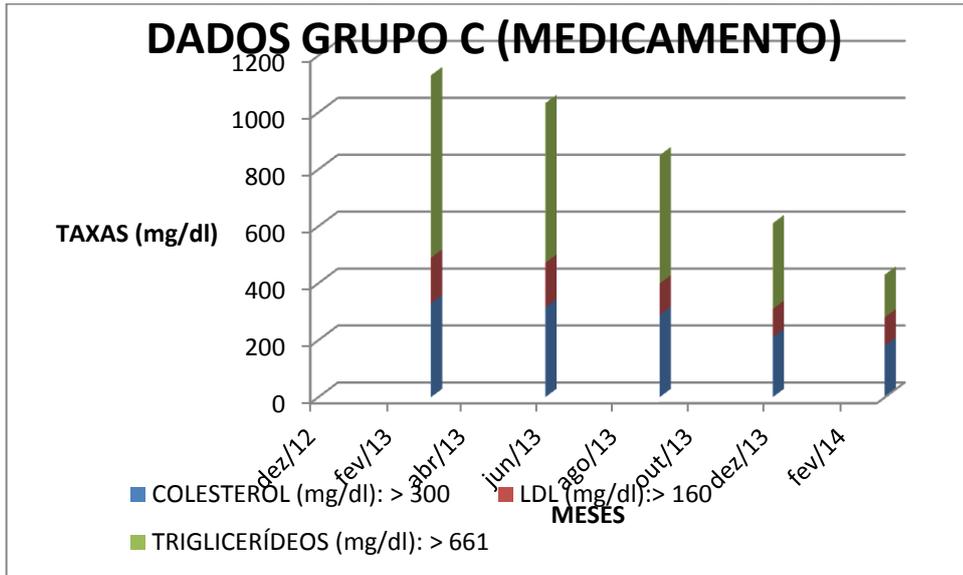
C. GRUPO C

TABELA 11: TABELA DOS FUNCIONÁRIOS COM DISLIPIDEMIA

	dez/12	mar/13	jun/13	set/13	dez/13	mar/14	mar/14
COLESTEROL (mg/dl): > 300	> 300	330	315	289	210	180	> 300
LDL (mg/dl):> 160	> 160	160	157	110	100	100	> 160
TRIGLICERÍDEOS (mg/dl): > 661	> 661	640	560	450	300	149	> 661

FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 14: GRÁFICO DOS FUNCIONÁRIOS COM DISLIPIDEMIA



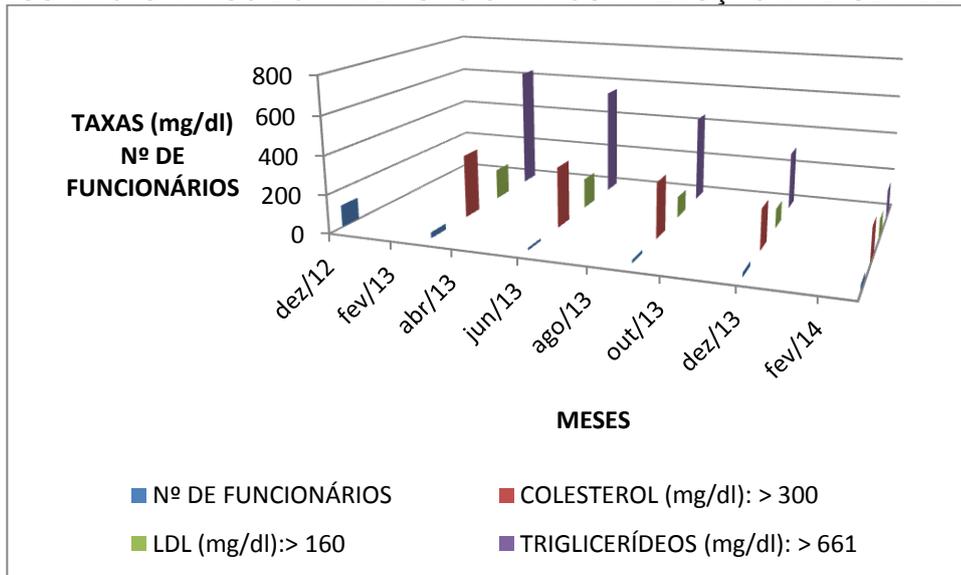
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

TABELA 12: Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DAS TAXAS

	dez/12	mar/13	jun/13	set/13	dez/13	mar/14	mar/14
Nº DE FUNCIONÁRIOS	115	30	12	15	21	32	5
COLESTEROL (mg/dl): > 300	> 300	330	315	289	210	180	> 300
LDL (mg/dl):> 160	> 160	160	157	110	100	100	> 160
TRIGLICERÍDEOS (mg/dl): > 661	> 661	640	560	450	300	149	> 661

FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 15: GRÁFICO DO Nº DE FUNCIONÁRIOS X REDUÇÃO DA DISLIPIDEMIA



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

Os dados obtidos permitem as seguintes conclusões em relação aos grupos e ao impacto do Programa na empresa:

GRUPO A: o decréscimo das taxas começou a aumentar, significativamente, a partir do mês de jun/13, ou seja, após seis meses da adoção de dieta e atividade física. Porém 4 funcionários não apresentaram melhoria;

GRUPO B: o decréscimo das taxas começou a aumentar, significativamente, a partir do mês de mar/13, ou seja, após três meses da adoção de dieta, atividade física e medicamento. Porém 3 funcionários não apresentaram melhoria;

GRUPO C: o decréscimo das taxas começou a aumentar, significativamente, a partir do mês de set/13, ou seja, após nove meses da adoção de medicamento. Porém 5 funcionários não apresentaram melhoria.

6.2 DADOS OBTIDOS COM O QUESTIONÁRIO E ANÁLISE DOS MESMOS

O questionário foi aplicado com todos os 350 funcionários da amostragem sem distinção do grupo ao qual pertencem no Programa de Qualidade.

Os resultados obtidos, para cada questão, foram tabelados e plotados abaixo.

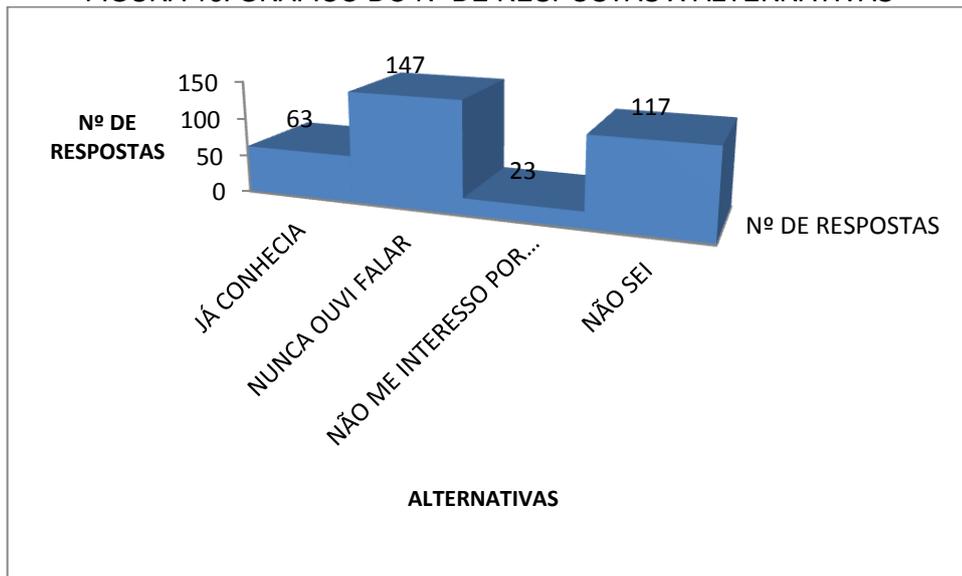
QUESTÃO 1 – Qual a sua ideia sobre um Programa de Qualidade?

TABELA 13: RESPOSTAS OBTIDAS SOBRE A IDÉIA DE UM PROGRAMA DE QUALIDADE

ALTERNATIVAS	Nº DE RESPOSTAS	%
JÁ CONHECIA	63	18,00%
NUNCA OUVI FALAR	147	42,00%
NÃO ME INTERESSA POR ISSO	23	6,60%
NÃO SEI	117	33,40%

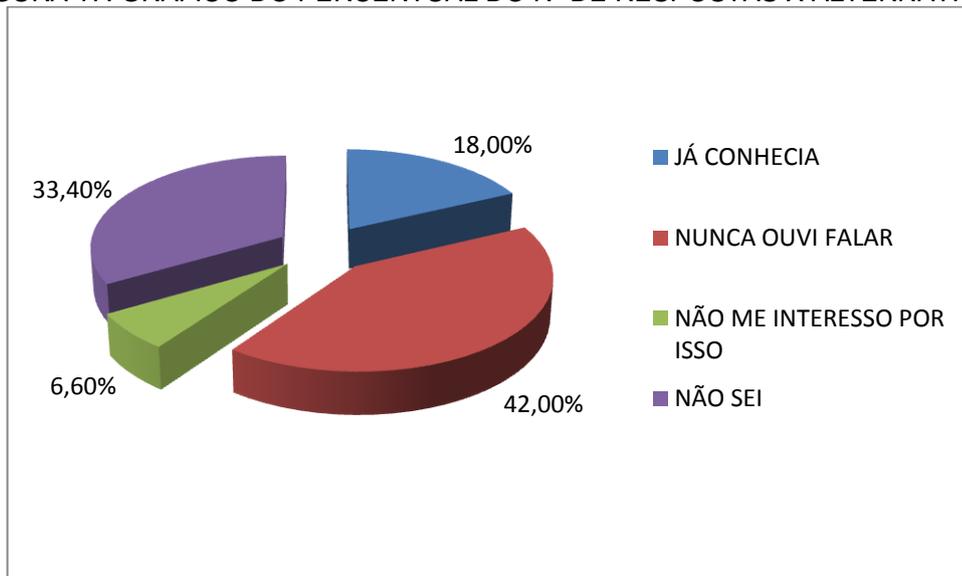
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 16: GRÁFICO DO Nº DE RESPOSTAS X ALTERNATIVAS



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 17: GRÁFICO DO PERCENTUAL DO Nº DE RESPOSTAS X ALTERNATIVAS



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

As respostas obtidas nesta questão mostram que quase 50% dos entrevistados desconhecem o que vem a ser um Programa de Qualidade, e uma porcentagem baixa não mostra interesse algum no mesmo.

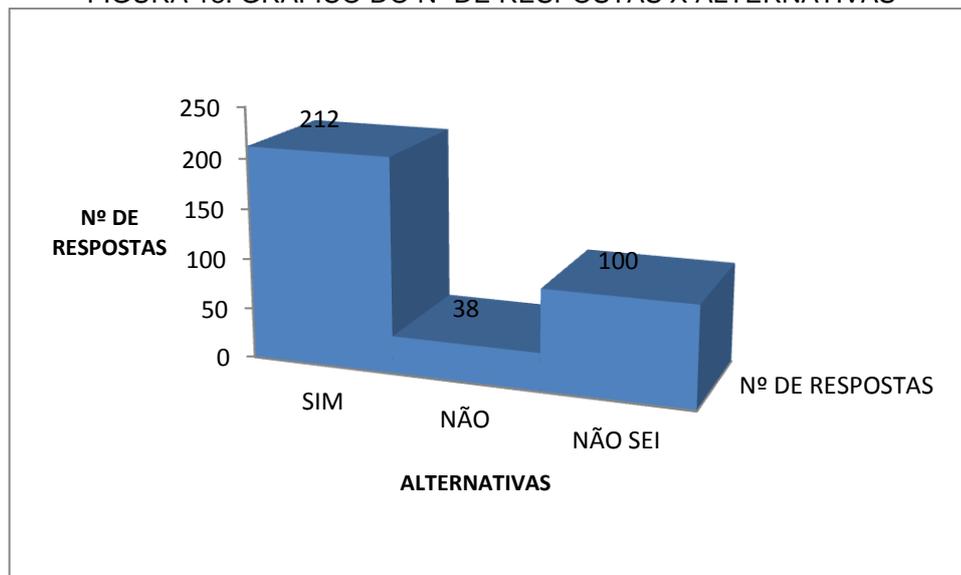
QUESTÃO 2 – Você faz parte de um Programa de Qualidade na empresa. Ele tem a ver com a sua vida atualmente?

TABELA 14: RESPOSTAS OBTIDAS COM RELAÇÃO AO SIGNIFICADO PESSOAL DO PROGRAMA DE QUALIDADE DA EMPRESA

ALTERNATIVAS	Nº DE RESPOSTAS	%
SIM	212	60,60%
NÃO	38	10,80%
NÃO SEI	100	28,60%

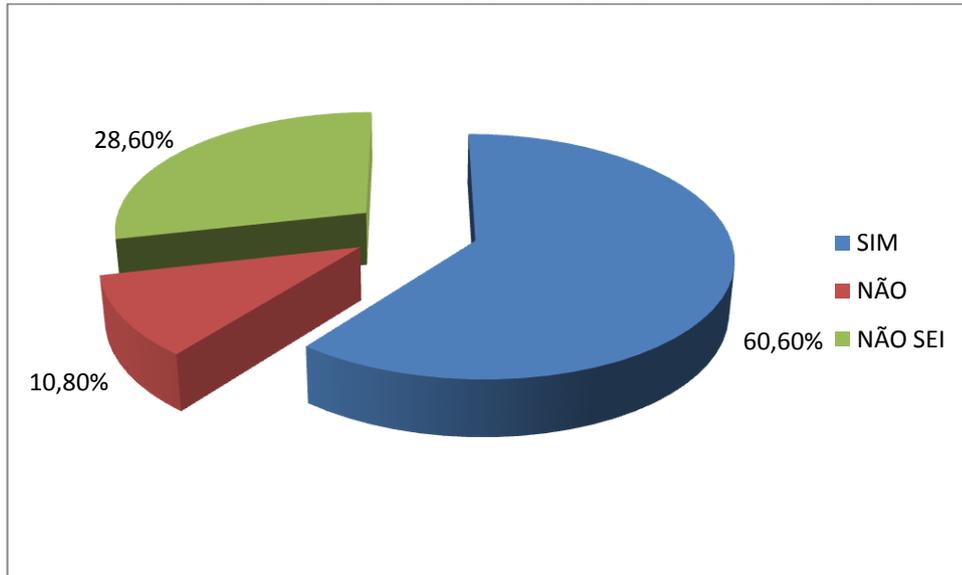
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 18: GRÁFICO DO Nº DE RESPOSTAS X ALTERNATIVAS



FONTE : AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 19: GRÁFICO DO PERCENTUAL DO Nº DE RESPOSTAS X ALTERNATIVAS



FONTE : AUTORA DO ARTIGO

As respostas obtidas nesta questão mostram que ainda há um percentual elevado de resistência dos funcionários com a adoção do Programa de Qualidade.

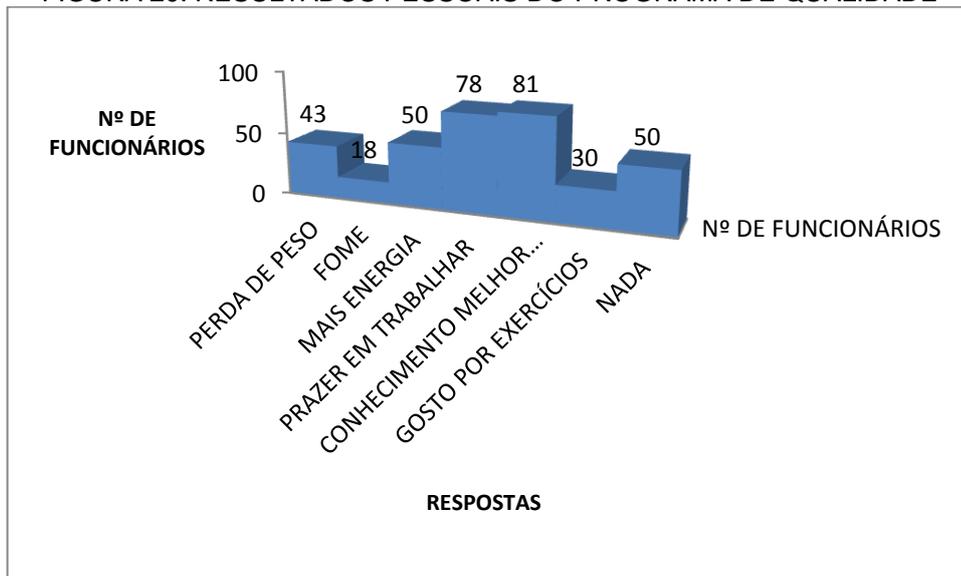
QUESTÃO 3 – Que resultados este Programa de Qualidade lhe trouxe?

TABELA 15: RESPOSTAS OBTIDAS COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE QUALIDADE

RESPOSTAS	Nº DE FUNCIONÁRIOS	%
PERDA DE PESO	43	12,30%
FOME	18	5,10%
MAIS ENERGIA	50	14,30%
PRAZER EM TRABALHAR	78	22,30%
CONHECIMENTO MELHOR SOBRE A DOENÇA	81	23,10%
GOSTO POR EXERCÍCIOS	30	8,60%
NADA	50	14,30%

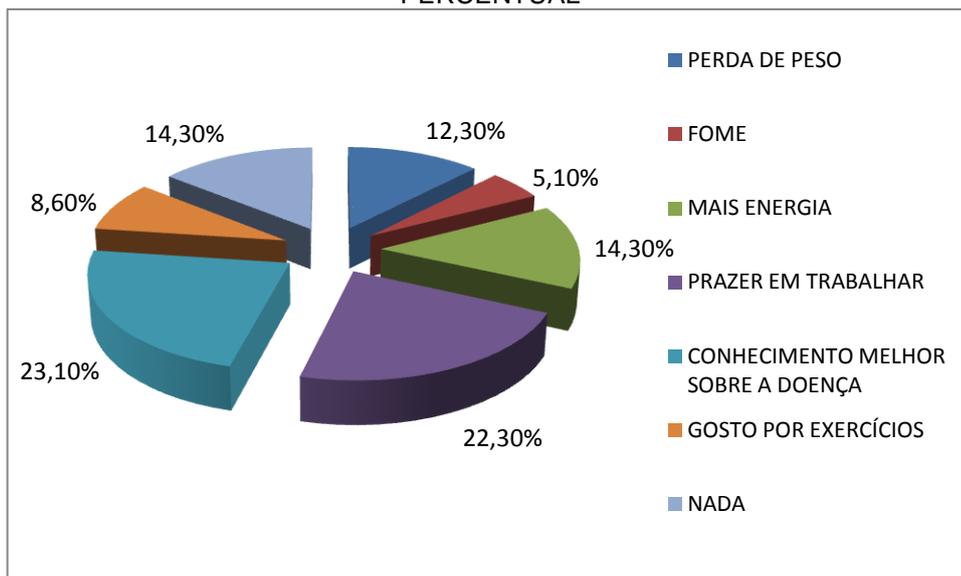
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 20: RESULTADOS PESSOAIS DO PROGRAMA DE QUALIDADE



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 21: GRÁFICO DOS RESULTADOS PESSOAIS DO PROGRAMA DE QUALIDADE EM PERCENTUAL



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

Com relação a esta questão, tendo em vista ser aberta, observa-se que as respostas demonstram satisfação na participação do Programa, pois das seis mais frequentes obtidas no questionário, cinco correspondem a resultados positivos.

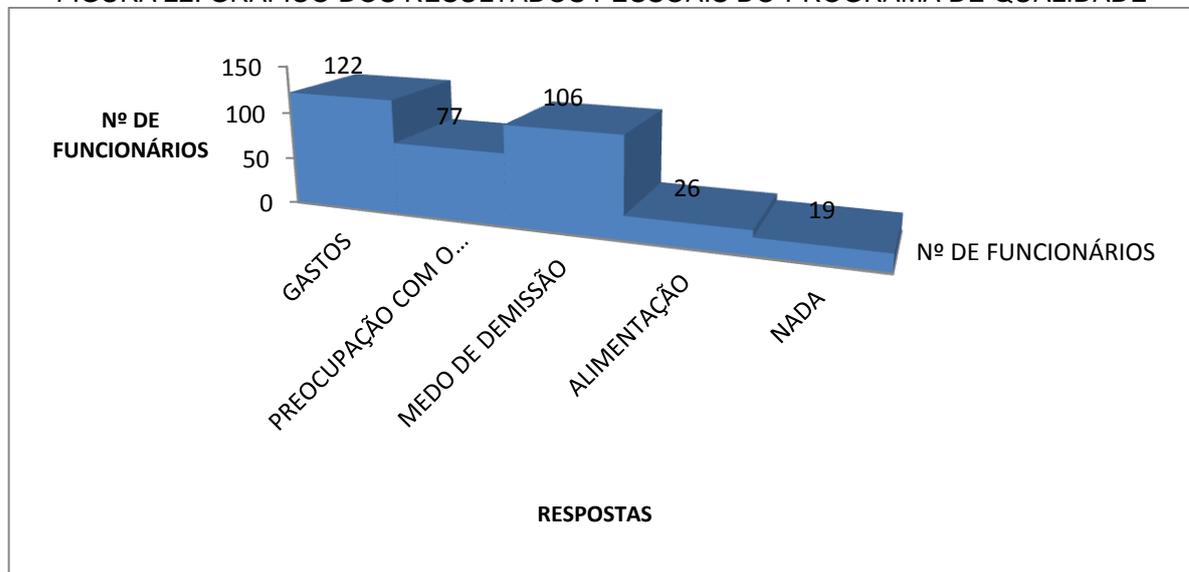
QUESTÃO 4 – Como esse Programa de Qualidade se reflete na sua vida particular (sua casa, família etc.)?

TABELA 16: REFLEXO DO PROGRAMA DE QUALIDADE NA VIDA PARTICULAR

RESPOSTAS	Nº DE FUNCIONÁRIOS	%
GASTOS	122	34,9%
PREOCUPAÇÃO COM O EMPREGO	77	22,0%
MEDO DE DEMISSÃO	106	30,3%
ALIMENTAÇÃO	26	7,4%
NADA	19	5,4%

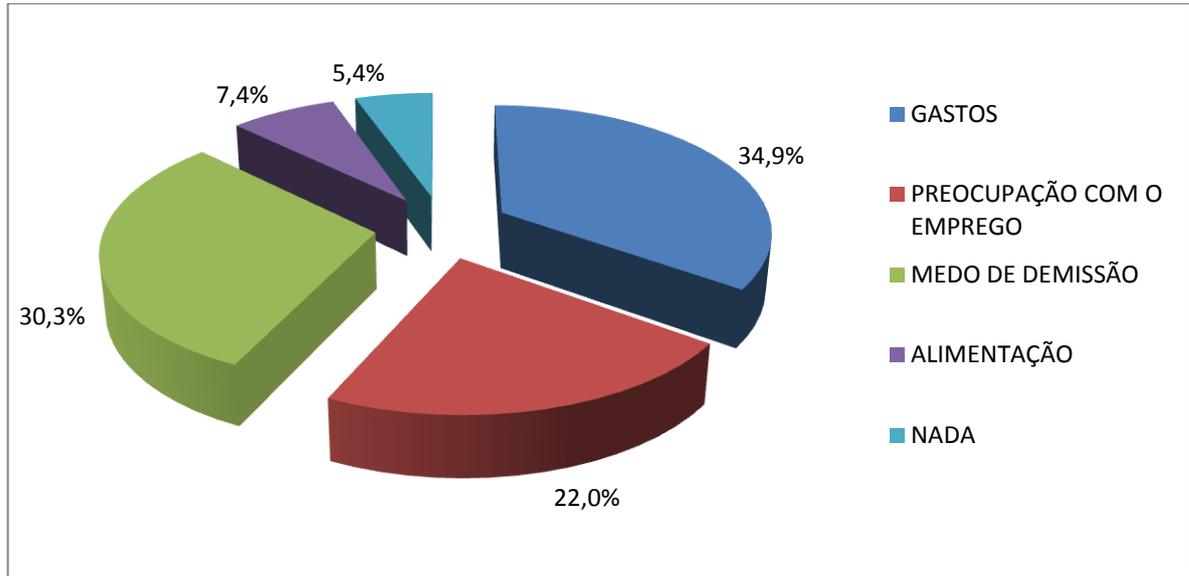
FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 22: GRÁFICO DOS RESULTADOS PESSOAIS DO PROGRAMA DE QUALIDADE



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

FIGURA 23: GRÁFICO DOS RESULTADOS PESSOAIS DO PROGRAMA DE QUALIDADE EM PERCENTUAL



FONTE: AUTORA DO ARTIGO

Finalmente, a questão 4 que corresponde ao Programa de Qualidade fora da empresa e junto aos familiares, em seus resultados mostra que os funcionários têm elevadas taxas de preocupação com os gastos, emprego e permanência no mesmo.

CONCLUSAO

Em 1832 Charles Chaplin dirigiu um filme chamado: “Tempos Modernos”.

O filme conta a história de um operário de uma linha de montagem, que testou uma "máquina revolucionária" para evitar a hora do almoço, e é levado à loucura pela "monotonia frenética" do seu trabalho. Após um longo período em um sanatório ele fica curado de sua crise nervosa, mas desempregado. Tempos Modernos, seria o primeiro filme de Charles Chaplin que utilizasse inteiramente um sistema de som. Entretanto, no filme apenas pode-se ouvir ruídos quando vozes são ditas por avisos de máquinas. Esta mudança foi feita pelo próprio Chaplin para tornar o som um símbolo da tecnologia e da desumanização no filme (<http://www.adorocinema.com/filmes/filme-1832/>).

A citação do filme de Chaplin é uma mostra de como a falta de qualidade de vida no trabalho pode vir a provocar danos à saúde do trabalhador. O filme foi produzido em 1936, segunda fase da Revolução Industrial. Foi uma época na qual, os empresários somente cobiçavam lucrar mais e o operário era explorado e forçado a trabalhar até 15 horas/dia, às vezes mais de 80 horas/semana, em troca de um salário baixo. Além disso, mulheres e crianças também eram obrigadas a trabalhar para sustentarem suas famílias. Portanto não existia qualidade de vida no trabalho e, com certeza, muitos trabalhadores passaram pela mesma situação do personagem.

Hoje se vive tempos de globalização. A concorrência entre empresas se tornou maior. Isso gerou a necessidade de maior e melhor produtividade. Para atingir esta melhoria, as empresas acabam por sobrecarregar seus funcionários e, essa sobrecarga, causa impactos no trabalhador. Isso se reflete em sua saúde: estresse, aumento de pressão arterial, dislipidemia.

A adoção de um Programa de Qualidade de vida pela empresa surge como solução para reduzir tais problemas. Isto, porém, não é uma tarefa fácil, pois o lucro é muito arraigado na cultura da empresa e tal Programa gera gastos que nem todos os empresários desejam.

Mas uma vez implantado este Programa, como o foi na empresa de grande porte deste artigo, ele deve ser muito mais do que oportunizar ao trabalhador a escolha de práticas de atividades físicas, de uma alimentação adequada; e de um melhor aproveitamento do tempo livre.

O Programa deve dar opções ao trabalhador para o aprimoramento de seus relacionamentos e de escolhas que fazem com que as pessoas tenham uma vida saudável. Qualidade de vida é ter plena consciência dos benefícios à saúde que essa escolha trará para as pessoas e um meio para que a empresa possa aproveitar melhor o potencial dos seus colaboradores.

Remetendo aos objetivos que nortearam esta pesquisa:

- Objetivo principal: é possível afirmar que o Programa “Qualidade de Vida” da empresa em estudo teve um impacto razoável no controle do nível de dislipidemia.

Os resultados são bastante significativos. Observa-se que nos três grupos o problema maior está na redução das taxas de triglicédeos. Quanto às taxas de colesterol houve melhoras que, naturalmente, se refletem no LDL e HDL, visto serem estas frações do colesterol total.

Pelos dados apresentados dos 350 funcionários, em termos da dislipidemia, o Programa está atingindo seu objetivo, pois a maioria apresentou redução nas taxas. Além do mais, ao dividir os funcionários em três grupos, considerando os índices limítrofes altos das taxas, a empresa está trabalhando com a prevenção, pois, como dito, a dislipidemia não apresenta sintomas, mas pode ter um prognóstico que pode levar à invalidez do trabalhador.

- Quanto aos objetivos específicos a avaliação final pode-se afirmar ser razoável. O instrumento para avaliação destes foi o questionário. Os resultados obtidos mostram que os funcionários: têm interesse no Programa; e que, pelas respostas obtidas, houve, com certeza uma melhoria na Qualidade de Vida dos funcionários, ou seja, o Programa está sendo efetivo.

No entanto é bastante claro que somente ações, como dieta e medicamentos, não são suficientes. Há a necessidade de outras mais, como reforço nas atividades físicas, por exemplo.

Ao avaliar o Programa, este artigo conclui pela necessidade de melhorias, pois está voltado, principalmente, a mudanças no estilo de vida de seus trabalhadores somente para a redução da dislipidemia.

É preciso lembrar que o trabalhador tem uma vida fora da empresa. E esta sua vida precisa ser levada em conta nas ações tomadas no Programa. Tais ações devem levar em consideração: redução da ansiedade com relação ao Programa e seus riscos materiais (os funcionários apresentam uma grande preocupação com

relação a uma demissão), histórico familiar, dependência química (tabagismo, álcool, uso de drogas), segurança no trabalho, ergonomia, relacionamento social e saúde espiritual. É necessário que se traga a família para conhecimento do Programa, pois só assim se mostra que o Programa é uma forma de melhoria para o funcionário e não uma ferramenta de demissão ou perdas futuras.

Do conceito de qualidade de vida no trabalho, a empresa ainda pode ter mais melhorias se adotar mais quatro feitos:

- Maior participação do trabalhador nas decisões da empresa;
- Reestruturação do cargo dos indivíduos ou grupos, com cargos que atendam às necessidades do trabalhador. O projeto do cargo inclui o enriquecimento do trabalho;
- Adoção de um sistema de recompensa: envolve todo o plano de cargo e salário da organização e tende a minimizar as diferenças salariais e de status entre os trabalhadores;
- Melhoria no ambiente de trabalho: através de mudanças físicas ou palpáveis nas condições de trabalho como: flexibilidade de horário, modificação do local dos equipamentos de trabalho, espaço e tempo para que o trabalhador possa exercer atividades físicas etc.

Com essas melhorias os operários tornam-se mais satisfeitos com seus serviços. Neste sentido, pode-se dizer que a qualidade de vida no trabalho afeta positivamente a produtividade de forma indireta, de modo que há aumento da coordenação, motivação e capacidade.

As ações de implementação de Programas de Qualidade de vida podem alcançar benfeitorias que contemplam tanto o próprio trabalhador, com lucros relacionados à saúde, estilo de vida, disposição geral, educação nutricional e riscos cardíacos, quanto à empresa.

REFERENCIAS

ALVES, Everton Fernando. **Programas e ações em qualidade de vida no trabalho**. Disponível em: http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/wp-content/uploads/2013/08/4_ARTIGO_vol6n1.pdf. p. 60-78, 2013. Acesso em 30 jun. 2014.

AZEVEDO, V.A.Z.; KITAMURA, S. **Stress, trabalho e qualidade de vida**. In: VILARTA, R; CARVALO, T.H.P.F.; GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G.L. (Orgs). **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Campinas: IPES Editorial. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114. Brasília/DF. 2001.

CARMELLO, Eduardo. **Qualidade De Vida No Trabalho**. Disponível em: http://www.rhportal.com.br/artigos/rh.php?idc_cad=a7o2sdrwi. Acesso em 30 ago. 2014.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez. 1992.

10 Coisas que Você Precisa Saber Sobre Dislipidemia. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-dislipidemia/>. Acesso em 30 jun. 2104.

Dislipidemia – Colesterol e Triglicérides. Disponível em: <http://www.institutoprocadiaco.com.br/dislipidemia.htm>. Acesso em 30 jun. 2014.

Dislipidemias. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/geriatria/dislipidemias>. Acesso em 05 jul. 2014.

MARTINEZ, Marina. **Dislipidemia**. Disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/dislipidemia/>. Acesso em 03 jul. 2014.

MASSOLA, Ricardo Martineli. **Etapas de Implantação de Programas de Qualidade de Vida e a Mudança de Comportamentos**. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/fef/qvaf/livros/alimen_saudavel_ql_af/diagnostico_funcamp/funcamp_cap7.pdf. Acesso em 30 ago. 2014.

MATO GROSSO DO SUL, Assembléia Legislativa do Estado de. **Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)**. Disponível em: http://www.recursohumanos.al.ms.gov.br/index.php?option=com_content&view=artiart&id=9:qualidade-de-vida-no-trabalho-qvt&catid=5:Not%C3%ADcias&Itemid=2. Acesso em 01 jul. 2014.

MINAYO MCS; HARTZ ZMA; BUSS PM. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde:Coletiva. 2000.

NETO, Rodrigo Antonio Brandão. **Dislipidemia aterosclerose e fatores de risco para doença cardiovascular.** Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5275/dislipidemia_aterosclerose_e_fatores_de_risco_para_doenca_cardiovascular.htm#. Acesso em 04 jul. 2014.

OLIVEIRA, Jisélia; SEIXAS, Luciana; CARVALHO, Thays. **Dislipidemias, uma das principais causas de Doenças Cardiovasculares.** Instituto Avançado de Ensino Superior de Barreiras, Barreiras (BA): IAESB. 2011.

Origem e evolução histórica da qualidade de vida do trabalho (QVT). Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/34530/origem-e-evolucao-historica-da-qualidade-de-vida-do-trabalho-qvt>. Acesso em 30 jun. 2014.

PIRES, Cíntia Oliveira de Souza. **Qualidade de vida no trabalho é estratégia competitiva.** Disponível em: <http://webinsider.com.br/2013/01/26/qualidade-de-vida-no-trabalho-uma-estrategia-competitiva/>. Acesso em 01 jul. 2014.

PORTELA, Girlene Lima. **Abordagens teórico-metodológicas.** Projeto de Pesquisa no ensino de Letras para o Curso de Formação de Professores da UEFS. 2004.

Qualidade de Vida no Trabalho – QVT. Disponível em: <http://www.coladaweb.com/administracao/qualidade-de-vida-no-trabalho-qvt>. Acesso em 30 jun. 2014.

Qualidade de Vida no Trabalho. Disponível em: <http://www.fisiotrab.com.br/GinasticaLaboral.php>. Acesso em 30 ago. 2014.

TEIXEIRA, Clarissa Stefani; PEREIRA, Érico Felden; ROCHA, Lizandra Salau da; SANTOS, Anderlei dos; MERINO, Eugenio Andrés Díaz. **Qualidade de vida do trabalhador: discussão conceitual.** Revista Digital - Buenos Aires - Año 14 - Nº 136 - Septiembre de 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd136/qualidade-de-vida-do-trabalhador.htm>. Acesso em 01 jul. 2014.

Tempos Modernos. Disponível em: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-1832/>. Acesso em 17 jul. 2014.

ANEXO – QUESTIONÁRIO

QUESTÃO 1 – Qual a sua ideia sobre um Programa de Qualidade?

- A – Já conhecia
- B – Nunca ouvi falar
- C – Não me interessa por isso
- D – Não sei

QUESTÃO 2 – Você faz parte de um Programa de Qualidade na empresa. Ele tem a ver com a sua vida atualmente?

- A – Sim
- B – Não
- C – Não sei

QUESTÃO 3 – Que resultados este Programa de Qualidade lhe trouxe?

QUESTÃO 4 – Como esse Programa de Qualidade se reflete na sua vida particular (sua casa, família etc.)?