

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO**

ISAURA DANIELLI BORGES DE SOUSA

**INDICADORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES DE UMA
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR: MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER**

Teresina

2022

ISAURA DANIELLI BORGES DE SOUSA

**INDICADORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES DE UMA
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR: MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Lopes e Silva Júnior

Teresina

2022

Universidade Federal do Piauí Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

Sousa, Isaura Danielli Borges de.

S725i Indicadores de saúde e qualidade de vida de servidores de uma
instituição de ensino superior: modelo teórico de nola pender / Isaura
Danielli Borges de Sousa. – – Teresina, 2022.

155 f.: il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia.

Bibliografia

1. Promoção da Saúde. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Instituições
de Ensino Superior. 4. Qualidade de Vida. I. Gouveia, Márcia Teles de
Oliveira. II. Título.

CDD 616.980 3

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

ISAURA DANIELLI BORGES DE SOUSA

**INDICADORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES DE UMA
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR: MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 14/07/2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marcia Teles de Oliveira Gouveia (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof. Dr. Fernando Lopes e Silva Júnior (Coorientador)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Maria Lúcia Do Carmo Cruz Robazzi (Examinadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra (Examinador)
Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos (Examinadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Prof. Dr. José Wicto Borges (Examinador)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino (Examinadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Olívia Dias de Araújo (Examinadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Dedico este trabalho aos meus pais, Judith e Valdemício, que são meus verdadeiros incentivadores da vida, e ao meu filho futuro.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial vai para o nosso criador, Deus. Sem Ele, eu não seria quem sou, não estaria onde estou e não faria o que faço. Foi Ele que me sustentou até agora! Foi Ele que me deu força, coragem, determinação e saúde para chegar até onde cheguei.

Agradeço aos meus pais amados. Minha mãe, Judith, que me ensinou a procurar minha liberdade e independência, mesmo não sendo o tipo de vida que ela conseguiu construir. Foi ela que me ensinou e me ensina a ser mulher, esposa e ser humano. Meu melhor exemplo de mulher. Quero ser seu espelho! Meu pai, Valdemício, que plantou em mim o desejo e sonho de ser doutora. Meu melhor exemplo de profissional que conheço, que me ensinou a ser honesta, trabalhadora e batalhadora.

Aos meus irmãos amados. Meu irmão mais velho, Isaac Daniel, que me ensinou a me comportar como ser humano e a entender o quanto é importante e prazeroso aprender para a vida. Meu melhor exemplo de pessoa que conheço! Se as pessoas fossem semelhantes a ele, com certeza, o mundo seria melhor. Minha irmã caçula, Iara Danielli, que me ensinou a ser mais firme, mais família e mais amável. É a responsável por nos manter unidos! Meu melhor exemplo de superação!

Aos meus sobrinhos e afilhados amados, Benjamim, Ester, Gabriela, Bernardo, Ana Miriam, Miguel (*in memoriam*), Rebeca, João Vitor, Thales Neto, Maria Isabela, José Augusto, Maria Eduarda; e à minha enteada, Ingrid. Nunca conseguirei descrever o quão importante vocês foram nesses últimos anos nem o quanto eu os amo! Obrigado por serem um motivo forte para seguir batalhando pelo meu sonho.

Ao meu amado esposo, Márcio. Acima de tudo, ele é a comprovação de que os propósitos de Deus nunca falham. Ele me ensinou que amar significa compreensão, respeito, paciência, paz, amizade e companheirismo. Mostrou-me que as diferenças nas pessoas podem sim se encaixar e construir um lar feliz. Com certeza, sem ele, seria mais difícil, pois ele esteve comigo nas longas madrugadas estudando e escrevendo, cuidou da casa, dos cachorros e organizou os bastidores para não me faltar nada. Meu melhor exemplo de tranquilidade!

Às minhas cunhadas e cunhado. Minha primeira cunhada Polyana, obrigada pela amizade, por me ensinar a ser cunhada e por me dar o prazer de amar de verdade

por meio dos meus sobrinhos. Eles são meus principais motivos para querer se melhor. Minha segunda cunhada Lívia Maria, obrigada por ser uma amiga acima de tudo e uma das principais responsáveis por hoje ser uma professora efetiva, jamais esqueço todo apoio e dedicação. Meu cunhado Rodrigo, obrigada por toda a animação nas etapas vencidas até agora.

Às minhas amigas de verdade, em especial Thays e Thayanne. Thays que me ensinou sobre o que é uma amizade verdadeira mesmo a 4.000km de distância. Obrigada pela torcida e por confiar na minha capacidade sempre. Taty que me ensinou que amizade verdadeira pode sim aparecer depois dos 30 anos de idade! Ensinou-me a ter garra e determinação.

À minha querida orientadora, Profa. Márcia Teles, que nem imagina o quanto tive sorte de tê-la comigo nesses anos. Ensinou-me que todos nós temos vida pessoal e, às vezes, é preciso parar um pouco e lembrar disso. Mostrou-me o quanto é importante uma orientação ser tranquila para que nosso sonho não se transforme em pesadelo. Meu melhor exemplo de sabedoria. Poderia ter feito mais nessa estrada percorrida, porém saiba que foi especial para mim!

Ao meu estimado coorientador, Fernando Lopes, que me ensinou sobre ter respeito pelos colegas e a não perder a motivação. Ensinou-me também a ser curiosa e me dedicar mais, embora não tenha conseguido alcançar tudo que foi projetado.

Agradeço a todos as pessoas citadas, pois foram importantes de forma direta para conseguir conquistar meu sonho de ser doutora. E, também, àqueles que não foram citados de forma direta, porém que fizeram pelo menos eu sorrir nesses últimos anos! Aos meus alunos, minha gratidão por serem compreensivos e me incentivarem sempre... esta conquista também é por e para vocês.

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso.” (John Ruskin)

RESUMO

SOUSA, Isaura Danielli Borges de Sousa. **Indicadores de saúde e qualidade de vida de servidores de uma instituição de ensino superior: Modelo Teórico de Nola Pender.** Orientador: Márcia Teles de Oliveira Gouveia. 2022. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2022.

Introdução: a qualidade de vida representa o resultado de fatores inseridos no estilo de vida do ser humano, em conjunto com as percepções individuais e determinantes sociais e de saúde. Nesse cenário, a saúde do trabalhador requer avaliações e cuidados para que esse grupo tenha qualidade de vida, desempenhando, assim, o labor, de forma produtiva. **Objetivo:** analisar os indicadores de saúde e a qualidade de vida dos servidores de uma Instituição Pública de Ensino Superior. **Método:** pesquisa desenvolvida com servidores públicos, em três etapas. Na primeira etapa, realizou-se levantamento do perfil dos afastamentos por meio de pesquisa retrospectiva transversal com dados secundários. Na segunda etapa, realizou-se pesquisa descritivo-analítica, de abordagem quantitativa, por meio de coleta de dados utilizando dois questionários, para avaliação dos indicadores de saúde; e para avaliar qualidade de vida, SF-36, aplicado a 133 participantes. As variáveis independentes quantitativas foram categorizadas, utilizando-se a mediana como referência para o ponto de corte. Utilizaram-se os testes de *Kolmogorov-Smirnov*, *t de Student* e ANOVA. Consideraram-se significativas as diferenças com $P < 0,05$. Para análise da qualidade, seguiram-se as orientações dos desenvolvedores do instrumento. Na terceira etapa, construiu-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender para os indicadores de saúde. O estudo foi previamente apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** os transtornos mentais e comportamentais apresentaram maior duração do tempo médio dos afastamentos (52,4 dias), sendo os homens com afastamentos mais duradouros. Em relação às atividades físicas, os servidores praticavam de forma regular nos últimos 2 anos por, no mínimo, 120 minutos semanais, com orientações de médicos externos à instituição e iniciativa própria. Apresentaram aumento de peso nos últimos 2 anos, alimentação mais saudável e foram acompanhados por profissionais de saúde, não médicos, para a melhora da alimentação e controle do peso. Para qualidade de vida, obteve-se escore global entre 25,8 e 84,7 pontos, com média (\pm desvio padrão) de 62,0 ($\pm 15,2$) pontos. O componente com menor valor médio foi o mental (58,2 \pm 17,0 pontos), com menores valores em vitalidade (51,1 \pm 12,3 pontos) e saúde mental (56,0 \pm 10,6 pontos). O componente físico apresentou menores escores médios de qualidade de vida em dor (51,0 \pm 16,2) e estado geral da saúde (57,0 \pm 23,4 pontos). No componente mental, verificaram-se associações no sexo e idade, sendo o sexo feminino e idade inferior a 40 anos com menores valores médios de qualidade de vida. Não foram encontrados resultados importantes para análise do tabagismo, visto a pesquisa ter uma amostra mínima de fumantes. **Conclusão:** existe uma associação entre os indicadores de saúde e características relacionadas ao trabalho

e à qualidade de vida. Foi possível a criação de diagramas com análise da saúde dos servidores. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender se configura como uma possibilidade de reorientação das estratégias voltadas à saúde ocupacional. O estudo aponta que a enfermagem dispõe de um diagrama próprio, que provou ser objetivo, de entendimento claro, prático e abrangente. É imprescindível que a instituição implemente atividades de promoção à saúde, voltadas aos indicadores estudados.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Saúde do Trabalhador. Instituições de Ensino Superior. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

SOUSA, Isaura Danielli Borges de Sousa. **Health indicators and quality of life of employees of a higher education institution: Nola Pender's Theoretical Model.**

Advisor: Márcia Teles de Oliveira Gouveia. 2022. 152 f. Thesis (PhD in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Piauí, Teresina, 2022.

Introduction: quality of life represents the result of factors related to the human being's lifestyle together with individual perceptions and social and health determinants. In this scenario, the worker's health requires assessments and care so that workers have quality of life and perform their work in a productive way. **Objective:** to analyze the health indicators and the quality of life of the employees of a Public Higher Education Institution. **Method:** research developed with public workers in three stages. In the first stage, a survey of the profile of absences was carried out through a cross-sectional retrospective research with secondary data. In the second stage, a descriptive-analytical research with a quantitative approach was carried out. Data were collected using two questionnaires to assess health indicators and the SF-36 to assess quality of life, applied to 133 participants. Quantitative independent variables were categorized using the median as a reference for the cut-off point. Kolmogorov-Smirnov test, Student's t test, and ANOVA were used. Differences with $P < 0.05$ were considered significant. The instrument developers' guidelines were followed for the qualitative analysis. In the third stage, Nola Pender's Health Promotion Model was constructed for health indicators. The study was previously assessed and approved by the Research Ethics Committee. **Results:** mental and behavioral disorders were involved in longer absences (mean 52.4 days), and men presented absences of longer duration. The participants had practiced physical activities regularly at least 120 minutes per week in the last 2 years, guided by physicians outside the institution and on their own initiative. They had gained weight, had a healthier diet, and were followed up by non-medical health professionals to improve their diet and weight control in the last 2 years. Regarding quality of life, an overall score between 25.8 and 84.7 points was obtained, with a mean (\pm standard deviation) of 62.0 (± 15.2) points. The component with the lowest mean value was the mental component (58.2 \pm 17.0 points), with lower values in vitality (51.1 \pm 12.3 points) and mental health (56.0 \pm 10.6 points). The physical component had lower mean quality of life scores in pain (51.0 \pm 16.2) and overall health status (57.0 \pm 23.4 points). In the mental component, there were associations between sex and age, with females and age younger than 40 years having lower mean values of quality of life. No important results were found for the analysis of smoking, since the survey had a minimal sample of smokers. **Conclusion:** there was an association between health indicators and characteristics related to work and quality of life. It was possible to create analytical diagrams of the health of the workers. Nola Pender's Health Promotion Model represents as a possibility to redirect strategies aimed at occupational health. The study points out that nursing has its own diagram, which proved to be objective, with a clear, practical and

comprehensive understanding. It is essential that the institution implements health promotion activities focused on the indicators studied.

Keywords: Health Promotion. Worker's health. Higher education institutions. Quality of life.

RESUMEN

SOUSA, Isaura Danielli Borges de Sousa. **Indicadores de salud y calidad de vida de los empleados de una institución de educación superior**: Modelo Teórico de Nola Pender. Mentora: Márcia Teles de Oliveira Gouveia. 2022. 152 ss. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Piauí, Teresina, 2022.

Introducción: la calidad de vida representa el resultado de factores introducidos en el estilo de vida del ser humano, junto con percepciones individuales y determinantes sociales y de salud. En este escenario, la salud del trabajador requiere evaluaciones y cuidados para que ese grupo tenga calidad de vida, desempeñando así el trabajo de forma productiva. **Objetivo:** analizar los indicadores de salud y la calidad de vida de los servidores de una Institución Pública de Educación Superior. **Método:** investigación desarrollada con funcionarios públicos, en tres etapas. En la primera etapa se realizó un levantamiento del perfil de las ausencias a través de una investigación retrospectiva de corte transversal con datos secundarios. En la segunda etapa, se realizó una investigación descriptivo-analítica, con enfoque cuantitativo, a través de la recolección de datos mediante dos cuestionarios, para evaluar indicadores de salud; y para evaluar la calidad de vida, SF-36, aplicado a 133 participantes. Las variables independientes cuantitativas se categorizaron tomando la mediana como referencia para el punto de corte. Se utilizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov, t de Student y ANOVA. Las diferencias con $P < 0.05$ se consideraron significativas. Para el análisis de calidad se siguieron las pautas de los desarrolladores del instrumento. En la tercera etapa, se construyó el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender para indicadores de salud. El estudio fue previamente evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** los trastornos mentales y conductuales tuvieron una mayor duración del tiempo medio de ausencia (52.4 días), siendo los hombres los de mayor duración. En cuanto a las actividades físicas, los funcionarios practicaron regularmente en los últimos 2 años por lo menos 120 minutos por semana, con orientación de médicos externos a la institución y por iniciativa propia. Tuvieron aumento de peso en los últimos 2 años, tenían una dieta más saludable y fueron acompañados por profesionales de la salud no médicos para mejorar su dieta y control de peso. Para la calidad de vida se obtuvo una puntuación global entre 25.8 y 84.7 puntos, con una media (\pm desviación estándar) de 62.0 (± 15.2) puntos. El componente con menor valor medio fue el componente mental (58.2 \pm 17.0 puntos), con valores más bajos en vitalidad (51.1 \pm 12.3 puntos) y salud mental (56.0 \pm 10.6 puntos). El componente físico presentó puntuaciones medias de calidad de vida más bajas en dolor (51.0 \pm 16.2) y estado general de salud (57.0 \pm 23.4 puntos). En el componente mental, hubo asociaciones entre el sexo y la edad, siendo el sexo femenino y la edad menor de 40 años los que presentaron menores valores medios de calidad de vida. No se encontraron resultados importantes para el análisis del tabaquismo, ya que la encuesta contó con una muestra mínima de fumadores. **Conclusión:** existe asociación entre indicadores de salud y características

relacionadas con el trabajo y la calidad de vida. Fue posible crear diagramas con análisis de la salud de los servidores. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender se configura como una posibilidad de reorientar las estrategias dirigidas a la salud ocupacional. El estudio apunta que la enfermería tiene un esquema propio, que resultó ser objetivo, con una comprensión clara, práctica y comprensiva. Es fundamental que la institución implemente actividades de promoción de la salud, enfocadas en los indicadores estudiados.

Palabras clave: Promoción de la Salud. Salud del trabajador. Instituciones de educación superior. Calidad de vida.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1–	Modelo da Organização Mundial da Saúde para o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis (2010)	57
Figura 2–	Quadro conceitual inicial com variáveis relacionadas à prática de atividade física, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021	61
Figura 3–	Quadro conceitual inicial com variáveis relacionadas à alimentação, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021	97
Figura 4–	Componentes de qualidade de vida dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021	98
Figura 5–	Quadro conceitual com variáveis do componente físico da qualidade de vida, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021	99
Figura 6–	Quadro conceitual com variáveis do componente mental da qualidade de vida, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021	100
Figura 7–	Quadro conceitual final da qualidade de vida, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade e tempo médio de afastamento dos servidores de uma instituição de ensino superior conforme cargo, local de trabalho e CID (n=318). Teresina, PI, Brasil, 2020	49
Tabela 2 – Comparação da quantidade e do tempo médio de afastamento por sexo dos servidores de uma instituição de ensino superior conforme cargo, local de trabalho e CID (n=318). Teresina, PI, Brasil, 2020	51
Tabela 3 – Características dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021	54
Tabela 4 – Atividade física dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021	55
Tabela 5 – Alimentação dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021	58
Tabela 6 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados às características socioeconômicas dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021	63
Tabela 7 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados à atividade física dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021	64
Tabela 8 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados à alimentação e tabagismo dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF - Atividade Física

ANOVA - Análise de Variância

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAFS - *Campus* Amílcar Ferreira Sobral

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Classificação Internacional de Doenças

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COVID-19 - Novo Coronavírus

CP - Controle de Peso

DM - Diabetes *Mellitus*

DNT - Doenças Não Transmissíveis

EQ-5D - EuroQol

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

GEISAT - Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IES - Instituição de Ensino Superior

IMC - Índice de Massa Corpórea

LV - Limiar Ventilatório

MA - Melhora na Alimentação

MOS SF-12 - *Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form*

MOS SF-36 - *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão Arterial

PDCA - *Plan-Do-Check-Act*

PI - Piauí

PNSST - Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho

QV - Qualidade de Vida

RJU - Regime Jurídico Único

SESMT - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho

SF-36 - *Medical Outcomes Short Form Health Survey*

SIASS - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador

SISOSP - Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

SRH - Superintendência de Recursos Humanos

SUS - Sistema Único de Saúde

TAE - Técnicos Administrativos em Educação

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPI - Universidade Federal do Piauí

WHO - *World Health Organization*

WHOQOL - *World Health Organization instrument to evaluate quality of life*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
1.1	Contextualização do problema e delimitação do objeto de estudo	21
1.2	Problema de Pesquisa	23
1.3	Hipótese	23
1.4	Justificativa e Relevância do Estudo	24
1.5	Objetivos	26
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	27
2.1	Qualidade de vida dos trabalhadores e fatores relacionados	27
2.2	Promoção da saúde do trabalhador	30
3	REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1	Modelo de promoção da saúde de Nola Pender	35
3.2	Componentes do modelo de promoção da saúde de Nola Pender	36
4	MÉTODO	40
4.1	Etapa 1: Identificação do perfil dos afastamentos dos servidores	40
4.1.1	Delineamento do estudo	40
4.1.2	Local e período do estudo	40
4.1.3	População do estudo	41
4.1.4	Instrumentos de coleta de dados	41
4.1.5	Operacionalização do estudo	41
4.1.6	Procedimentos para análise dos dados	42
4.2	Etapa 2: Descrição dos perfis socioeconômico e profissional e os indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida dos servidores	43
4.2.1	Delineamento do estudo	43
4.2.2	Local e período do estudo	44
4.2.3	População do estudo	44
4.2.4	Instrumentos de coleta de dados	45
4.2.5	Operacionalização do estudo	46
4.2.6	Procedimento para análise de dados	47
4.3	Etapa 3: Elaboração do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender por meio do perfil dos servidores	47

4.4	Aspectos éticos e legais da pesquisa	48
5	RESULTADOS	50
5.1	Identificação do perfil dos afastamentos dos servidores	50
5.2	Descrição do perfil socioeconômico e profissional	54
5.3	Descrição dos indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida dos servidores	56
5.4	Índices de qualidade de vida	62
5.5	Associação dos perfis socioeconômico e profissional e indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida	63
5.6	Elaboração do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender por meio do perfil dos servidores	71
6	DISCUSSÃO	80
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	113
8	CONCLUSÃO	114
8	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	116
	REFERÊNCIAS	118
	APÊNDICE	131
	ANEXOS	135

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e delimitação do objeto de estudo

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) é um conceito subjetivo que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais (OMS, 1995). Também está associada à sensação de satisfação com a vida e contentamento com o progresso da vida, realizações individuais, perspectivas, percepção dos próprios potenciais e recursos encontrados no ambiente social, cultural ou físico (GALAVIZ, 2018).

Entende-se por estilo de vida o conjunto de informações relacionadas não somente ao contexto da saúde, mas também aos contextos social, econômico, religioso, político, afetivo, dentre outros (ALMEIDA; CASOTTI; SENA, 2018). São ações que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, em que devem ser considerados elementos concorrentes ao bem-estar pessoal, controle do estresse, nutrição equilibrada, atividade física regular, cuidados preventivos com a saúde e cultivo de relacionamentos sociais (ALMEIDA, 2012).

O trabalho e os ambientes de trabalho, assim como hábitos e estilos de vida, afetam a saúde, a segurança, o bem-estar dos trabalhadores (JIMÉNEZ-BERNARDINO *et al.*, 2017) e, conseqüentemente, a QV (LOUZADO *et al.*, 2019). O trabalho, em conjunto com atividades diárias, vem representando a exaustão na maioria das vezes, sendo o responsável pelo maior consumo de tempo e energia do ser humano. O equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal deve ser avaliado como um potencial critério para o adoecimento do trabalhador, visto resultar em insatisfação, depressão e pressão intensa, tornando-se uma questão social generalizada (WU *et al.*, 2016).

No sentido de buscar a melhora da qualidade de vida das pessoas, a promoção da saúde consiste no conjunto de estratégias e formas para gerar saúde, no âmbito individual e coletivo. Assim, as políticas e tecnologias existentes visam à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e dos riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018).

As ações de promoção da saúde consistem em fornecer os meios necessários para melhorar a saúde dos indivíduos e estes exercerem maior controle sobre ela. Para tal, o indivíduo deve ser capaz de identificar as aspirações, satisfazer as necessidades e mudar o ambiente ou adaptar-se a ele (JIMÉNEZ-BERNARDINO *et al.*, 2017).

Modificações de comportamento, como dieta e atividade física, estão incorporadas nas realidades sociais, políticas e econômicas. O compromisso com a segurança e a saúde do trabalhador em todos os níveis de uma organização é essencial, e os líderes organizacionais devem reconhecer, priorizar e comunicar amplamente a segurança e a saúde do trabalhador no mesmo nível da qualidade dos serviços e dos produtos entregues por essa organização (SYED, 2020).

A mudança de comportamento pode ser estimulada a partir de um plano de ação implementado por um enfermeiro utilizando o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o qual identifica os fatores que podem favorecer ou dificultar a adoção de práticas de estilo de vida saudáveis (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Como indicador de saúde, a avaliação da qualidade de vida possibilita o estudo prospectivo de doenças (SU *et al.*, 2021). Estudos sobre QV não abordam grupos específicos de trabalhadores formais; a maioria dos dados disponíveis sobre o tema refere-se a grupos específicos, como mulheres, idosos e pessoas com doenças crônicas. Assim, as informações disponíveis acerca dos servidores públicos federais são insuficientes. Investigar esse tema contribui para diminuir a lacuna de conhecimento sobre os níveis de QV desse grupo e agregar ao arcabouço teórico e epidemiológico das políticas públicas de saúde do trabalhador.

Assim, na busca da QV dos trabalhadores, reconhecendo a importância da oferta da promoção da saúde e considerando que o manejo dessas atividades ainda se constitui um desafio na prática do cuidado em saúde, esta investigação tem como objeto de estudo a qualidade de vida dos trabalhadores e sua associação com os fatores que favorecem ou dificultam a mudança no comportamento do estilo de vida.

1.2 Problema de Pesquisa

Nos países ocidentais, os indivíduos trabalham por mais tempo devido ao aumento da idade da aposentadoria, exigindo, portanto um maior tempo da vida ativa, com boa saúde. O local de trabalho é identificado como um cenário promissor para a promoção da saúde devido à possibilidade de alcançar grandes grupos e à presença de uma rede social natural (KOUWENHOVEN-PASMOOIJ *et al.*, 2018).

Estilos de vida mais saudáveis, como atenção à nutrição, capacidade de gerenciamento do estresse e atividade física, são identificados naquelas pessoas com melhor equilíbrio entre tempo de trabalho e lazer (WU *et al.*, 2016). Além disso, notam-se o aumento da produtividade no trabalho e a diminuição de afastamentos por doença (ROBROEK; VAN LENTHE; BURDORF, 2013).

O trabalho influencia a saúde e a doença de várias maneiras, incluindo fatores relacionados ao labor, como renda e salário, horas de trabalho, níveis de carga de trabalho e estresse, interações com colegas, acesso a licenças médicas remuneradas ou não, ambientes laborais, entre outros elementos. Conseqüentemente, políticas podem ser introduzidas visando minimizar barreiras e melhorar o acesso às intervenções (SYED, 2020) para a produção e/ou manutenção da saúde dos trabalhadores.

Nos últimos 20-25 anos, a promoção da saúde é entendida como ferramenta, ou estratégia, promissora para enfrentar os problemas de saúde do ser humano e o contexto em que vive. Sua definição engloba o processo saúde-doença e os determinantes relacionados, propondo articulação de saberes técnicos e populares, bem como a necessidade de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Diante do exposto, surgiu a seguinte pergunta: quais os indicadores de saúde e características associadas ao trabalho que influenciam a qualidade de vida?

1.3 Hipótese

Para responder a esse questionamento, elaborou-se a seguinte hipótese: há uma associação entre os indicadores de saúde e as características relacionadas ao trabalho e à qualidade de vida.

1.4 Justificativa e Relevância do Estudo

Considera-se como ideal, para um estilo de vida saudável e QV, a adoção de práticas de atividade física sistematizada, considerando toda a condição de vida e saúde do sujeito. Porém, o que se observa é uma realidade pautada pelo acesso um tanto quanto restrito, dessa forma de prática, a algumas camadas da sociedade devido aos critérios socioeconômicos. Logo, existe um limite de responsabilização do sujeito perante os seus níveis de qualidade de vida em razão das possibilidades de escolha de hábitos e de estilos de vida (ALMEIDA, 2012).

As condições laborais e a forma de organização do trabalho que busca maior produtividade, eficiência e competitividade com base na produção de bens e serviços de alta qualidade fizeram com que os trabalhadores fossem submetidos a um esforço excessivo para satisfazer as demandas e exigências do mercado, levando o homem a viver pelo trabalho, o que, em muitos casos, tem como consequência a negligência da sua saúde física e mental. Isso, por sua vez, promoveu-lhes uma vida mais sedentária, com poucas oportunidades de relaxamento e recreação, o que se reflete no seu desempenho insuficiente no trabalho (JIMÉNEZ-BERNARDINO *et al.*, 2017), podendo estar representado por falhas.

Entre as intervenções sobre a saúde pública e saúde ocupacional, existem algumas práticas bem aceitas, como prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais. Incluem também atividades de promoção da saúde, como a capacitação de trabalhadores quanto ao estilo de vida saudável, qualidade das dietas, sono, aptidão física, estresse e saúde emocional. Ausência do tabaco, consumo pouco ou nenhum de bebida alcoólica, realização de exames e consultas periódicos, triagem de grupos de risco e vulneráveis, redução à exposição química, física, ergonômica e emocional também representam justificativas para a implantação de intervenções de proteção e promoção da saúde no local de trabalho, aumentando, assim, a satisfação e bem-estar do trabalhador (SYED, 2020).

Existem cinco explicações teóricas específicas sobre como os indivíduos mantêm mudanças iniciais de comportamento ao longo do tempo e em diferentes contextos. Os temas concentram-se nas mudanças de papéis de motivos,

autorregulação, hábitos, recursos e fatores contextuais, desde a mudança inicial de comportamento até a manutenção bem-sucedida (KWASNICKA *et al.*, 2016).

Estilos de vida mais saudáveis, que mantêm um equilíbrio entre trabalho e lazer, devem ser promovidos, contribuindo para a prevenção de doenças e, finalmente, beneficiando a economia social (WU *et al.*, 2016). Os programas de promoção da saúde no local de trabalho são projetados para ajudar os trabalhadores a tornarem-se mais qualificados no gerenciamento de suas condições crônicas e proativos em seus cuidados de saúde, melhorando seu estilo de vida, qualidade de dieta e atividade física, entre outros fatores (MAGNAVITA, 2018).

O trabalhador tem como princípio o direito à saúde integral no seu sentido irrestrito da cidadania plena, incluindo ações de promoção, prevenção e assistência, a serem executadas de forma integrada, por meio de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. Pressupõe uma ação de articulação com ampla e efetiva participação de trabalhadores, técnicos e pesquisadores, instituições de ensino, representantes sindicais, serviços, sociedade civil e outros atores institucionais e sociais (MARTINS *et al.*, 2017).

Existe um Modelo de Promoção da Saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014) que consiste na implantação de um plano de ação para mudança de comportamento perante o estilo de vida, buscando uma melhora na QV. Trata-se do Modelo de Nola Pender, sendo esta uma enfermeira que identifica o profissional enfermeiro como principal auxiliar na análise dos indicadores de estilo de vida e desenvolvimento do plano de ação para mudança de comportamento.

No local desta pesquisa, os servidores não realizam exames periódicos solicitados pela instituição, visto seguir o regime estatutário. Os exames compreendem a avaliação clínica, exames laboratoriais, de imagem e complementares designados conforme idade, sexo, características raciais, função pública e o grau de exposição do servidor a fatores de riscos nos ambientes de trabalho (físicos, químicos, biológicos e ergonômicos) (BRASIL, 2009c).

O interesse pela temática da pesquisa surgiu ao longo da vida profissional como docente, sendo observada a necessidade de estratégias de promoção da saúde voltadas à saúde ocupacional, visto ainda o elevado e crescente número de adoecimento em instituições de ensino, que pode afetar diretamente a qualidade de

vida. Além disso, teve-se a motivação pelo estudo após conversas com os orientadores, somada ao fato de ser do quadro efetivo da instituição estudada.

Portanto, esta pesquisa revela a necessidade de discussões quanto à saúde do trabalhador servidor público no intuito de identificar possíveis formas para a mudança de comportamento e dos estilos de vida desse grupo, bem como pretende contribuir com a reflexão para o desenvolvimento de estratégias e ações de promoção da saúde, as quais possibilitem desenvolver uma abordagem preventiva eficaz diante dessa possível problemática.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral

Analisar os indicadores de saúde e a qualidade de vida dos servidores de uma Instituição de Ensino Superior (IES).

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil dos servidores e seus afastamentos de uma IES;
- Descrever os perfis socioeconômico e profissional e os indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida dos servidores de uma IES;
- Verificar se existe associação entre os perfis socioeconômico, profissional e qualidade de vida dos servidores de uma IES;
- Verificar se existe associação entre os indicadores de saúde e qualidade de vida dos servidores de uma IES;
- Verificar se existe associação entre as características relacionadas ao trabalho e qualidade de vida dos servidores de uma IES;
- Elaborar o diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender por meio das características dos servidores de uma IES.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

Neste tópico da tese, apresenta-se o arcabouço temático que sustenta o tema desta pesquisa e está dividido em duas partes: (1) Qualidade e estilo de vida dos trabalhadores e fatores relacionados; e (2) Promoção da saúde do trabalhador.

2.1 Qualidade e estilo de vida dos trabalhadores e fatores relacionados

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de qualidade de vida é descrito por meio do *World Health Organization instrument to evaluate quality of life* (WHOQOL), sendo definida como:

Uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (OMS, 1995).

Para esta pesquisa, adotou-se o conceito de qualidade de vida definido pela Organização Mundial da Saúde acima.

Essa definição se baseia no aspecto multifatorial da QV, tendo como referência os quatro domínios na versão abreviada do questionário que regem as diferenças dos indivíduos, sendo eles a saúde física e psicológica, relações sociais e o meio ambiente (LANDEIRO *et al.*, 2011).

Considera-se a QV uma expressão geral e relativamente nova que substitui palavras antigas, como felicidade e bem-estar (SERINKAN; KAYMAKÇI, 2013). É um estado psicológico que representa uma medida de sete domínios de satisfação com a vida, a saber: bem-estar material; bem-estar emocional; produtividade; intimidade; segurança; comunidade; e saúde (CUMMINS *et al.*, 2003).

Segundo Trzebiatowski (2011), ainda não foi formulada uma definição perfeita de QV que seja aplicável em pesquisas interdisciplinares, tornando-se popular apenas na perspectiva do desenvolvimento social, econômico e cultural.

A QV é uma medida importante para avaliação da situação de saúde de indivíduos e populações. É fortemente influenciada pelas mudanças ambientais,

tecnológicas, econômicas e de relações de trabalho constantes (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017).

As definições da qualidade de vida podem estar relacionadas a fatores subjetivos e fatores globais. A subjetividade permite a distinção de qualidade de vida da noção objetiva de “padrão de vida”. Já a abordagem global, ou multidimensional, permite reconhecer a diferença entre examinar a qualidade de vida do ponto de vista global e a qualidade de vida relacionada à saúde ou doença preexistente. Com isso, para avaliar a qualidade de vida, faz-se necessário utilizar mais de um instrumento de avaliação (DAVOGLIO; LETTNIN; BALDISSERA, 2015).

Os aspectos subjetivos são mensurados a partir da caracterização prévia do ambiente histórico-social em que vive o grupo ou o indivíduo, o que torna possível uma análise sobre os níveis de qualidade de vida, sendo relativos às necessidades, expectativas e percepções individuais (ALMEIDA, 2012).

A avaliação da qualidade de vida acontece por meio de instrumentos como o *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form* (MOS SF-36), o *Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form* (MOS SF-12), o EuroQol (EQ-5D) e o WHOQOL-100 (LANDEIRO *et al.*, 2011).

Já o estilo de vida corresponde ao comportamento pró-saúde que pode gerar resultados de saúde positivos ou negativos. Também é considerado como o resultado de decisões conscientes dos indivíduos que querem melhorar a si mesmos e a sociedade, sendo uma configuração única do comportamento rotineiro, que depende em grande parte da qualidade de vida disponível (KOWALCZYK; ZAWADZKA, 2020).

Escolhas saudáveis derivam das condições que o ambiente oferece ao sujeito, desde opções de consumo até noções de necessidades e desejos, visto que tudo isso deriva da sociedade. A qualidade de vida potencializa-se na educação social da população e na busca constante da cidadania. Sendo assim, o caráter educativo e pedagógico justifica a inserção da qualidade de vida nas políticas públicas, já que a condição de vida e o estilo de vida, incontestavelmente, são fatores primordiais para o avanço global da sociedade (ALMEIDA, 2012).

Estilo de vida é um conjunto relativamente integrado de práticas individuais voltado às necessidades utilitárias de como agir ou quem ser, que consiste em uma série de ações aparentemente automáticas, relativas aos hábitos de comer, vestir,

formas de morar e modos de deslocar-se em espaços e ambiente diversos (SANCHES; OLIVEIRA; NAPPO, 2005).

O ser humano transporta, em si, um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados e modificados em função do processo de socialização, durante toda a vida dos indivíduos, e que vão refletir nos estilos de vida de cada sujeito. O estilo de vida representa mais do que um agregado de decisões individuais que afetam a vida pessoal, a vida coletiva e sobre as quais revela ter algum controle. Além disso, é um aglomerado de padrões comportamentais diretamente relacionados e que dependem das condições econômicas, políticas, sociais, culturais e educacionais da sociedade em geral (FIGUEIREDO, 2015).

O estilo de vida, como multidimensional, e a saúde fazem parte de um sistema organizacional bem maior e na sua complexidade conseguem interagir e possibilitam o estilo de vida saudável. A busca de uma totalidade é incoerente ao estudo do estilo de vida saudável, uma vez que resultará em um processo de simplificação da realidade, que não pode ser simplificada. Deve-se, portanto, priorizar a busca pela complementaridade, seja na saúde, seja no estilo de vida (ALMEIDA; CASOTTI; SENA, 2018).

Uma boa vida é estabelecida, em um primeiro momento, pelo ambiente físico-social e, posteriormente, pelas escolhas do sujeito para sua própria vida. A partir desse ponto, o que ele consegue ou não realizar é decorrente das oportunidades disponíveis e, também, do seu esforço diante das oportunidades que sua condição de vida oferece (ALMEIDA, 2012).

A adoção de um estilo de vida saudável é um fator determinante perante a situação de saúde e de vida das pessoas. Porém, muitas vezes, isso não ocorre, não por falta de vontade, mas pela ausência de condições socioeconômicas favoráveis. Hábitos como uma nutrição adequada, horas de descanso, visitas periódicas ao médico e prática frequente de atividade física nem sempre são possíveis para todos os indivíduos devido aos modos e às condições de vida que não possibilitam tais atividades (ALMEIDA, 2012).

A inatividade física é responsável por 9% da mortalidade prematura em todo mundo, sendo um fator de risco modificável mais prevalente para doenças não transmissíveis, e apesar de estar associado a um risco aumentado de doença cardíaca coronariana, hipertensão, diabetes tipo 2, obesidade e distúrbios

osteomusculares, 23% dos adultos em todo o mundo não cumprem as recomendações de atividade física (WHO, 2013).

A preocupação com a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis possibilitou à Organização Mundial da Saúde (OMS) identificar as quatro principais causas comportamentais de morte prematura em seu plano de ação global, a saber: inatividade física, dieta não saudável, uso de tabaco e uso nocivo de álcool (WHO, 2013).

Pode-se ainda acrescentar que os estilos de vida resultam da mudança do meio em que o indivíduo está inserido (processo ativo) e que ele assume conscientemente, pelas suas escolhas, a procura de uma melhor condição, isto é, os estilos de vida são métodos de ação integrados que visam maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que vive (FIGUEIREDO, 2015).

2.2 Promoção da saúde do trabalhador

2.2.1 A saúde do trabalhador no serviço público

Até a Constituição de 1988, os mecanismos de proteção à saúde do trabalhador estavam limitados às normas reguladoras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo pautados pelo conceito de saúde ocupacional, com foco na preservação da força de trabalho com um campo de intervenção restrito às atividades de assistência e fiscalização: perícias médicas, exames periódicos e prevenção de riscos e de acidentes de trabalho. Até então, os servidores públicos não dispunham de qualquer tipo de regulação e instrumentos de proteção à saúde. As primeiras medidas nesse sentido surgem a partir do Regime Jurídico Único-RJU (Lei 8112/90) e traduzem-se em normas específicas de regulação, restritas às licenças médicas e aposentadorias por invalidez (MARTINS *et al.*, 2017).

Em 1993, criou-se o Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT) com o objetivo de construir uma proposta para normalizar, regular e monitorar as relações de trabalho e saúde dos trabalhadores, incluindo os servidores públicos (MARTINS *et al.*, 2017).

Na tentativa de estruturar e regulamentar um sistema de proteção social para os servidores públicos, o Ministério do Planejamento instituiu, em 2006, o

Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP) (BRASIL, 2009b), o qual sofreu reformulação e foi substituído pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (SIASS) (BRASIL, 2009b), que restringiu o conceito de Saúde do Trabalhador para “[...] a expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho” (MINAYO-GÓMEZ, 2011). Com isso, as relações trabalho-saúde passam a pressupor interdisciplinaridade e participação dos trabalhadores como sujeitos ativos e centrais no planejamento e implementação das ações de transformação dos processos de trabalho (MARTINS *et al.*, 2017).

Em 2011, criou-se a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), o Decreto-Lei nº 7.602, de 7 de dezembro de 2011. A PNSST tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção Integral à Saúde do Trabalhador, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, bem como à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Práticas voltadas à saúde do trabalhador geralmente englobam intervenções focadas na prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais, como também atividades de promoção da saúde, como capacitar os trabalhadores a tornarem-se mais qualificados para melhorar seu estilo de vida, qualidade de dietas, sono e aptidão física. Tais práticas fornecem benefícios, como maior satisfação no trabalho e bem-estar do trabalhador. Os fatores de estilo de vida são capazes de gerenciar problemas de saúde dos trabalhadores, como obesidade, síndrome metabólica e diabetes mellitus tipo II, entre outros elementos (SYED, 2020)

Fatores do estilo de vida estão diretamente e indiretamente associados à ausência de doença, os quais são importantes para a capacidade de um indivíduo trabalhar durante uma faixa etária em que o aparecimento de doenças não transmissíveis, incapacidade permanente e morte ainda são muito raros (VIRTANEN *et al.*, 2018). Uma das barreiras para o alcance do bem-estar dos trabalhadores no ambiente laboral são os gastos que precisam fazer com financiamento próprio. Esse é um ponto importante, uma vez que as intervenções comportamentais são

moduladas por circunstâncias sociais e materiais que, de outra forma, poderiam afetar a morbimortalidade (SYED, 2020).

Com isso, observa-se a estruturação das preocupações voltadas à saúde do servidor público, desde a criação de setores específicos até a implementação de uma política e desenvolvimento de sistema específico.

2.2.2 Modelos para promoção da saúde do trabalhador

O termo promoção da saúde está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Além disso, está interligado à combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parceiras intersetoriais, sendo, portanto, entendido como ações de responsabilidade múltipla, tanto nos problemas, como nas soluções propostas (BUSS, 2000).

As atividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas após discussões nas conferências internacionais de promoção da saúde (Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jacarta), sendo compreendidas como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, a adoção de estilo de vida saudável, a mudança de comportamento, o lazer e a prática de atividade física (FONSECA, 2000).

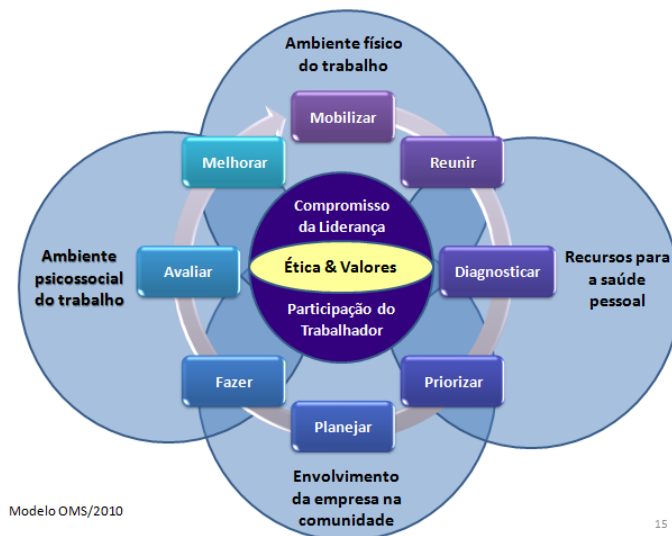
A Carta de Ottawa traz as cinco principais áreas de atuação da Promoção da Saúde, a saber: (1) a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis; (2) a criação de ambientes favoráveis à saúde; (3) o reforço da ação comunitária; (4) o desenvolvimento das habilidades pessoais; e (5) a reorientação do sistema de saúde. Para a criação de ambientes favoráveis à saúde, a Carta define que as ações devem envolver o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade. Quanto ao desenvolvimento de habilidades pessoais, determina que é necessária a divulgação de informações sobre educação para a saúde no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo. Também, que a organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável” (BANDINI, 2017).

A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar as

soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Além disso, podem contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando maiores chances no alcance dos objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde quanto para a prevenção de doenças (FONSECA, 2000).

A OMS (2010) sugere o modelo de melhoria contínua, conhecido como PDCA (Figura 1), do inglês *Plan-Do-Check-Act* e em português Planejar-Fazer-Avaliar-Melhorar, para o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis. Tal modelo serve como base para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Segundo Bandini (2017), o ciclo PDCA é fundamental para garantir que a avaliação das ações planejadas e implementadas possa gerar correções que visem a programas cada vez mais efetivos. Além disso, existem elementos críticos que o precedem, por exemplo, a mobilização das partes interessadas, a reunião de recursos e competências necessárias, o correto diagnóstico situacional e a devida priorização das ações e dos resultados pretendidos para, só então, entrar no ciclo PDCA. É também fundamental que o modelo considere o engajamento e o compromisso da liderança, a participação dos trabalhadores e, principalmente, a elaboração e a implementação de programas que estejam alinhados com a ética e os valores (BANDINI, 2017).

Figura 1 – Modelo da Organização Mundial da Saúde para o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis (2010)



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2010).

Na tentativa de promover a saúde, a teoria da manutenção da mudança de comportamento pode fornecer orientações sobre o desenvolvimento e a avaliação de intervenções que promovam mudanças sustentadas nos comportamentos de saúde. A educação em grupo ministrada por membros da comunidade leiga ou por profissionais de saúde é uma estratégia promissora de prevenção de doenças, como a diabetes e a obesidade, sendo necessárias intervenções eficazes, principalmente em países de baixa e média renda (GALAVIZ *et al.*, 2018).

Dieta e atividade física são exemplos de intervenções que podem melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, assim como as iniciativas de saúde total do trabalhador, que envolvem fatores ambientais, organizacionais e psicossociais relacionados ao trabalho, incluindo o controle de riscos e exposições físicas, biológicas e psicossociais, organização do trabalho, compensação e benefícios, suporte de ambiente construído e integração vida-trabalho. As iniciativas de saúde total do trabalhador exploram oportunidades para proteger os trabalhadores e melhorar sua saúde e bem-estar e o de suas famílias, melhorando as condições de trabalho por meio de programas, práticas e políticas no local de trabalho, pela redução da carga horária e controle dos custos individuais com saúde e economia social (SYED, 2020).

Alguns dos obstáculos para a realização de intervenções para a promoção da saúde foram identificados por Magnavita (2018), a saber: restrições de tempo, escassez financeira e de recursos humanos, falta de flexibilidade na organização do trabalho, como rotação de empregos, bem como atitudes de funcionários e gerentes, como a relutância em mudar hábitos de trabalho e práticas. Com isso, é importante considerar a abordagem, tanto do ponto de vista coletivo quanto individual, no sentido de melhoria das condições de trabalho, do ambiente ocupacional, da organização do trabalho, da família, da comunidade e dos contextos sociais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Na sequência, apresenta-se a teoria que foi embasada para o desenvolvimento do estudo, dividido em duas partes, a saber: (1) Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender; (2) Componentes do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

3.1 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A Teoria Modelo de Promoção da Saúde, desenvolvida por Nola J. Pender, enfermeira e professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan (Estados Unidos), foi publicada pela primeira vez em 1982, no texto do *Health Promotion in Nursing Practice*. Com base em investigações posteriores, foi revista, encontrando-se atualmente em sua sétima edição, publicada no ano de 2014 (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

O modelo de Nola Pender é baseado em teorias da psicologia e aborda alguns conceitos, como a pessoa como um organismo biopsicossocial que é, em partes, modificado pelo ambiente e procura ambientes onde suas características sejam facilmente expressas; o *ambiente* como contexto social, cultural e físico no qual a vida desdobra-se e que pode ser moldada para facilitar comportamentos mais saudáveis; a *enfermagem*, que colabora com a comunidade, indivíduos e famílias para criar um ambiente que promova a saúde e o bem-estar; a *saúde* como comportamentos que envolvem o autocuidado, relacionamentos satisfatórios e atitudes que promovam um ambiente saudável e estruturado; e a *doença*, aguda ou crônica, que pode dificultar ou facilitar a adoção de atitudes saudáveis (PENDER, 2012).

Surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de orientar a exploração do processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde. A teoria pode ser uma proposta de realizar intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, em relação à mudança de comportamento, em bases mais sólidas (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Descreve os mecanismos causais do comportamento de promoção da saúde, devendo o profissional que está aplicando o modelo focar na observação do aumento da atividade física, na autoeficácia do exercício, nos benefícios e nas barreiras do exercício e no compromisso com um plano de atividade. Propõe o compromisso com um plano de ação, que pode ser executado por meio de exercícios regulares, bem com a percepção das barreiras existentes nesse processo (PENDER, 2002).

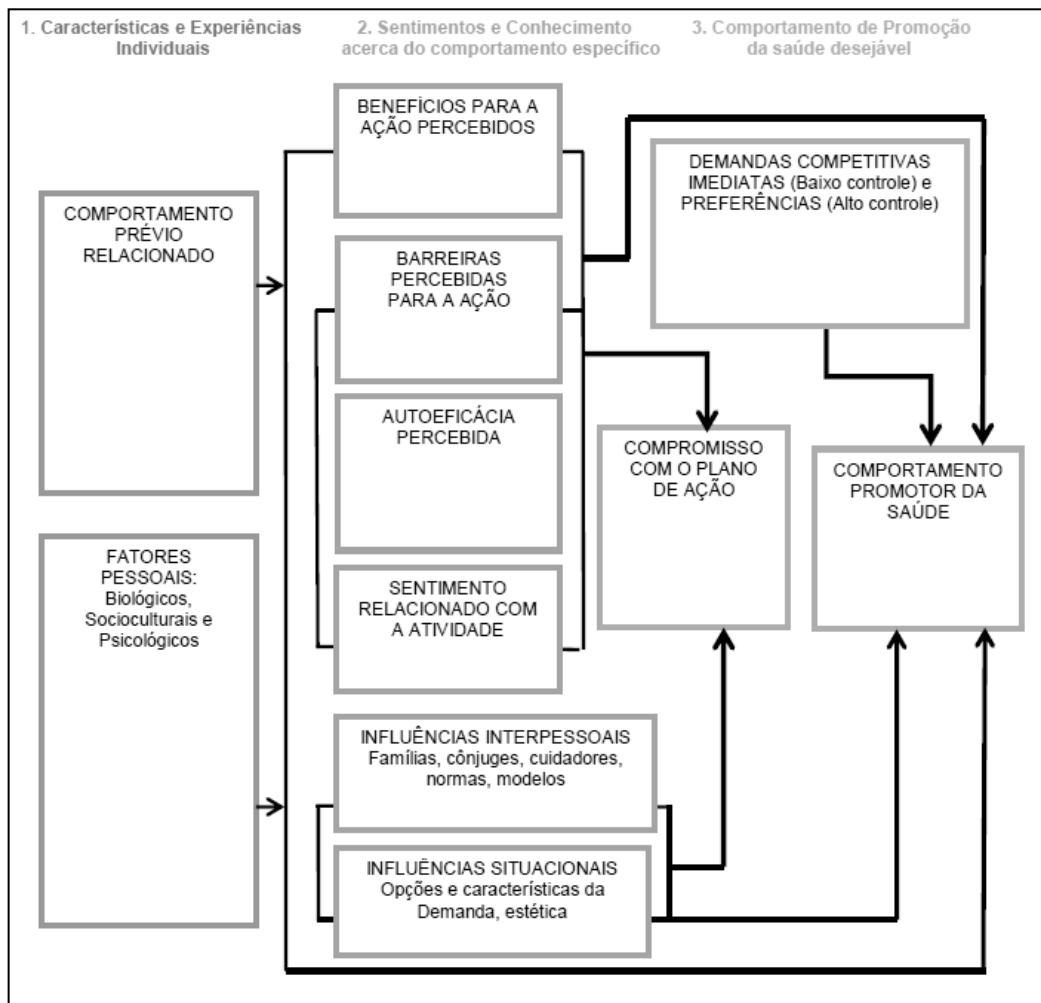
As proposições teóricas derivadas do Modelo de Nola Pender fornecem uma base para o trabalho de investigação do enfermeiro sobre comportamentos de saúde, tornando aparente o que é possível fazer na promoção da saúde dos indivíduos (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014). Enfatiza ainda o papel central do indivíduo na gestão dos seus comportamentos, entendendo a promoção da saúde como um comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e valorizar o potencial para o estado de ótima saúde.

As bases teóricas que apoiam o modelo de Pender fundamentam-se em três teorias relacionadas ao comportamento: Teoria do Valor, de Victor Vroom, que parte do pressuposto de que se o indivíduo reconhece benefícios na mudança de conduta, as metas estabelecidas para a mudança são alcançadas; Teoria Social Cognitiva, de Albert Bandura, que observa a interação entre pensamentos, comportamentos e ambiente como essenciais para a mudança comportamental; e Teoria da Ação Racionalizada e Ação Planejada, de Martin Fishbein, que ressalta o comportamento como decorrente de escolhas conscientes por parte do indivíduo (PENDER, 2012).

3.2 Componentes do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Para Nola Pender, os conceitos da teoria agrupam-se formando três componentes principais: “Características e Experiências Individuais”, “Sentimentos e Conhecimento acerca do Comportamento Específico” e “Comportamento de Promoção da Saúde Desejável”, conforme ilustrado no diagrama do modelo (Figura 2).

Figura 2 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: PENDER; MURDAUGH; PARSONS (2014).

De acordo com Victor, Lopes e Ximenes (2005), a partir da análise realizada em seu trabalho na tentativa de evidenciar o uso da teoria na prática da enfermagem, na Teoria de Nola Pender, os três conceitos principais englobam aspectos específicos, os quais estão descritos na sequência:

1. Características e Experiências individuais;

- Comportamento prévio relacionado: frequência do comportamento anterior. Produz efeitos diretos e indiretos sobre as condutas de saúde;

- Fatores pessoais: são preditores de um dado comportamento e podem ser moldados pela natureza do comportamento-alvo a ser considerado. Classificam-se como biológicos (idade, sexo, índice de massa corpórea, capacidade aeróbica, força, entre outros); psicológicos (autoestima, automotivação, estado de saúde

percebido, entre outros); e socioculturais (etnia, escolaridade, nível socioeconômico, entre outros).

2. Sentimentos e Conhecimento acerca do Comportamento:

- Benefícios para ação percebidos: são representações mentais das consequências positivas que decorrerão do comportamento de saúde. Têm efeito de motivação para a ação;

- Barreiras percebidas para ação: são percepções negativas, acerca de dificuldades, reais ou imaginadas, para a adoção de um comportamento. São vistas como custos pessoais e dificultam o compromisso com a ação;

- Autoeficácia percebida: julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento promotor de saúde. Influencia as barreiras percebidas para a ação, de modo que uma maior autoeficácia percebida resulta em percepções reduzidas acerca das barreiras ao desempenho comportamental;

- Sentimento em relação ao comportamento: sentimentos subjetivos, positivos ou negativos, que ocorrem antes, durante ou depois ao comportamento;

- Influências interpessoais: conhecimentos relativos aos comportamentos e crenças de outras pessoas, incluindo normas e apoio social. As fontes primárias de influências interpessoais são as famílias, os cônjuges e os profissionais de saúde;

- Influências situacionais: são consideradas como as percepções de compatibilidade do contexto de vida ou do meio ambiente com o exercício ou comportamento específico de saúde, podendo ser compreendidas a partir da percepção de que o ambiente é um facilitador ou dificultador para determinados comportamentos.

3. Comportamento de Promoção da Saúde Desejável:

- Compromisso com o Plano de Ação: a intenção e planejamento de estratégias que possibilitam ao indivíduo executar e manter o comportamento de promoção da saúde;

- Demandas Competitivas Imediatas e Preferências: as demandas competitivas são comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm um controle reduzido, tais como o trabalho ou as responsabilidades de cuidar da família. As preferências são comportamentos alternativos que competem com o comportamento desejado, contudo sobre os quais o indivíduo detém alto controle, tais como a escolha de um sorvete ou de uma maçã para o lanche;

- Comportamento de Promoção da Saúde: fim de uma ação, orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos, tais como o bem-estar e realização pessoal.

No sentido de compreender o diagrama, entende-se por “Pessoa” um organismo biopsicossocial que interage com o ambiente, havendo transformação mútua. Possui um conjunto de características e experiências específicas que vão condicionar e afetar seus comportamentos de saúde. O “Ambiente” é o contexto cultural e psicológico no qual a vida se desenvolve. Pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador de adoção de comportamentos de saúde. A “Saúde”, por sua vez, é o resultado desejado do comportamento de promoção para a saúde, que depende de fatores intrínsecos à pessoa e ao ambiente. Consiste em um alto nível de bem-estar e pode ser modificada por meio de ações de enfermagem. E a “Enfermagem” deve assumir um compromisso com o indivíduo, corresponsabilizando-o pelo seu processo saúde-doença. Além disso, deve criar condições favoráveis para a pessoa atingir um elevado nível de bem-estar e saúde, controlando os determinantes dos comportamentos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

O papel da enfermagem consiste na capacidade de auxiliar o indivíduo a cuidar-se, estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis. Nesse contexto, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender surge como uma proposta de articulação entre teorias comportamentais e teorias de enfermagem visando compreender as relações entre a adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis a partir do contexto biopsicossocial (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2014).

Com isso, reforça-se a escolha pelo Modelo de Promoção da Saúde de Pender como referencial teórico deste estudo acreditando no potencial humano para mudança de comportamentos, sendo uma proposta para planejar, implementar e avaliar as ações de promoção da saúde, identificando, a partir do contexto biopsicossocial de cada indivíduo, os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis.

4 MÉTODO

Para desenvolvimento do estudo e alcance dos objetivos, realizaram-se três etapas: (1) Identificação do perfil dos afastamentos dos servidores; (2) Descrição dos perfis socioeconômico e profissional e os indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida dos servidores; (3) Elaboração do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender por meio do perfil dos servidores.

4.1 Etapa 1: identificação do perfil dos afastamentos dos servidores

4.1.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal retrospectivo a partir de dados secundários.

Estudos transversais medem a prevalência da doença em um determinado momento, realizado a partir de amostras aleatórias e representativas da população, independentemente da existência de exposição e desfecho. Uma das finalidades dos estudos transversais é levantar questões relacionadas à presença de uma associação (FREIRE; PATTUSSI, 2018).

Os estudos transversais são capazes de obter dados fidedignos que permitam conclusões confiáveis, robustas, além de gerar novas hipóteses a serem pesquisadas posteriormente. Nesta pesquisa, as variáveis são observadas em um único momento, no qual o pesquisador registra as informações de interesse (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018). No estudo retrospectivo, o pesquisador colhe informação pregressa dos fatores de exposição (CAMARGO; SILVA; MENEGUETTI, 2019).

4.1.2 Local e período do estudo

O cenário do estudo foi a Universidade Federal do Piauí (UFPI), instituição federal de Ensino Superior sediada na cidade de Teresina, estado do Piauí e com *campi* nas cidades de Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus.

Na instituição pública pesquisada, ligada à Superintendência de Recursos Humanos (SRH), existe o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do

Trabalho (SESMT), o qual é responsável por elaborar laudos periciais, em questões ligadas com a segurança do trabalho e ambiente laboral; elaborar programa de controle médico de saúde ocupacional e programa de prevenção de riscos ambientais; elaborar e emitir laudos, projetos e relatórios que envolvam aspectos relacionados à segurança do trabalho; elaborar laudo técnico para a concessão, revisão ou suspensão de adicionais ocupacionais (UFPI, 2016).

A UFPI ainda possui o setor de Perícia Médica, responsável por realizar perícias médicas singulares e juntas periciais dos servidores e seus dependentes legais nos processos de licença de saúde, aposentadoria por invalidez, readaptação, nexos de acidentes, doença relacionada ao trabalho, entre outros previstos na legislação (UFPI, 2016).

Essa etapa 1 foi desenvolvida no ano de 2021.

4.1.3 População do estudo

A população do estudo foi composta dos 318 afastamentos para tratamento da própria saúde de servidores da instituição pública de ensino superior selecionada para estudo, cadastrados no ano de 2019, no SIASS. Excluíram-se aqueles afastamentos para acompanhamento/tratamento de familiar.

4.1.4 Instrumentos de coleta de dados

Para essa etapa 1, os dados foram inseridos em planilhas de Excel para posterior análise estatística. Todas as informações contidas nos relatórios foram exploradas.

As variáveis pesquisadas foram doenças, unidade de lotação, idade, sexo, quantidade de afastamentos e duração dos afastamentos.

4.1.5 Operacionalização do estudo

A coleta foi realizada a partir de dados secundários, gerados no SIASS, instituído pelo Decreto nº 6.833, de 29/4/2009, com o objetivo de coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial,

promoção, prevenção e acompanhamento de saúde dos servidores públicos federais.

Para tal, realizaram-se reuniões, por videoconferência, com a Superintendência de Recursos Humanos (SRH) visando apresentar a proposta do projeto, bem como conhecer o sistema. Na referida situação, foi oportuno solicitar que a enfermeira responsável pelo sistema apresentasse os dados que poderiam ser utilizados para conhecer o perfil dos afastamentos para tratamento de saúde da instituição estudada. Após firmação de parceria com o setor, mediante a apresentação do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), outras reuniões foram realizadas, ainda por videoconferência, com a enfermeira responsável, a qual prontamente compartilhou a tela do computador e navegou entre as ferramentas disponíveis para que assim possibilitasse o conhecimento e definissem as variáveis iniciais.

Geraram-se, inicialmente, 53 relatórios correspondentes aos afastamentos de servidores, dentre os quais se encontraram dados sobre a quantidade total de afastamentos por unidade de lotação, cargo, idade e sexo, nos anos de 2019 e 2020. Ao tabular esses relatórios, teve-se a necessidade de excluir o ano de 2020, por se tratar de um ano atípico, em decorrência da pandemia da Covid-19. Até então não era possível ter acesso aos dados referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID), visto que a equipe médica precisaria tomar ciência e autorizar esse acesso específico.

Para coleta de dados de patologias, ou seja, a CID, os pesquisadores foram convidados para realizar busca de informações no próprio computador do setor, localizado na perícia médica da UFPI. Com isso, foi possível gerar 85 relatórios, contendo as doenças relacionadas ao cargo, unidade de lotação, idade, sexo, dias de afastamentos, quantidade de afastamentos e de servidores afastados durante o ano de 2019.

4.1.6 Procedimentos para análise dos dados

Todos os dados coletados a partir dos relatórios gerados no SIASS foram tabulados em planilhas do Excel para construção do banco de dados inicial e posterior análise estatística.

Os dados analisados foram quantidade de afastamentos, duração dos afastamentos, quantidade de servidores afastados, cargo exercido, unidade de lotação, idade, sexo e CID-10.

Após a tabulação desses dados, realizou-se, primeiramente, a análise descritiva, a qual possibilitou a observação de quantidade em porcentagens. Calcularam-se para a análise tempo médio de afastamento (dias) por quantidade de afastamento, tempo médio de afastamento (dias) por servidor e quantidade média de afastamento por servidor. Esses dados foram dispostos em tabelas, relacionando-os com outras variáveis, como sexo, idade, cargo, unidade de lotação e CID-10.

Em relação aos cargos exercidos pelos servidores afastados no ano de 2019, a análise foi realizada de forma individual (por cargo), porém foi necessário agrupá-los em duas categorias, a saber: docentes e técnicos, sendo estes considerados todos os não docentes, independentemente do nível de escolaridade.

Na análise do CID-10, consideraram-se as categorias (em letras), as subcategorias (grupos de doenças semelhantes) e o código CID-10. Para exposição desse resultado, construíram-se tabelas, nas quais estão relacionadas as demais variáveis, como tempo médio de afastamento (dias) por quantidade de afastamento, tempo médio de afastamento (dias) por servidor, quantidade média de afastamento por servidor, sexo, idade, cargo, unidade de lotação.

Os dados foram analisados no *software* IBM® SPSS®, versão 26.0. Calcularam-se estatísticas descritivas (média, desvio padrão e mediana) e, na análise inferencial, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados. Realizou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar as distribuições da quantidade média e tempo médio de afastamento dos servidores conforme cargo, local de trabalho e CID. Para comparar as distribuições dessas variáveis entre os sexos, em cada categoria de cargo, local de trabalho e CID, realizou-se o teste de Mann-Whitney. Consideraram-se significativas as comparações com $p < 0,05$.

4.2 Etapa 2: Descrição dos perfis socioeconômico e profissional e os indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida dos servidores

4.2.1 Delineamento do estudo

Estudo descritivo-analítico, com abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva é realizada para descrever fenômenos ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Nesse tipo de estudo, procura-se observar, registrar, analisar e interpretar os fenômenos utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática (RODRIGUES, 2011). Esses estudos exploram as distribuições das características de saúde e das doenças em uma população, sendo normalmente seguidos ou acompanhados por estudos analíticos, que avaliam as associações para realizar inferências sobre relações de causa-efeito (HULLEY *et al.*, 2015).

A abordagem quantitativa está relacionada à quantificação de dados obtidos mediante pesquisa. Utiliza-se na pesquisa de recursos e técnicas estatísticas, como percentagem, média, moda, mediana, desvio padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, dentre outros (RODRIGUES, 2011).

4.2.2 Local e período do estudo

O cenário do estudo foi a Universidade Federal do Piauí (UFPI), instituição federal de Ensino Superior sediada na cidade de Teresina, estado do Piauí e com *campi* nas cidades de Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus.

A Instituição é mantida pela Fundação Universidade Federal do Piauí - FUFPI (criada pela Lei nº 5.528, de 12/11/1968) e é financiada com recursos do Governo Federal. Importante ressaltar que a UFPI não desenvolve programas, ações, projetos e atividades financiados pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (UFPI, 2015).

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de março e dezembro de 2021.

4.2.3 População do estudo

A pesquisa foi realizada com 133 servidores da instituição de ensino superior selecionada para estudo. Todos os servidores foram convidados para participar.

Incluíram-se todos os servidores, de todos os cargos/empregos, com vínculo ativo permanente, lotados nos *campi* da UFPI. Excluíram-se aqueles que estavam afastados/de licença, gozando de férias durante o desenvolvimento da pesquisa ou afastados por adoecimento ou acidentes.

4.2.4 Instrumentos de coleta de dados

Utilizou-se um caderno de perguntas, contendo um questionário envolvendo características socioeconômicas, relacionadas ao trabalho e de estilo de vida na primeira parte e a outra parte abordou sobre a qualidade de vida em saúde.

O questionário que avaliou as condições gerais de saúde dos participantes foi elaborado por Bandini (2006), a qual autorizou o uso, via *e-mail* (ANEXO A). Os dados contidos nele concentraram-se, em especial, no que se refere aos indicadores como tabagismo, prática de atividade física e controle de peso. O questionário é do tipo autorresposta, com instruções de preenchimento sumariamente descritas na primeira página, conforme ANEXO B.

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o *Medical Outcomes Short Form Health Survey* (SF-36), desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992), nos Estados Unidos, padronizado para avaliar a qualidade de vida (QV), que produz escores numéricos discretos (CICONELLI *et al.*, 1999). Os processos de classificação e aferição, quando feitos corretamente, podem tornar mais objetivo o conhecimento sobre o assunto, reduzir vieses e oferecer uma base de comunicação para a pesquisa (HULLEY *et al.*, 2015).

O questionário SF-36 contém 36 itens agrupados em 8 domínios: capacidade funcional física; limitação por aspectos físicos; dor corporal; estado de saúde geral; vitalidade; aspectos sociais da funcionalidade; aspectos emocionais; e saúde mental. A variação da pontuação é de 0 a 100 em cada domínio, ao passo que uma maior pontuação indica melhores condições de saúde relacionadas à QV

(CICONELLI *et al.*, 1999). O referido instrumento foi validado e adaptado culturalmente para o Brasil por Ciconelli *et al.* (1999) (ANEXO C).

As variáveis preditoras são também conhecidas como variáveis independentes e as de desfecho, como variáveis dependentes.

As variáveis independentes foram:

- Variáveis socioeconômicas: estado civil, sexo, escolaridade, idade (anos completos), faixa salarial, renda familiar, dependentes da renda;
- Variáveis relacionadas ao estilo de vida: prática de exercícios, tabagismo, doença crônica, alimentação, utilização de terapias medicamentosas;
- Variáveis relacionadas ao trabalho: função desempenhada, tempo de trabalho na IES, tipo de jornada na IES, carga horária semanal de trabalho na IES, outro emprego fora da IES, carga horária semanal de trabalho em outra instituição/unidade, história de doença relacionada ao trabalho, afastamento por acidente de trabalho.

A variável dependente foi qualidade de vida.

4.2.5 Operacionalização do estudo

Para a coleta de dados, a divulgação da proposta para a população foi por meio eletrônico da UFPI, como e-mail e/ou memorando eletrônico, de forma individual e coletiva, com intermédio do setor de Recursos Humanos, diretores de centros e coordenadores de departamentos e cursos. Os servidores receberam o convite, bem como o *link*, para responder aos questionários, os quais foram criados utilizando o *Google Forms*.

Previamente, os questionários foram testados em um projeto-piloto com a participação de 10 servidores voluntários na instituição estudada. As respostas desses indivíduos não foram incluídas na pesquisa para análise. Nos dias subsequentes à aplicação, todos os voluntários do teste foram contatados individualmente para avaliar sua opinião sobre o tempo de resposta, a clareza das perguntas, a dificuldade em encontrar uma resposta adequada à sua realidade e a objetividade das alternativas propostas. A partir da avaliação, realizaram-se alterações que julgaram necessárias, como perguntas que poderia os identificar, a saber: *e-mail*, endereço e telefone. Além disso, a parte sobre tabagismo foi

modificada para o final do questionário a fim de não ocorrer desistência dos não fumantes em participar da pesquisa.

Após análise sobre o uso dos instrumentos nesse projeto-piloto, os demais servidores foram convidados para responder aos questionários. O prazo estipulado para envio de respostas foi de 30 dias consecutivos.

Fez-se necessária a extensão do prazo e mudanças no formato de convite devido à baixa adesão dos servidores para responder aos questionários. Desenvolve-se uma estratégia para aumento de retorno das respostas, a partir da colaboração de servidores dos *campi* como incentivador dos colegas, enviando o *link* do instrumento.

4.2.6 Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram analisados no *software* IBM® SPSS®, versão 26.0. Calcularam-se estatísticas descritivas, como média, intervalo de confiança da média, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas e frequências para as variáveis qualitativas. Na análise inferencial, adotaram-se como variáveis dependentes as duas medidas sumárias – CoF e CoM – conforme orientações dos desenvolvedores do SF-36 (WARE JUNIOR, 2000).

As variáveis independentes quantitativas foram categorizadas, utilizando-se a mediana como referência para o ponto de corte. A normalidade das distribuições dos escores dos componentes (CoF e CoM) foi analisada por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, obtendo-se distribuição simétrica, sendo necessários outros testes. Utilizou-se o teste *t de Student* para as variáveis independentes dicotômicas e realizou-se o teste ANOVA para as independentes politômicas. Consideraram-se significativas as diferenças com $P < 0,05$.

4.3 Etapa 3: Elaboração do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender por meio do perfil dos servidores

O referencial teórico utilizado fornece uma estrutura simples e clara, por meio do qual o profissional da saúde, em especial o enfermeiro, pode ter o embasamento científico para realizar um cuidado de forma individual ou reunindo as

peças em grupo, permitindo planejamento, intervenção e avaliação de suas ações. O Modelo de Nola Pender vem sendo amplamente utilizado por muitos pesquisadores para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde (VITOR; LOPES; XIMENES, 2005).

Conforme anteriormente abordado, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender pode ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, a partir de três categorias principais, a saber: características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento; e o resultado do comportamento de promoção da saúde desejável. Tais categorias são propostas por meio de um diagrama que permite associar essas categorias ao resultado esperado.

A partir das leituras detalhadas sobre as definições de cada componente e categorias do Modelo de Pender, primeiramente foi possível distribuir todas as variáveis, constantes nos dois instrumentos utilizados na pesquisa, no diagrama de Pender.

Com isso, para cada um dos fatores que influenciam na mudança do comportamento (contidos no diagrama), atribuiu-se uma ou mais variáveis identificadas nos instrumentos.

De posse dos resultados, distribuíram-se todas as variáveis que apresentaram associação no diagrama para, assim, ser obtido o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que represente a instituição pública.

4.4 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Para realização da pesquisa, consideraram-se os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre as normas regulamentadoras e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c). Essa resolução prevê que os participantes sejam previamente esclarecidos acerca da natureza da pesquisa, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e estratégias de enfrentamento para os incômodos que a pesquisa possa acarretar aos participantes.

Por se tratar de um subprojeto, o estudo foi previamente apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, com CAAE: 17443919.0.0000.5214 e Número do Parecer: 3.563.780 (ANEXO D).

Em decorrência do período de pandemia da COVID-19, o estudo foi realizado por meio do uso de formulário do *Google Forms*. Aqueles que consentiram participar do estudo, selecionaram o botão CONCORDO, que estava logo abaixo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que sua anuência fosse registrada (APÊNDICE A).

A pesquisa apresenta como benefícios o maior conhecimento sobre a saúde ocupacional do servidor, bem como a busca pela promoção da saúde desse profissional, com benefício direto para melhoria da qualidade do ambiente de trabalho.

Em relação aos riscos, a pesquisa apresentou riscos psicológicos no momento do preenchimento dos questionários, uma vez que os participantes podem ter ficado reflexivos a partir das respostas. Além disso, tomou o tempo dos mesmos, interferindo, assim, na vida e rotina deles.

Vale ressaltar que as informações divulgadas são para fins de apresentação e publicação dos resultados advindos deste estudo, porém mantendo-se o total sigilo com relação aos participantes e instituições envolvidas na pesquisa. Os dados obtidos serão armazenados nas dependências da UFPI, por um tempo de 5 anos, sendo resguardada a identidade de todos os participantes.

Não houve ônus nem bônus aos participantes e a sua desistência em qualquer etapa do estudo foi permitida sem quaisquer prejuízos.

5. RESULTADOS

Para apresentação dos resultados, fez-se necessário organizar na ordem que aparecem os objetivos específicos do estudo para alcançar o objetivo geral. O subtópico abaixo apresenta os resultados que identificam o perfil dos afastamentos dos servidores conforme o primeiro objetivo específico.

5.1 Identificação do perfil dos afastamentos dos servidores

Na primeira etapa da pesquisa, buscou-se analisar os afastamentos ocorridos na instituição de ensino estudada. O total de afastamentos dos servidores durante o ano de 2019 da instituição de ensino foi 318, distribuído entre os cargos de docente, outros cargos de nível superior, técnico, auxiliar ou assistente e pessoal da cozinha, entre outros.

Os dados foram obtidos a partir dos relatórios gerados no SIASS que discrimina o cargo, local de trabalho e CID (Tabela 1).

Tabela 1 – Quantidade e tempo médio de afastamento dos servidores de uma instituição de ensino superior conforme cargo, local de trabalho e CID (n=318). Teresina, PI, Brasil, 2020

Variável	Tempo médio (dias)*	p	Quantidade média*	p
Cargo		0,591		0,388
Docente	50,4 ± 15,5 (50,5)		1,6 ± 0,4 (1,6)	
Outros cargos de nível superior	63,8 ± 57,3 (43,2)		2,1 ± 1,1 (1,8)	
Técnico	45,4 ± 29,2 (47,2)		1,7 ± 0,6 (1,9)	
Auxiliar ou assistente	43,7 ± 10,1 (40,0)		1,8 ± 0,4 (2,0)	
Cozinha/outros	30,8 ± 16,7 (25,3)		1,3 ± 0,5 (1,0)	
Local de trabalho		0,170		0,140
Teresina	46,3 ± 49,9 (30,0)		1,7 ± 1,1 (1,3)	
Florianópolis	35,1 ± 29,2 (23,9)		1,6 ± 0,9 (1,2)	
Picos	58,3 ± 61,6 (29,0)		1,6 ± 0,6 (1,6)	
Parnaíba	65,2 ± 42,2 (60,0)		1,1 ± 0,2 (1,0)	
Bom Jesus	79,5 ± 44,5 (76,7)		1,5 ± 0,6 (1,8)	
CID		0,002		0,176
Transtornos mentais e comportamentais	52,4 ± 36,7 (52,4)		1,4 ± 0,7 (1,2)	
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	47,8 ± 45,3 (30,0)		1,2 ± 0,5 (1,0)	

Continuação da Tabela 1 – Quantidade e tempo médio de afastamento dos servidores de uma instituição de ensino superior conforme cargo, local de trabalho e CID (n=318). Teresina, PI, Brasil, 2020

Variável	Tempo médio (dias)*	<i>p</i>	Quantidade média*	<i>p</i>
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	42,3 ± 31,4 (30,0)		1,6 ± 2,2 (1,0)	
Doenças do aparelho circulatório	37,1 ± 32,0 (27,1)		1,4 ± 0,5 (1,0)	
Doenças do aparelho digestivo	36,7 ± 44,3 (25,0)		1,2 ± 0,4 (1,0)	
Doenças do aparelho respiratório	11,5 ± 11,3 (13,8)		1,1 ± 0,2 (1,0)	
Doenças oculares/Labirintite	23,6 ± 21,8 (15,4)		1,1 ± 0,3 (1,0)	
Outras classificações	48,2 ± 65,9 (20,0)		1,3 ± 0,6 (1,0)	

Legenda: *: média ± desvio padrão (mediana); *p*: significância do teste de *Kruskal-Wallis*

Observou-se associação na variável CID, em que é possível notar que os transtornos mentais (CID F00-F99) foram os afastamentos mais demorados (52,4 dias). As lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (CID S00-T98) apresentaram quantidade média maior entre os afastamentos (1,6 vezes), embora não tenha sido observada associação (Tabela 1).

Profissionais de cargos de nível superior (administrador, intérprete, médico, enfermeiro, engenheiro agrônomo, farmacêutico, psicólogo, assistente social, entre outros), que não são docentes, apresentaram maior duração e quantidade de afastamentos para tratamento de doença, quando comparados a outros servidores, embora não tenha associação. A categoria de docentes foi a segunda categoria que mais apresentou afastamento para tratamento da saúde.

Em relação ao local de trabalho, não houve associação, porém existiram afastamentos mais demorados de servidores que trabalham em Bom Jesus, sendo a maior quantidade em Teresina. A Tabela 2 demonstra a comparação da quantidade e do tempo médio desses afastamentos quanto ao sexo dos servidores conforme cargo, local de trabalho e CID.

Tabela 2 – Comparação da quantidade e do tempo médio de afastamento por sexo dos servidores de uma instituição de ensino superior conforme cargo, local de trabalho e CID (n=318). Teresina, PI, Brasil, 2020

	Tempo médio (dias)			Quantidade média		
	Masculino (n=174)	Feminino (n=196)	<i>p</i>	Masculino (n=174)	Feminino (n=196)	<i>p</i>
Cargo						
Docente	52,3 ± 46,8 (67,0)	37,0 ± 27,2 (34,8)	0,513	1,4 ± 1,3 (1,6)	1,5 ± 0,1 (1,5)	0,513
Outros cargos de nível superior	34,1 ± 74,7 (3,5)	58,2 ± 62,7 (41,0)	0,053	1,0 ± 1,5 (0,5)	1,8 ± 1,3 (1,5)	0,039
Técnico	38,2 ± 36,2 (31,7)	15,0 ± 21,8 (1,5)	0,197	1,05 ± 0,8 (1,0)	0,9 ± 1,1 (0,5)	0,814
Auxiliar ou assistente	57,5 ± 35,4 (41,3)	22,5 ± 22,6 (25,0)	0,116	1,6 ± 0,4 (1,7)	1,0 ± 1,1 (1,0)	0,206
Cozinha/outros	25,9 ± 19,2 (18,0)	14,3 ± 25,1 (0,0)	0,089	1,3 ± 0,5 (1,0)	0,4 ± 0,8 (0,0)	0,028
Local de trabalho						
Teresina	21,2 ± 35,6 (0,5)	34,9 ± 52,9 (17,0)	0,005	0,7 ± 0,9 (0,5)	1,3 ± 1,4 (1,0)	0,001
Florianópolis	29,0 ± 36,9 (9,2)	17,6 ± 16,6 (14,0)	0,877	1,0 ± 1,3 (0,5)	1,0 ± 0,6 (1,0)	0,783
Picos	32,9 ± 54,7 (7,0)	73,6 ± 103,1 (28,7)	0,288	0,9 ± 1,0 (0,5)	1,4 ± 1,0 (1,2)	0,411
Parnaíba	43,3 ± 52,2 (21,0)	27,6 ± 35,2 (14,0)	0,677	0,5 ± 0,5 (1,0)	0,7 ± 0,7 (1,0)	0,804
Bom Jesus	49,6 ± 37,9 (54,2)	37,2 ± 65,5 (7,0)	0,554	1 ± 0,8 (1,0)	0,8 ± 0,9 (0,5)	0,647
CID						
Transtornos mentais e comportamentais	31,8 ± 35,5 (15,5)	31,7 ± 37,7 (23,5)	0,866	0,9 ± 0,9 (1,0)	0,8 ± 0,7 (1,0)	0,796
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	19,0 ± 33,0 (0,0)	32,7 ± 44,6 (14,6)	0,091	0,6 ± 0,7 (0,0)	0,8 ± 0,6 (1,0)	0,054
Lesões, envenenamentos e algumas outras	31,7 ± 28,2 (30,0)	19,1 ± 36,1 (0,0)	0,037	0,9 ± 0,5 (1,0)	1,0 ± 2,5 (0,0)	0,171
Doenças do aparelho circulatório	17,2 ± 32,0 (0,5)	22,0 ± 26,3 (12,0)	0,408	0,6 ± 0,8 (0,5)	0,8 ± 0,8 (1,0)	0,372
Doenças do aparelho digestivo	12,9 ± 19,2 (0,0)	26,2 ± 46,6 (5,0)	0,218	0,5 ± 0,6 (0,0)	0,9 ± 0,6 (1,0)	0,076
Doenças do aparelho respiratório	8,0 ± 18,6 (0,0)	6,8 ± 7,0 (3,0)	0,024	0,3 ± 0,4 (0,0)	0,9 ± 0,5 (1,0)	0,003
Doenças oculares/Labirintite	15,6 ± 10,2 (15,0)	14,3 ± 25,7 (4,0)	0,184	0,9 ± 0,5 (1,0)	0,6 ± 0,6 (0,5)	0,138
Outras classificações	29,8 ± 48,7 (8,0)	19,2 ± 55,6 (0,0)	0,022	0,8 ± 0,7 (1,0)	0,5 ± 0,8 (0,0)	0,069

Legenda: *: média ± desvio padrão (mediana); *p*: significância do teste de *Mann-Whitney*

Neste estudo, os homens tiveram afastamentos mais duradouros quando comparados às mulheres, conforme Tabela 2. Entre as 18 categorias multiprofissionais existentes em todas as variáveis, em 12 foram encontradas maior duração de tempo dos afastamentos solicitados pelos homens, em mais de 66,0%.

Percebe-se que há associação em relação ao sexo quando se avalia a quantidade de afastamentos entre os profissionais de nível superior, que não são docentes, e entre o pessoal da cozinha e outros. As mulheres de nível superior, não docentes, afastam-se mais vezes quando comparadas aos homens no mesmo grupo. Já entre o pessoal da cozinha e outros, os homens se afastam em maior quantidade de vezes, quando comparados com as mulheres do mesmo grupo estudado.

Evidenciou-se, ainda, uma associação entre os sexos masculino e feminino quando se avalia a quantidade de afastamentos entre os profissionais de nível superior, que não são docentes, em que as mulheres se afastam mais vezes quando comparadas aos homens. Houve também associação entre os sexos do pessoal da cozinha/outros, sendo os homens os que se afastam mais quando comparados às mulheres.

Os homens se afastaram por um período maior em quase todos os cargos estudados, com exceção dos profissionais de nível superior que não são docentes. No que se refere à quantidade de afastamentos, os homens também se afastaram mais vezes na maioria dos cargos.

Ao se observar a variação do sexo em relação ao local de trabalho, o *Campus* de Teresina apresentou associação entre homens e mulheres, tanto em relação à duração média como a quantidade média dos afastamentos. As mulheres lotadas no *Campus* de Teresina apresentaram maior quantidade de afastamentos e mais demorados quando comparadas aos homens.

Quanto aos CID estudados, as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas apresentaram associação com a duração dos afastamentos, em que os homens se ausentaram para tratamento por mais tempo quando comparados às mulheres.

As doenças do aparelho respiratório também apresentaram associação em relação à duração e quantidade de afastamentos, em que mulheres se afastaram

mais vezes, porém a média de duração de afastamentos dos homens foi maior (Tabela 2).

A categoria nomeada de “Outras classificações” também apresentou associação, com homens se afastando por uma média de tempo maior. Entre essas classificações, estão as neoplasias, as infecções virais, as doenças endócrinas, a gravidez, o parto, o puerpério, as doenças do aparelho urinário, entre outras.

5.2 Descrição do perfil socioeconômico e profissional

Para atingir o segundo objetivo específico do estudo, estão apresentados os subtópicos 5.2, 5.3 e 5.4, que descrevem os perfis socioeconômico e profissional e os indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida dos servidores de uma IES.

O total de servidores da instituição de ensino estudada que participaram desde estudo foi de 133, distribuído nas categorias de assistente administrativo, docente, nutricionista, assistente social, odontólogo, engenheiro, administrador, médico veterinário, serviços gerais, vigilante e técnico de laboratório. Na apresentação dos resultados, mostram-se as análises descritivas das variáveis pesquisadas, distribuídas em tabelas e gráficos, e as análises correspondentes aos objetivos estabelecidos.

Na Tabela 3, apresentam-se as características dos servidores da instituição estudada.

Tabela 3 – Características dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	n (%)
Sexo	
Masculino	44 (33,1)
Feminino	89 (66,9)
Idade*	41,6 ± 10,1
Escolaridade	
Ensino médio completo	5 (3,8)
Ensino superior completo	7 (5,3)
Especialização	14 (10,5)
Mestrado	45 (33,8)
Doutorado	56 (42,1)
Pós-Doutorado	6 (4,5)

Continuação da Tabela 3 – Características dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	n (%)
Estado civil	
Casado/união estável	90 (67,7)
Separado/divorciado	8 (6,0)
Solteiro	29 (21,8)
Viúvo	6 (4,5)
Situação conjugal	
Com companheiro	90 (67,7)
Sem companheiro	43 (32,3)
Estrutura doméstica	
Mora com cônjuge/companheiro com filhos	66 (49,6)
Mora com cônjuge/companheiro sem filhos	30 (22,6)
Mora com filhos sem cônjuge/companheiro	8 (6,0)
Mora com a família (pais, avós, tios, primos, sobrinhos)	14 (10,5)
Sozinho/com amigos	15 (11,3)
Renda familiar	
Entre R\$ 2000 e R\$ 3000	3 (2,3)
Entre R\$ 3000 e R\$ 5000	15 (11,3)
Entre R\$ 5000 e R\$ 8000	32 (24,1)
Acima de R\$ 8000	83 (62,4)
Dependentes da renda	
Nenhuma	18 (13,5)
Uma	14 (10,5)
Duas	36 (27,1)
Três	35 (26,3)
Quatro ou mais	30 (22,6)
Carga horária semanal	
40 horas	125 (94,0)
20 horas	8 (6,0)
Cargo/função	
Assistente administrativo	18 (13,5)
Docente do ensino superior	82 (61,7)
Docente do ensino técnico	6 (4,5)
Docente/gestor	4 (3,0)
TAE*	11 (8,3)
Serviços gerais/vigilante	3 (2,3)
Técnico de laboratório	9 (6,8)
Outro vínculo	
Sim	8 (6,0)
Não	125 (94,0)
Total	133 (100,0)

Legenda: *: média \pm desvio padrão; TAE: Técnicos Administrativos em Educação nutrição, serviço social, odontologia, engenharia, administração, medicina veterinária).

Em relação às características dos servidores pesquisados, a maioria eram mulher (66,9%), com idade média de 41,6 anos, com doutorado (42,1%), casada

(67,7%), vivendo com o companheiro (67,7%), morando com o cônjuge/companheiro e filhos (49,6%), apresentando renda familiar acima de R\$ 8.000,00 (62,4%), com duas pessoas dependentes dessa renda (27,1%), carga horária semanal de 40 horas, desempenhando o cargo de docente (61,7%), sem outro vínculo empregatício (94,0%). Para análise das condições de saúde dos servidores, o questionário tinha questões sobre indicadores de prática de atividade física, alimentação, controle de peso e tabagismo.

5.3 Descrição dos indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida dos servidores

A Tabela 4 corresponde às respostas obtidas sobre a prática de atividades físicas relatadas pelos servidores estudados.

Tabela 4 – Atividade física dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	n (%)
AF* regular nos 2 anos	
Sim	90 (67,7)
Não	43 (32,3)
≥ 120 minutos/semana de AF*	
Sim	77 (57,9)
Não	56 (42,1)
AF* regular atual	
Sim	90 (67,7)
Não	43 (32,3)
AF* praticada* (n=90)	
Caminhada	45 (33,8)
Atividades domésticas	19 (14,3)
Dança/pilates	13 (9,8)
Natação/esporte/arte marcial	33 (24,8)
Corrida	19 (14,3)
Musculação	49 (36,8)
Funcional	4 (3,0)
Tentativa de AF nos 2 anos** (n=43)	
Sim	31 (23,3)
Não	12 (9,0)
Quantidade de tentativas de AF* (n=31)	
Algumas vezes	24 (18,0)
Várias vezes	7 (5,3)

Continuação da Tabela 4 – Atividade física dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	n (%)
Fatores decisivos para não AF* (n=31)	
Incompatibilidade de horário/falta de tempo	15 (11,3)
Desmotivação/Problemas de saúde	16 (12,0)
Orientação médica para AF	
Sim	89 (66,9)
Não	44 (33,1)
Profissional que orientou AF (n=89)	
Médico da instituição	1 (0,8)
Outro médico	88 (66,2)
Acompanhamento por médico na AF (2 anos)	
Sim	28 (21,1)
Não	105 (78,9)
Acompanhamento por outro profissional na AF (2 anos)	
Sim	66 (49,6)
Não	67 (50,4)
Iniciativa por conta própria para AF	
Sim	116 (87,2)
Não	17 (12,8)
Apoio da instituição para AF	
Sim (extensão)	2 (1,5)
Não	131 (98,5)
Motivo maior para AF (exceto doença)	
Condição mental/pandemia	10 (7,5)
Autoestima, QV e estética corporal	20 (15,0)
Não houve motivo maior	103 (77,4)
Problema de saúde que influenciou a AF	
Alterações metabólicas	14 (10,5)
Problemas ortopédicos	16 (12,0)
COVID-19	2 (1,5)
HAS, DM, tireoide, nódulos mamários	6 (4,5)
Ansiedade, depressão, síndrome do pânico	15 (11,3)
Sem problemas de saúde	80 (60,2)
Problema de saúde atual	
Sim	53 (39,8)
Problema de saúde atual	
Não	80 (60,2)
Fatores decisivos para AF*	
Familiares e amigos	54 (40,6)
Empresa onde trabalha	1 (0,8)
Colegas de trabalho	4 (3)
Médico da empresa	1 (0,8)
Outro médico	18 (13,5)
Outro profissional de saúde	27 (20,3)
Informação disponível na mídia	21 (15,8)
Mudanças gerais no seu contexto de vida	59 (44,4)

Continuação da Tabela 4 – Atividade física dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	n (%)
Força de vontade própria	101 (75,9)
Expressão atual sobre AF	
"Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."	6 (4,5)
"Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."	9 (6,8)
"Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."	30 (22,6)
"Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."	33 (24,8)
"Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."	55 (41,4)
Total	133 (100,0)

Legenda: *: frequências apenas da categoria "sim"; **: frequências apenas da categoria "não"; AF: atividade física; QV: qualidade de vida. COVID-19: novo coronavírus. HAS: hipertensão arterial sistêmica. DM: diabetes *mellitus*

Ao serem questionados sobre realização de práticas de atividades físicas, 67,7% afirmaram ter praticado atividades físicas regulares nos últimos 2 anos, que duraram pelo menos 120 minutos semanais (57,9%). Estes elegeram a musculação como a atividade mais realizada (36,8%). Para os participantes que não realizavam atividades físicas, os fatores decisivos para não praticarem regularmente foram a desmotivação ou problemas de saúde.

Sobre orientações recebidas, 66,9% foram orientados por médicos, sendo a maioria profissionais de serviços fora da instituição de ensino, 78,9% não tiveram apoio ou estiveram acompanhados por cuidados médicos nos últimos 2 anos e 50,4% não tiveram apoio ou estiveram acompanhados por cuidados de outros profissionais da saúde nos últimos 2 anos. A maioria (87,2%) teve iniciativa por conta própria para praticar atividade física regularmente.

Quando questionados sobre a adoção de ações de incentivo à atividade física pela instituição de ensino, 98,5% responderam que a instituição não adotou/patrocinou/subsidiou programa contínuo de incentivo à atividade física. Porém, os dois servidores que responderam que sim citaram a realização de atividades de extensão voltadas às atividades físicas.

Um total de 77,4% afirmou não ter motivos maiores, com exceção de problemas de saúde, que o tenham obrigado a iniciar, reiniciar ou aumentar a atividade física regular. E 60,2% marcaram que não têm problema de saúde que os tenha obrigado a iniciar, reiniciar ou aumentar sua atividade física regular. Porém,

entre os que apresentaram algum motivo por doença, listaram problemas ortopédicos, ansiedade, depressão, síndrome do pânico, alterações metabólicas, Covid-19, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, problemas na tireoide e nódulos mamários.

Dentre os fatores de apoio decisivos para retomada da atividade física, a maioria (75,9%) teve força de vontade própria. Ao todo, 44,4% relataram ter sofrido mudanças gerais no contexto de vida e 40,6% referiram que familiares e amigos foram pontos fortes para a decisão do retorno às atividades físicas. Quando solicitados para escolher uma frase que melhor expressa o momento em que se encontram em relação à atividade física, 41,4% selecionaram "Já estou realizando alterações importantes e com sucesso".

Os dados relacionados à alimentação, controle de peso e tabagismo estão dispostos na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 – Alimentação e tabagismo dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	n (%)
Peso habitual*	70,7 ± 18,0
Mudança nos 2 anos	
Aumentou o peso	53 (39,8)
Manteve o peso	47 (35,3)
Diminuiu o peso	33 (24,8)
Alimentação nos 2 anos	
Menos saudável	27 (20,3)
Igual	40 (30,1)
Mais saudável	66 (49,6)
Orientação médica para MA e CP	
Sim	61 (45,9)
Não	72 (54,1)
Acompanhamento por médico para MA e CP	
Sim	40 (30,1)
Não	93 (69,9)
Acompanhamento por outro profissional para MA e CP	
Sim	70 (52,6)
Não	63 (47,4)
Iniciativa por conta própria para MA e CP	
Sim	115 (86,5)
Não	18 (13,5)
Apoio da instituição para MA e CP	
Sim	1 (0,8)
Não	132 (99,2)

Continuação da Tabela 5 – Alimentação e tabagismo dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	n (%)
Motivo maior para MA e CP (exceto doença)	
Gestação/puérpera	9 (6,8)
Autoestima/conscientização	21 (15,8)
Não teve outros motivos	103 (77,4)
Problema de saúde que influenciou MA e CP	
Alterações metabólicas	15 (11,3)
Problemas ortopédicos	6 (4,5)
HAS, DM, tireoide, nódulos mamários	11 (8,3)
Ansiedade, depressão, síndrome do pânico	9 (6,8)
Sem motivos de saúde	92 (69,2)
Uso de medicamentos para CP	
Sim (metformina ou liraglutida)	9 (6,8)
Não	124 (93,2)
Fatores decisivos para MA e CP **	
Familiares e amigos	43 (32,3)
Empresa onde trabalha	1 (0,8)
Colegas de trabalho	5 (3,8)
Médico da empresa	1 (0,8)
Outro médico	17 (12,8)
Outro profissional de saúde	28 (21,1)
Informação disponível na mídia	26 (19,5)
Mudanças gerais no seu contexto de vida	58 (43,6)
Força de vontade própria	100 (75,2)
Expressão atual sobre MA e CP	
"Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."	7 (5,3)
"Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."	11 (8,3)
"Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."	17 (12,8)
"Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."	47 (35,3)
"Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."	51 (38,3)
Relação com o tabagismo	
É fumante e já tentou parar de fumar	3 (2,3)
Já fumou, mas parou completamente	13 (9,8)
Nunca fumou	117 (88,0)
Adoção de política antitabagismo pela instituição antes da pandemia, no ano de 2019	
Sim	13 (9,8)
Não/não sei informar	120 (90,2)
Tentativas de parar de fumar	
Nenhuma vez	1 (0,8)
Uma vez	4 (3,0)
Dois vezes	1 (0,8)

Continuação da Tabela 5 – Alimentação e tabagismo dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	n (%)
Quatro ou mais vezes	2 (1,5)
Sem informação	8 (6,0)
Total	133 (100,0)

Legenda: *: média \pm desvio padrão; **: frequências apenas da categoria "sim"; MA: melhora na alimentação; CP: controle do peso

O peso habitual autorreportado foi de 70,7 kg, sendo que a maioria (39,8%) aumentou o peso nos últimos 2 anos. Em contrapartida, os participantes se alimentaram de forma mais saudável nesse período. Quando perguntados sobre receber a orientação médica para melhorar a alimentação e manter um peso adequado, a maioria (54,1%) afirmou não ter sido orientada e não foi apoiada ou acompanhada de forma direta por médico para melhorar a alimentação e manter um peso adequado (69,9%). Porém, recebeu apoio e acompanhamento de outro profissional da área da saúde (52,6%).

Em relação à iniciativa por conta própria para melhorar a alimentação e manter um peso adequado, 86,5% relataram que tiveram essa atitude e 99,2% afirmaram que a instituição não adotou/patrocinou/subsidiou algum programa contínuo de incentivo à alimentação saudável e controle de peso.

Um total de 77,4% dos participantes relatou não ter um motivo maior, exceto problema de saúde, que o obrigou/motivou a mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso. Entre aqueles que tiveram algum motivo, têm-se gestação/puerpério e autoestima/conscientização. A maioria (69,2%) afirmou não ter nenhum problema de saúde que a obrigou/motivou a mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso. O principal motivo citado por alguns foram as alterações metabólicas.

Entre os servidores, 93,2% não precisaram de medicamentos para manter o peso adequado. Aqueles que precisaram relataram uso de metformina ou liraglutida. O fator decisivo para mudar a alimentação ou reduzir o peso mais citado foi a força de vontade própria. Ao solicitar a escolha da frase que melhor expressa o momento em que se encontra para mudar a alimentação ou reduzir o peso, "Já estou realizando alterações importantes e com sucesso." foi a mais selecionada entre as opções existentes na questão.

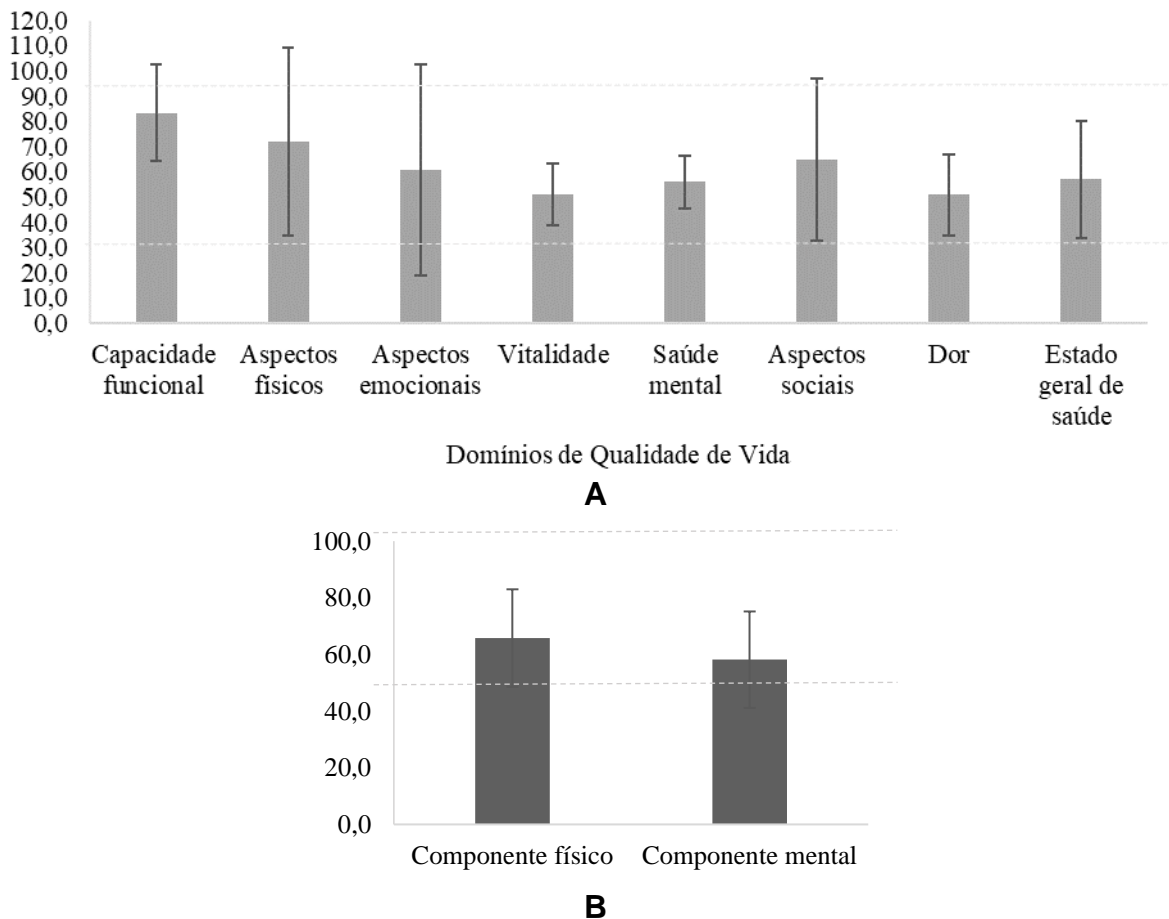
Em relação ao tabagismo, 88,0% nunca fumaram na vida, 9,8% já fumaram, mas pararam completamente, e 2,3% são fumantes e já tentaram parar de fumar.

Quando perguntados sobre a adoção de política antitabagismo pela instituição antes da pandemia, no ano de 2019, 90,2% afirmaram não ter acontecido ou não saber sobre.

5.4 Índices de qualidade de vida

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o instrumento SF-36. A Figura 4 apresenta dois gráficos (A e B) sobre os componentes de qualidade de vida dos servidores.

Figura 2 – Componentes de qualidade de vida dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021



Nota: Linhas tracejadas indicam os valores de referência máximo e intermediário
 Legenda: A: escalas do SF-36; B: componentes de qualidade de vida

Dentre os componentes de qualidade de vida avaliados pelos servidores, o que obteve menor valor médio foi o mental ($58,2 \pm 17,0$ pontos), variando de 21,5 a 83,5 pontos.

No componente mental, os menores escores foram encontrados em vitalidade (51,1±12,3 pontos), seguidos de saúde mental (56,0±10,6 pontos), com valor máximo de 80,0 pontos em ambas as dimensões. O componente físico obteve média de 65,8 (±17,2) pontos, variando de 22,5 a 92,0 pontos, e as dimensões que obtiveram menores médias de qualidade de vida foram dor (51,0± 16,2) e estado geral de saúde (57,0±23,4).

A vitalidade e a saúde mental colaboraram tanto para um baixo nível de qualidade de vida no componente mental de forma que os servidores dessa instituição pública obtiveram o máximo de 80,0% do que era possível.

5.5 Associação dos perfis socioeconômico e profissional e indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida

Quanto ao terceiro objetivo específico (verificar se existe associação entre os perfis socioeconômico e profissional e os indicadores de saúde e qualidade de vida dos servidores de uma IES), estão apresentados os escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados às características socioeconômicas dos servidores da instituição estudada na Tabela 6.

Tabela 6 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados às características socioeconômicas dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	CoF*		CoM	
	M ± DP	p	M ± DP	P
Sexo		0,065 ^t		0,003^t
Masculino	69,7 ± 16,6		64,4 ± 15,2	
Feminino	63,8 ± 17,3		55,1 ± 17,1	
Idade		0,345 ^t		0,032^t
Até 39,9 anos	67,1 ± 15,6		55,1 ± 17,2	
40 anos ou mais	64,3 ± 18,9		61,4 ± 16,3	
Escolaridade		0,772 ^a		0,230 ^a
Ensino médio completo	70,7 ± 14,0		71,2 ± 7,1	
Ensino superior completo	62,8 ± 19,9		57,7 ± 15,5	
Especialização	68,3 ± 16,3		62,4 ± 14,2	
Mestrado	64,0 ± 16,9		54,3 ± 17,7	
Doutorado	65,6 ± 18,4		58,5 ± 17,0	
Pós-Doutorado	73,4 ± 10,5		64,2 ± 21,1	
Escolaridade (2 categorias)		0,702 ^t		0,589 ^t
Até mestrado	65,2 ± 16,7		57,4 ± 16,8	

Continuação da Tabela 6 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados às características socioeconômicas dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	CoF*		CoM	
	M ± DP	p	M ± DP	P
Doutorado/pós-doutorado	66,4 ± 17,9		59,0 ± 17,3	
Situação conjugal		0,980 ^t		0,412 ^t
Com companheiro	65,8 ± 17,0		59,0 ± 16,5	
Sem companheiro	65,7 ± 18,0		56,4 ± 18,2	
Estrutura doméstica		0,341 ^t		0,767 ^t
Mora com cônjuge/companheiro com filhos	64,3 ± 17,4		58,6 ± 17,2	
Outros arranjos familiares	67,2 ± 17,1		57,7 ± 17,0	
Renda familiar		0,576 ^t		0,588 ^t
Até R\$ 8.000	64,7 ± 18,6		59,2 ± 17,6	
Acima de R\$ 8.000	66,4 ± 16,4		57,5 ± 16,7	
Dependentes da renda		0,173 ^t		0,582 ^t
Três ou mais	63,7 ± 17,1		57,3 ± 16,5	
Até duas	67,8 ± 17,2		59,0 ± 17,5	
Carga horária semanal		0,473 ^t		0,706 ^t
40 horas	65,5 ± 17,2		58,3 ± 17,2	
20 horas	70,0 ± 17,9		56,0 ± 14,7	
Cargo/função		0,501 ^a		0,313 ^a
Assistente administrativo	67,4 ± 18,1		62,8 ± 17,1	
Docente do ensino superior	63,7 ± 17,7		55,7 ± 17,6	
Docente do ensino técnico	73,1 ± 16,0		65,2 ± 13,3	
Docente/gestor	69,9 ± 21,3		64,6 ± 16,0	
Técnico Administrativo em Educação	74,2 ± 7,2		57,5 ± 14,9	
Serviços gerais/vigilante	67,0 ± 18,1		73,5 ± 4,9	
Técnico de laboratório	64,0 ± 18,7		59,6 ± 17,0	
Cargo/função (2 categorias)		0,827 ^t		0,085 ^t
Cargo de nível superior	65,6 ± 17,1		56,8 ± 17,0	
Cargo de nível técnico	66,4 ± 17,8		62,9 ± 16,4	
Outro vínculo		0,474 ^t		0,496 ^t
Sim	70,0 ± 17,4		62,2 ± 17,9	
Não	65,5 ± 17,3		57,9 ± 17,0	

Legenda: M ± DP: média ± desvio padrão; CoF: componente físico; CoM: componente mental; p: significância do teste; t: t de Student; a: ANOVA

Na Tabela 7, apresentam-se os escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados à prática de atividades físicas dos servidores da instituição estudada.

Tabela 7 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pela SF-36, relacionados à atividade física dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	CoF		CoM	
	M ± DP	P	M ± DP	P
AF regular nos 2 anos		0,101 ^t		0,428 ^t
Sim	67,5 ± 16,7		57,4 ± 17,5	
Não	62,2 ± 18,1		59,9 ± 16,1	
≥120 minutos/semana de AF		0,001^t		0,443 ^t
Sim	70,0 ± 15,3		59,1 ± 16,9	
Não	60,0 ± 18,2		56,8 ± 17,2	
AF regular atual		0,128 ^t		0,399 ^t
Sim	67,4 ± 16,7		57,3 ± 17,6	
Não	62,5 ± 18,0		59,9 ± 15,9	
Tentativa de AF nos 2 anos (n=43)		0,419 ^t		0,042^t
Sim	63,6 ± 16,7		56,8 ± 15,7	
Não	58,6 ± 21,6		67,8 ± 14,7	
Quantidade de tentativa de AF (n=31)		0,534 ^t		0,335 ^t
Algumas vezes	64,7 ± 16,9		57,8 ± 17,4	
Várias vezes	60,1 ± 16,8		53,4 ± 7,3	
Fator decisivo para não AF (n=31)		0,924 ^t		0,412 ^t
Incompatibilidade de horário/falta de tempo	63,9 ± 19,3		59,2 ± 17,1	
Desmotivação/Problemas de saúde	63,3 ± 14,5		54,5 ± 14,4	
Orientação médica para AF		0,006^t		0,015^t
Sim	62,9 ± 17,7		55,7 ± 17,2	
Não	71,5 ± 14,9		63,2 ± 15,5	
Profissional que orientou AF (n=89)		-		-
Médico da instituição	68,3 ± -		70,4 ± -	
Outro médico	62,8 ± 17,7		55,5 ± 17,3	
Acompanhamento por médico na AF (2 anos)		0,044^t		0,097 ^t
Sim	59,9 ± 19,7		53,4 ± 17,8	

Continuação da Tabela 7 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pela SF-36, relacionados à atividade física dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	CoF		CoM	
	M ± DP	P	M ± DP	P
Não	67,3 ± 16,3		59,4 ± 16,7	
Acompanhamento por outro profissional na AF		0,173 ^t		0,075 ^t
Sim	63,7 ± 17,9		55,5 ± 17,3	
Não	67,8 ± 16,5		60,8 ± 16,4	
Iniciativa por conta própria para AF		0,007 ^t		0,668 ^t
Sim	67,3 ± 16,4		57,9 ± 17,1	
Não	55,3 ± 19,5		59,8 ± 17,1	
Apoio da instituição para AF		0,968 ^t		0,486 ^t
Sim (extensão)	66,3 ± 25,8		49,8 ± 34,9	
Não	65,8 ± 17,2		58,3 ± 16,8	
Motivo maior para AF (exceto doença)		0,064 ^a		0,001 ^a
Condição mental/pandemia	55,2 ± 21,3		44,6 ± 11,3	
Autoestima, QV e estética corporal	62,4 ± 16,7		50,8 ± 18,8	
Não houve motivo maior	67,4 ± 16,6		60,9 ± 16,2	
Problema de saúde influenciou a AF*		0,014 ^a		<0,001 ^a
Alterações metabólicas	55,1 ± 21,0		50,6 ± 20,1	
Problemas ortopédicos	61,5 ± 20,1		53,2 ± 12,5	
COVID-19	53,8 ± 39,6		52,8 ± 26,4	
HAS, DM, tireoide, nódulos mamários	64,3 ± 23,7		61,2 ± 22,6	
Ansiedade, depressão, síndrome do pânico	59,9 ± 16,6		44,1 ± 14,5	
Sem problemas de saúde	70,0 ± 13,8		63,0 ± 15,2	
Problema de saúde atual		0,001 ^t		<0,001 ^t
Sim	59,4 ± 19,9		50,8 ± 17,1	
Não	70,0 ± 13,8		63,0 ± 15,2	

Continuação da Tabela 7 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pela SF-36, relacionados à atividade física dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	CoF		CoM	
	M ± DP	P	M ± DP	P
Expressão atual sobre AF		0,073 ^a		0,548 ^a
"Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."	72,3 ± 17,0		63,4 ± 19,9	
"Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."	62,8 ± 18,3		58,3 ± 22,6	
"Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."	63,5 ± 16,6		56,1 ± 16,8	
"Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."	60,2 ± 20,5		55,1 ± 16,9	

Legenda: M ± DP: média ± desvio padrão; -: frequência de participantes inferior aos requisitos para cálculos; CoF: componente físico; CoM: componente mental; p: significância do teste; t: t de Student; a: ANOVA; AF: atividade física; QV: qualidade de vida. COVID-19: novo coronavírus. HAS: hipertensão arterial sistêmica. DM: diabetes *mellitus*

No que se refere aos fatores relacionados às atividades físicas entre os servidores, verificou-se associação no componente físico, sendo obtidos menores valores naqueles que não praticavam o mínimo de 120 minutos por semana ($p=0,001$), que receberam orientação médica para prática de atividades físicas ($p=0,006$) e/ou acompanhamento direto realizado por médico ($p=0,044$), bem como os que não reportaram iniciativa por conta própria para realizar atividade física regularmente ($p=0,007$).

Ainda no componente físico, identificou-se associação, com menores escores de qualidade de vida, entre aqueles que tiveram Covid-19 como razão para iniciar, retomar ou aumentar a atividade física regular, seguidos de alterações metabólicas, aqueles que tinham algum problema de saúde ($p=0,001$) e os que tinham como fatores decisivos para retomada da atividade física o apoio de médicos ($p=0,001$) e outros profissionais da saúde ($p=0,026$), além da força de vontade própria ($p=0,036$).

No componente mental, identificou-se associação, sendo obtidos menores valores médios entre os servidores que tentaram praticar alguma atividade física nos últimos 2 anos ($p=0,042$), aqueles que receberam orientação médica para realização de atividades físicas ($p=0,015$) e os que apresentaram a condição mental/pandemia como motivo maior para iniciar, reiniciar ou aumentar a atividade física regular ($p=0,001$). Encontrou-se associação com valores menores de escores de qualidade de vida entre aqueles que tiveram ansiedade, depressão e/ou síndrome do pânico como razão para iniciar, retomar ou aumentar a atividade física regular ($p=0,001$) e

com algum problema de saúde ($p=0,001$). O apoio de outro profissional da saúde para a retomada da atividade física foi o tipo de fator decisivo de menor escore, apresentando associação ($p=0,035$).

A Tabela 8 apresenta os escores de qualidade de vida dos componentes físico e mental avaliados pela SF-36, relacionados à alimentação e tabagismo dos servidores da instituição estudada.

Tabela 8 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados à alimentação e tabagismo dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	CoF		CoM	
	M ± DP	p	M ± DP	P
Peso habitual		0,519 ^t		0,158 ^t
67 kg ou mais	64,8 ± 17,8		60,2 ± 16,8	
Até 69,9 kg	66,8 ± 16,7		56,0 ± 17,1	
Mudança de peso nos 2 anos		<0,001 ^a		0,001 ^a
Aumentou o peso	59,0 ± 17,9		52,4 ± 18,1	
Manteve o peso	71,9 ± 14,6		65,2 ± 14,7	
Diminuiu o peso	67,9 ± 16,1		57,4 ± 14,9	
Alimentação nos 2 anos		0,023 ^a		0,047 ^a
Menos saudável	57,8 ± 17,2		51,0 ± 17,6	
Igual	66,9 ± 16,1		60,4 ± 16,9	
Mais saudável	68,3 ± 17,2		59,7 ± 16,3	
Orientação médica para MA e CP		0,004 ^t		0,012 ^t
Sim	61,1 ± 18,7		54,1 ± 17,8	
Não	69,7 ± 14,8		61,6 ± 15,6	
Acompanhamento por médico para MA e CP		0,001 ^t		0,036 ^t
Sim	57,5 ± 19,4		53,5 ± 17,8	
Não	69,3 ± 15,0		60,2 ± 16,3	
Acompanhamento por outro profissional		0,005 ^t		0,007 ^t
Sim	61,9 ± 18,5		54,4 ± 18,1	

Continuação da Tabela 8 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados à alimentação e tabagismo dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	CoF		CoM	
	M ± DP	p	M ± DP	P
Não	70,1 ± 14,7		62,3 ± 14,9	
Iniciativa por conta própria para MA e CP		0,055 ^t		0,230 ^t
Sim	64,9 ± 17,8		57,5 ± 17,2	
Não	71,4 ± 12,1		62,7 ± 15,4	
Apoio da instituição para MA e CP		-		-
Sim	37,3 ± -		55,2 ± -	
Não	66,0 ± 17,1		58,2 ± 17,1	
Motivo maior para MA e CP (exceto doença)		0,111 ^a		0,030^a
Gestação/puérpera	67,7 ± 17,7		53,3 ± 19,9	
Autoestima/conscientização	58,5 ± 18,8		50,2 ± 15,7	
Não teve outros motivos	67,1 ± 16,7		60,2 ± 16,6	
Problema de saúde que influenciou MA e CP		<0,001 ^a		0,009^a
Alterações metabólicas	59,9 ± 18,9		51,8 ± 19,7	
Problemas ortopédicos	60,9 ± 20,3		57,9 ± 12,1	
HAS, DM, tireoide, nódulos mamários	47,7 ± 19,4		53,9 ± 19,3	
Ansiedade, depressão, síndrome do pânico	54,3 ± 16,1		42,9 ± 17,0	
Sem motivos de saúde	70,3 ± 14,4		61,2 ± 15,6	
Uso de medicamento para CP		0,134 ^t		0,077 ^t
Sim (metformina ou liraglutida)	53,3 ± 23,9		48,5 ± 17,0	
Não	66,7 ± 16,4		58,9 ± 16,9	
Fatores decisivos para MA e CP **				
Familiares e amigos	63,4 ± ±18,3	0,284 ^t	56,7 ± 18,1	0,497 ^t
Empresa onde trabalha	68,3 ± -	-	70,4 ± -	-
Colegas de trabalho	53,6 ± 17,6	0,107 ^t	46,7 ± 17,7	0,124 ^t
Médico da empresa	68,3 ± -	-	70,4 ± -	-

Continuação da Tabela 8 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados à alimentação e tabagismo dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Características	CoF		CoM	
	M ± DP	p	M ± DP	P
Outro médico	52,8 ± 20,2	0,001 ^t	51,4 ± 17,5	0,080 ^t
Outro profissional de saúde	62,4 ± 15,2	0,242 ^t	54,4 ± 16,0	0,184 ^t
Informação disponível na mídia	67,8 ± 16,1	0,512 ^t	60,8 ± 16,4	0,383 ^t
Mudanças gerais no seu contexto de vida	65,7 ± 17,5	0,986 ^t	54,4 ± 17,0	0,024 ^t
Força de vontade própria	67,5 ± 16,7	0,04 ^t	58,8 ± 16,6	0,456 ^t
Expressão atual sobre MA e CP		0,461 ^a		0,476 ^a
"Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."	65,9 ± 14,9		60,2 ± 18,4	
"Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."	68,5 ± 14,3		56,4 ± 22,4	
"Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."	60,9 ± 18,0		59,3 ± 17,1	
"Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."	63,7 ± 19,1		54,8 ± 17,3	
"Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."	68,6 ± 16,0		61,0 ± 15,2	
Relação com o tabagismo		0,329 ^a		0,844 ^a
É fumante e já tentou parar de fumar	73,2 ± 7,1		55,4 ± 21,0	
Já fumou, mas parou completamente	59,7 ± 25,1		55,9 ± 15,6	
Nunca fumou	66,2 ± 16,3		58,5 ± 17,2	
Adoção de política antitabagismo pela instituição antes da pandemia, no ano de 2019		0,518 ^t		0,001 ^t
Sim	68,7 ± 17,9		70,4 ± 11,1	
Não/não sei informar	65,4 ± 17,2		56,8 ± 17,0	
Tentativas de parar de fumar				
Nenhuma vez	53,8 ± -	-	62,6 ± -	-
Uma vez	69,6 ± 31,8		62,3 ± 21,5	
Dois vezes	70 ± -		40,3 ± -	
Quatro ou mais vezes	71,3 ± 4,2		47,25 ± 0,9	
Sem informação	56,4 ± 24,7		55,8 ± 16,0	

Continuação da Tabela 8 – Escores dos componentes físico e mental avaliados pelo SF-36, relacionados à alimentação e tabagismo dos servidores de uma instituição de ensino superior (n=133). Teresina, PI, Brasil, 2021

Legenda: M ± DP: média ± desvio padrão; -: frequência de participantes inferior aos requisitos para cálculos; CoF: componente físico; CoM: componente mental; *p*: significância do teste; *t*: *t* de Student; *a*: ANOVA; MA: melhora da atividade física; CP: controle do peso; HAS: hipertensão arterial sistêmica. DM: diabetes *mellitus*

No componente físico, o aumento do peso representou associação com piores valores de escore de qualidade de vida ($p=0,001$), assim como alimentação menos saudável ($p=0,023$), que recebeu orientação médica para melhorar alimentação e manter um peso adequado ($p=0,004$), que teve apoio e/ou acompanhamento direto por médico ($p=0,001$) e outros profissionais da saúde ($p=0,005$) para melhorar alimentação e manter um peso adequado. A hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, os problemas na tireoide e nódulos mamários apresentaram associação ($p=0,001$), com menores valores médios, com o problema de saúde que o obrigou/motivou a mudar a alimentação ou reduzir o peso.

O componente mental apresentou associação semelhante ao observado no componente físico em servidores que aumentaram o peso ($p=0,001$), com a alimentação menos saudável ($p=0,047$), entre aqueles que receberam orientação médica para melhorar alimentação e manter um peso adequado ($p=0,012$), que teve apoio e/ou acompanhamento direto por médico ($p=0,036$) e outros profissionais da saúde ($p=0,007$) para melhorar alimentação e manter um peso adequado.

A autoestima ou conscientização foi o motivo que menos contribuiu para a qualidade de vida, apresentando associação ($p=0,030$), com piores escores, dentre os demais motivos para mudar a alimentação ou reduzir o peso.

No componente mental ainda, a ansiedade, a depressão e a síndrome do pânico apresentaram os menores escores de qualidade de vida, com associação ($p=0,009$) entre os problemas de saúde que obrigaram/motivaram a mudar a alimentação ou reduzir o peso.

5.6 Elaboração do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender por meio do perfil dos servidores

A avaliação da qualidade de vida do presente estudo visa à identificação dos fatores sociodemográficos relacionados à atividade física e à alimentação, que

podem interferir na qualidade de vida dos servidores da instituição, justificando, dessa forma, a elaboração de um plano de ação para promoção da saúde baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Os quadros iniciais conceituais baseados no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Figuras 3 e 4) foram criados a partir das variáveis independentes do instrumento usado nesta pesquisa e, posteriormente às análises, foram estudados para a construção do quadro conceitual final do estudo.

A finalidade da criação dos quadros iniciais é apresentar todas as variáveis que podem ser avaliadas a partir do instrumento de coleta, portanto as hipóteses representam tudo que é possível de se avaliar, da forma que as variáveis relacionadas às práticas de atividade física estão distribuídas na Figura 3 e as variáveis relacionadas à alimentação na Figura 4.

Nessa parte do estudo, os resultados estão apresentados de acordo com o indicador estudado (prática de atividade física e alimentação), levando em consideração os aspectos específicos dos três conceitos principais da Teoria de Nola Pender, a saber: 1. Características e experiências individuais; 2. Sentimento e conhecimento acerca do comportamento específico; e 3. Comportamento de promoção de saúde desejável. Essa formatação propicia melhor compreensão do fenômeno investigado no cenário estudado.

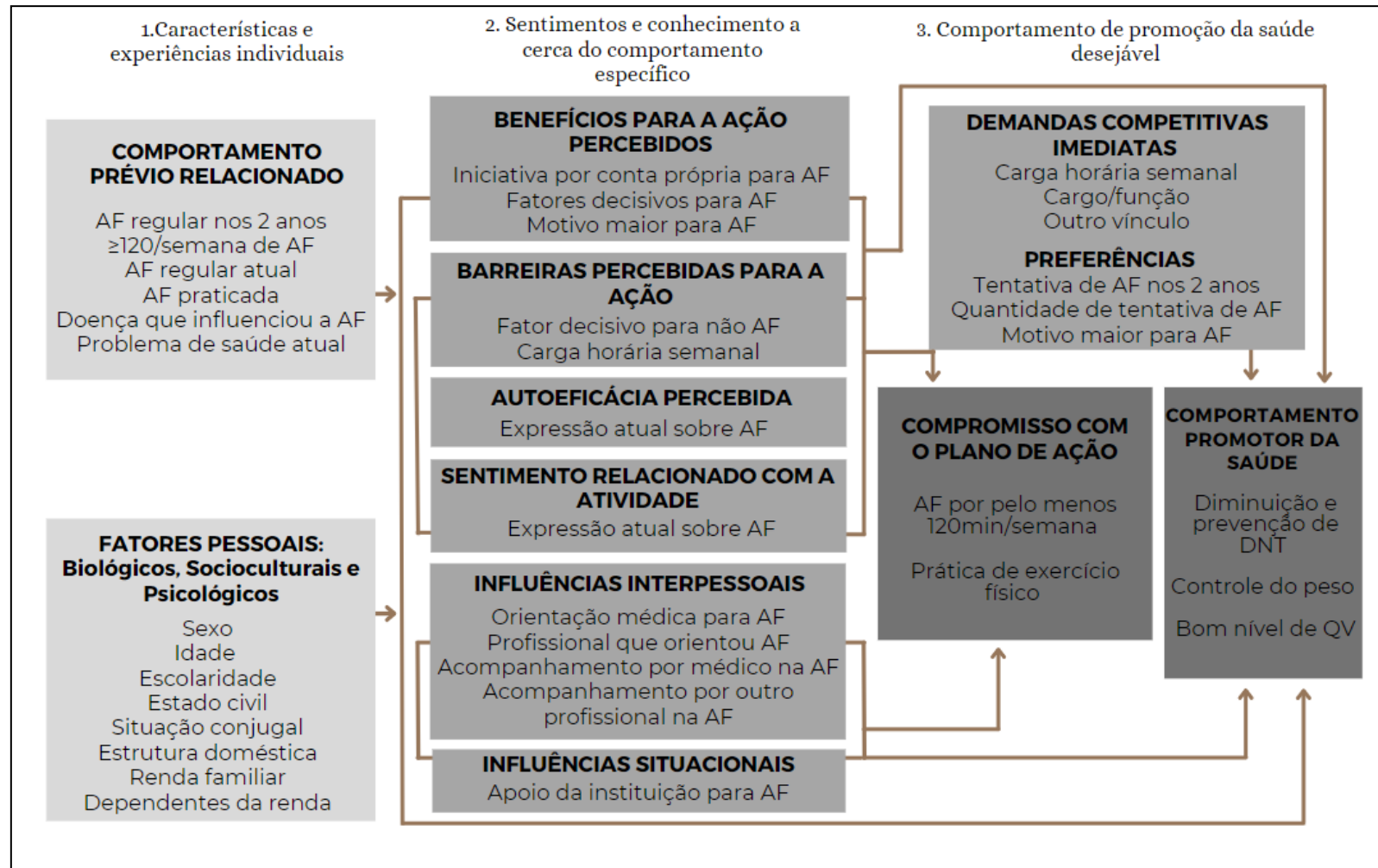
Vale ressaltar que as informações coletadas a respeito do tabagismo não foram suficientes para a construção de quadros conceituais, visto que a quantidade de fumantes foi mínima, não sendo possível uma análise mais detalhada.

A Figura 5 apresenta o quadro conceitual com as variáveis do componente físico da qualidade de vida baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

A Figura 6 apresenta o quadro conceitual com as variáveis do componente mental da qualidade de vida baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

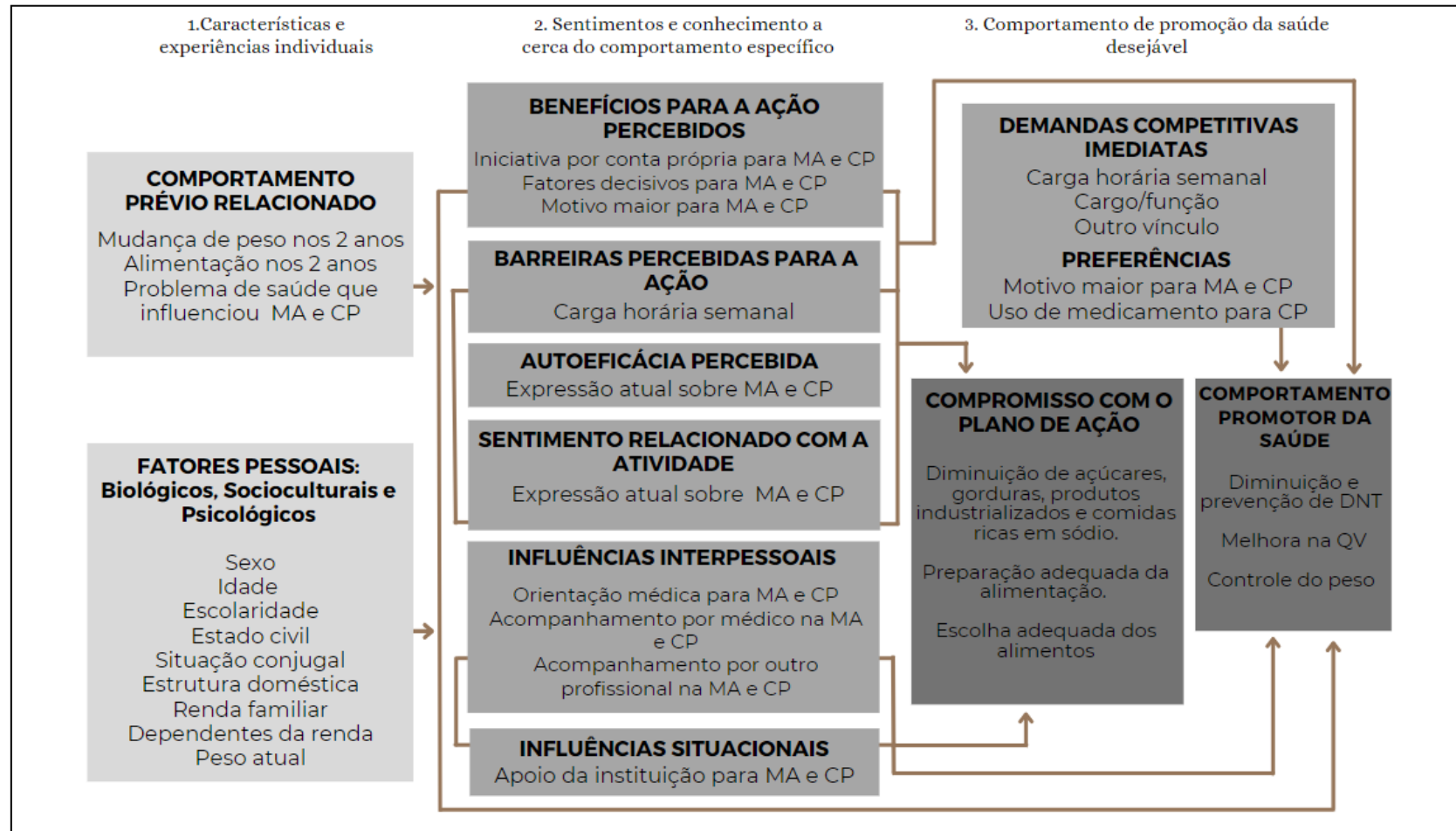
A Figura 7 apresenta o quadro conceitual final da qualidade de vida baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Figura 3. Quadro conceitual inicial com variáveis relacionadas à prática de atividade física, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021



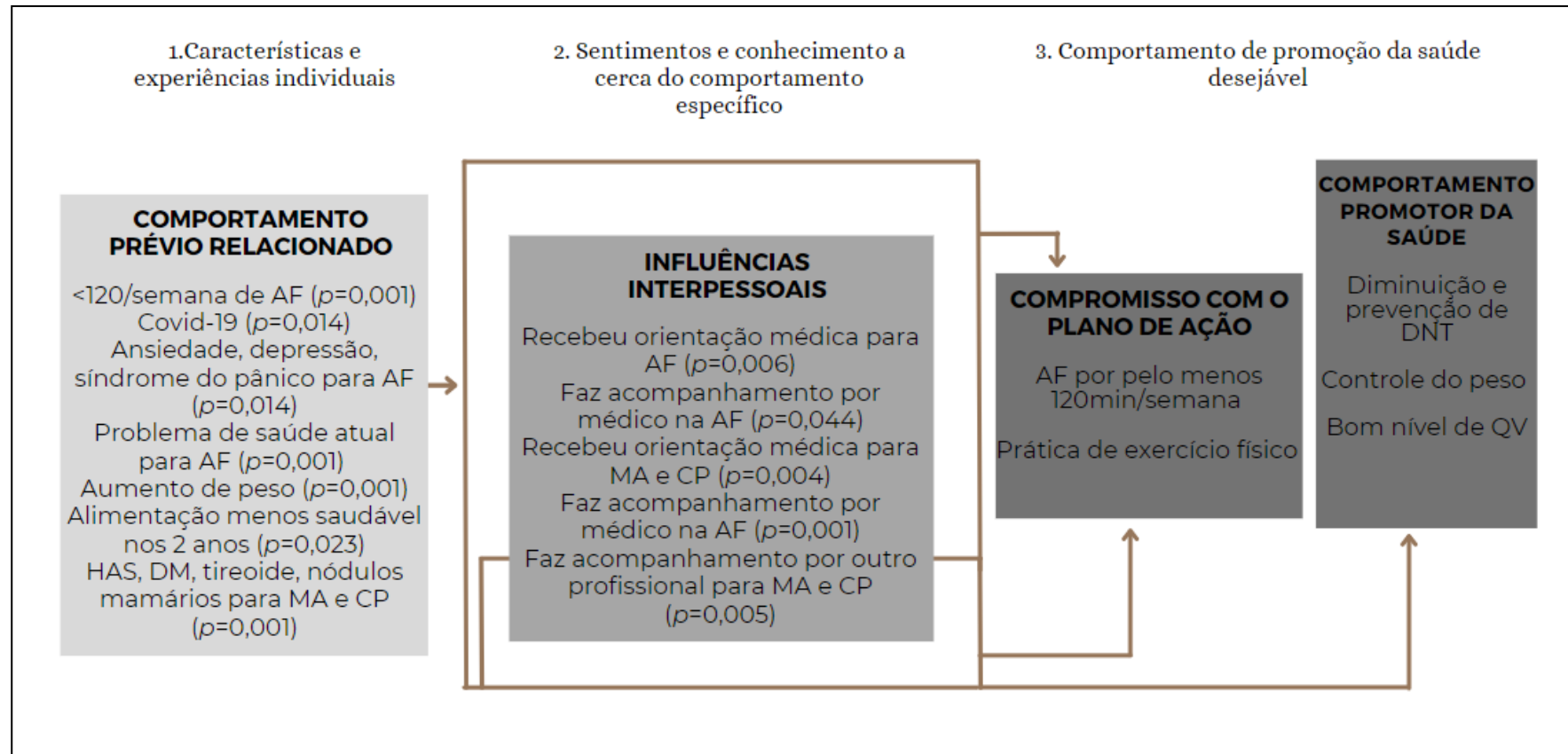
Legenda: min: minutos; AF: atividade física; DNT: doenças não transmissíveis; QV: qualidade de

Figura 4. Quadro conceitual inicial com variáveis relacionadas à alimentação, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021



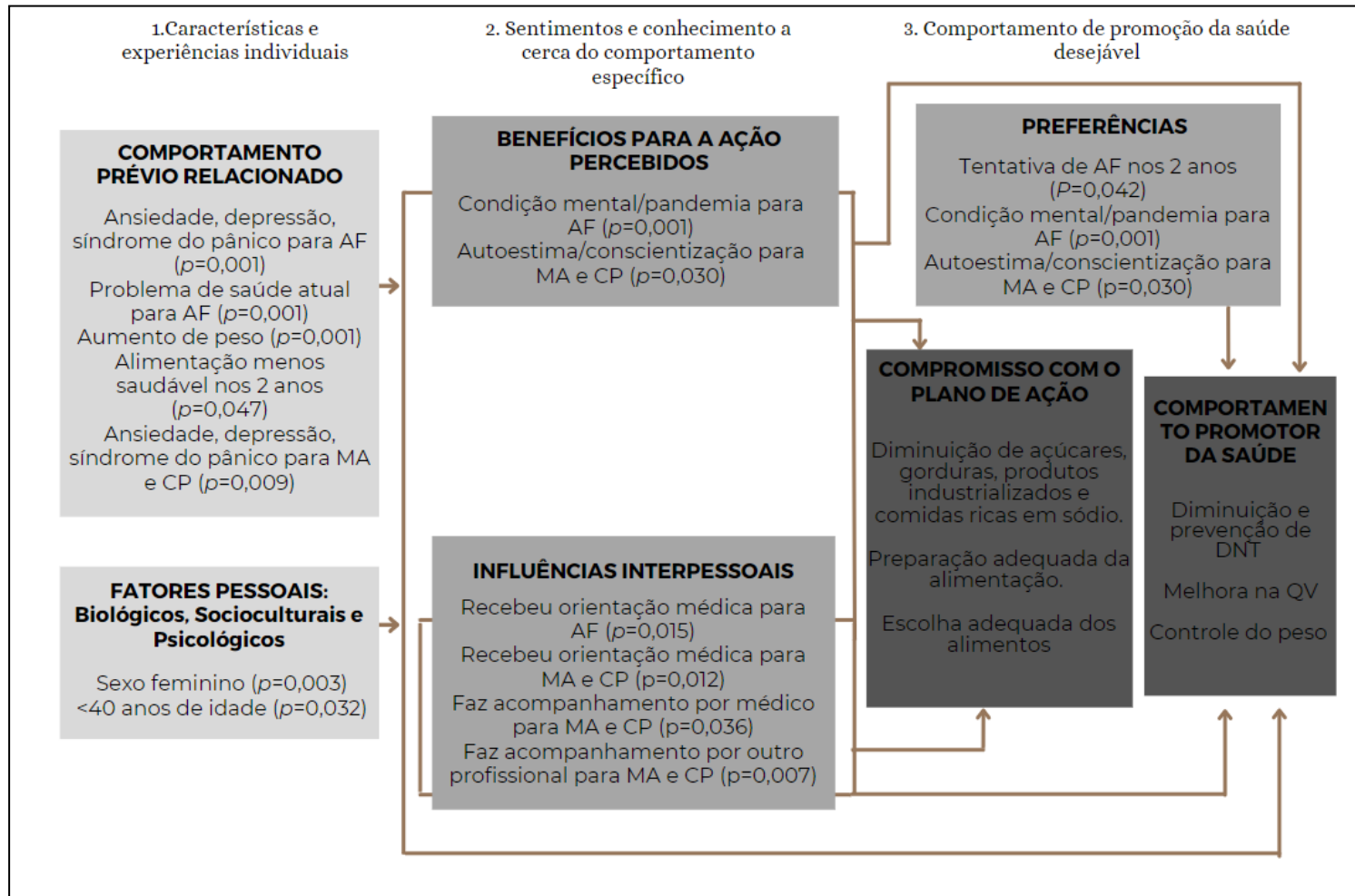
Legenda: MA: melhora na alimentação; CP: controle do peso; DNT: doenças não transmissíveis; QV: qualidade de vida.

Figura 5. Quadro conceitual com variáveis do componente físico da qualidade de vida, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021



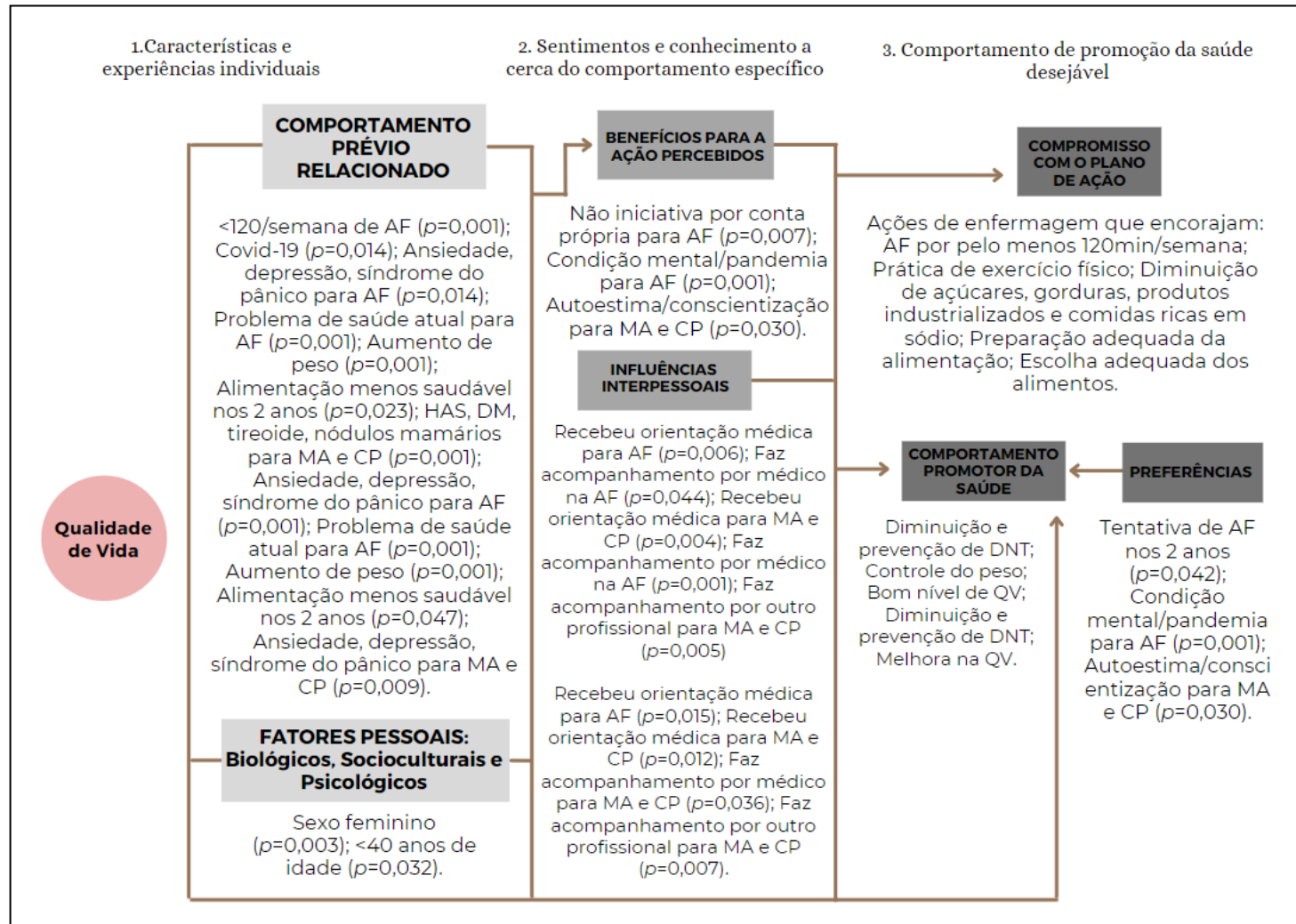
Legenda: min: minutos; AF: atividade física; DNT: doenças não transmissíveis; QV: qualidade de vida

Figura 6. Quadro conceitual com variáveis do componente mental da qualidade de vida, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021



Legenda: min: minutos; AF: atividade física; DNT: doenças não transmissíveis; QV: qualidade de vida

Figura 7. Quadro conceitual final da qualidade de vida, baseado no diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teresina, PI, Brasil, 2021



Legenda: min: minutos; AF: atividade física; DNT: doenças não transmissíveis; QV: qualidade de vida

No primeiro ponto do MPS de Nola Pender, identifica-se o comportamento prévio relacionado e os fatores pessoais (biológicos, socioculturais e psicológicos). Para tal, incluíram-se todas as variáveis que tiveram associação, que interferem na qualidade de vida de alguma forma.

O item **Comportamento anterior/prévio adotado** pelos servidores que interferem na qualidade de vida incluía: <120 min/semana de AF ($p=0,001$); Covid-19 ($p=0,014$); ansiedade, depressão, síndrome do pânico para AF ($p=0,014$); problema de saúde atual para AF ($p=0,001$); aumento de peso ($p=0,001$); alimentação menos saudável nos 2 anos ($p=0,023$); HAS, DM, tireoide, nódulos mamários para MA e CP ($p=0,001$); ansiedade, depressão, síndrome do pânico para AF ($p=0,001$); problema de saúde atual para AF ($p=0,001$); aumento de peso ($p=0,001$); alimentação menos saudável nos 2 anos ($p=0,047$); ansiedade, depressão, síndrome do pânico para MA e CP ($p=0,009$).

Os **Fatores pessoais (biológicos, socioculturais e psicológicos)** com associação encontrada no estudo foram sexo feminino ($p=0,003$) e idade <40 anos ($p=0,032$).

O segundo ponto avaliado no diagrama de Nola Pender leva em consideração os benefícios para ação percebidos, as barreiras percebidas para a ação, a autoeficácia percebida, o sentimento em relação ao comportamento, as influências interpessoais e as situacionais. Para esse resultado, incluíram-se todas as variáveis que tiveram associação, que interferem na qualidade de vida de alguma forma.

Os **Benefícios para ação percebidos** com associação foram não iniciativa por conta própria para AF ($p=0,007$), condição mental/pandemia para AF ($p=0,001$) e autoestima/conscientização para MA e CP ($p=0,030$).

No grupo de **Influências interpessoais (família, cônjuge, cuidadores, normas, modelos)**, encontraram-se diferenças estatisticamente nos seguintes itens entre os servidores que: receberam orientação médica para AF ($p=0,006$); fazem acompanhamento por médico na AF ($p=0,044$); receberam orientação médica para MA e CP ($p=0,004$); fazem acompanhamento com médico na AF ($p=0,001$); fazem acompanhamento com outro profissional para MA e CP ($p=0,005$); receberam orientação médica para AF ($p=0,015$); receberam orientação médica para MA e CP ($p=0,012$); fazem acompanhamento com médico para MA e CP ($p=0,036$); fazem acompanhamento com outro profissional para MA e CP ($p=0,007$).

O terceiro ponto avaliado no diagrama de Nola Pender leva em consideração o compromisso com o plano de ação, as demandas competitivas, as preferências e o comportamento de promoção da saúde.

Quanto ao item **Compromisso com o plano de ação**, fazem-se necessárias ações de enfermagem que encorajam: AF por pelo menos 120 min/semana; prática de exercício físico; diminuição de açúcares, gorduras, produtos industrializados e comidas ricas em sódio; preparação adequada da alimentação; escolha adequada dos alimentos.

Entre os resultados das **Preferências**, obtiveram-se associações entre as seguintes variáveis: tentativa de AF nos 2 anos ($p=0,042$); condição mental/pandemia para AF ($p=0,001$); autoestima/conscientização para MA e CP ($p=0,030$).

Como **Comportamento de promoção da saúde** foram estabelecidos os seguintes resultados a partir da mudança de comportamento planejada: diminuição e prevenção de DNT; controle do peso; bom nível de QV; diminuição e prevenção de DNT; melhora na QV.

6. DISCUSSÃO

6.1 Identificação do perfil dos afastamentos dos servidores

O afastamento por doença, além do sofrimento para o indivíduo, diminuindo o bem-estar, a perda salarial e a convivência com outras pessoas, gera também aumento nos custos no geral para o trabalhador e gestão, configurando uma preocupação (ALBRECHT *et al.*, 2020).

Paula *et al.* (2018) ressaltam a importância dos registros sobre os afastamentos por licenças médicas em órgãos públicos. Segundo os autores, a partir desses documentos, é possível realizar a identificação e estudos sobre a saúde dos servidores, os adoecimentos relacionados ao ambiente de trabalho e o planejamento de intervenções, com base nos resultados encontrados.

A saúde do trabalhador é amplamente estudada nas instituições de ensino, porém pesquisas sobre os motivos dos afastamentos laborais de servidores públicos ainda são pouco publicadas. Encontraram-se oito estudos na literatura em pesquisas realizadas com servidores públicos federais no Ceará (BASTOS *et al.*, 2018), em Alagoas (Paula *et al.*, 2018), no Rio de Janeiro (SANTA-MARINHA *et al.*, 2018), em Minas Gerais (ALVES; OLIVEIRA; PARO, 2019), no Rio Grande do Norte (VASCONCELOS; LIMA, 2021), em São Paulo (TUNDIS; MONTEIRO, 2018) e em Santa Catarina (NUNES *et al.*, 2019). Não foram encontrados estudos realizados no Piauí sobre o perfil de afastamento dos servidores públicos de instituições de ensino superior federais.

Existem alguns fatores que podem colaborar com o adoecimento do servidor público. No Brasil, há um senso comum sobre a acomodação durante a prática profissional entre os servidores públicos, o que foi justificado em estudo bibliográfico pelo sentimento de falta de valorização e reconhecimento, além de carência de planos de cargos e salários, oportunidade de crescimento profissional por meio de treinamentos e condições de trabalho (DINIZ *et al.*, 2012).

Nunes *et al.* (2019) identificaram que os servidores públicos da Universidade Federal de Santa Catarina associaram o sentido do trabalho ao meio de sobrevivência, estabilidade financeira ou a uma forma de conseguir algo melhor futuramente. Neste estudo, em relação aos pontos negativos, observou-se o

sentimento de decepção sobre as expectativas criadas antes da admissão, além da insatisfação com a gestão. Ainda foram citadas as práticas antiéticas e o assédio moral no ambiente de trabalho, fatores que podem gerar alterações mentais e comportamentais nos servidores.

Dentre as variáveis estudadas sobre os afastamentos, o CID foi a única que apresentou associação ($p=0,002$) em relação à duração do afastamento, sendo os transtornos mentais (CID F00-F99) a categoria que os servidores mais demoraram retornar ao trabalho. Entende-se, com isso, que os problemas mentais realmente interferem na quantidade de dias de afastamento, quando comparados a outras doenças.

Saúde mental é um estado de bem-estar, no qual cada pessoa realiza seu potencial, podendo lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para sua comunidade (WHO, 2021).

Os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais são comumente associados ao preconceito e estigmatização (PHILLIPS; GORDEEV; SCHREYÖGG, 2019), acompanhados da limitação para execução de atividades da vida diária, redução do potencial no trabalho, além da convivência familiar e social (CARLOTTO *et al.*, 2019).

Segundo Dejours (2007), o trabalhador apresenta problemas mentais devido à incapacidade de identificar se as falhas são consequências da incompetência ou por alterações fisiológicas no organismo. Pesquisa realizada no estado de Alagoas encontrou prevalência dos afastamentos por doença de servidores na categoria “Transtornos mentais e comportamentais”, representando aproximadamente 30,4%, e, logo em seguida, afastamentos por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (PAULA *et al.*, 2018).

Bastos *et al.* (2018) também observaram no estudo, em instituição de ensino superior do Ceará, que as doenças classificadas no CID “F” (transtorno mental ou de comportamento) são o maior motivo de afastamentos mais longos, sendo mais prevalentes os transtornos de humor, especificadamente a depressão.

Santa-Marinha *et al.* (2018) corroboram com os achados mencionados acima, pois os transtornos mentais e comportamentais foram o segundo tipo de doença mais encontrado (21,2%), sendo a maioria do tipo transtorno de humor (55,6%), principalmente a depressão (45,3%).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020), a depressão e a ansiedade são os problemas de saúde mentais mais prevalentes no local de trabalho, causando um impacto econômico de um trilhão de euros por ano em perda de produtividade. Phillips, Gordeev e Schreyögg (2019) identificaram que a saúde mental dos trabalhadores pode afetar negativamente a produtividade, ocasionando o aumento do absenteísmo e presenteísmo, bem como redução do desempenho no trabalho.

De acordo com Cardoso e Araújo (2016), o adoecimento mental ainda é visto como consequência de problemas intrapsíquico, vivenciados na infância, sexualidade e família, devendo o ambiente de trabalho também ser considerado com potencial para tal.

O ambiente laboral pode melhorar o bem-estar e a estabilidade emocional ou contribuir para o desenvolvimento de problemas mentais. Os fatores que melhoram o bem-estar, como o trabalho cooperativo, a presença de líderes de apoio, o desempenho em trabalho interessante, o equilíbrio entre vida pessoal e profissional, o *status* no trabalho e bons salários, também podem se tornar potenciais estressores. Entre os fatores de risco para desenvolvimento de problemas mentais, estão a longa jornada de trabalho, os baixos salários, o estresse no trabalho, a discriminação, o assédio e o ambiente insalubre (THOMAS; HITE, 2002).

Hogg *et al.* (2021) sugerem a existência de intervenções psicossociais no local de trabalho capazes de prevenir e tratar depressão e ansiedade, que podem ajudar a reduzir custos sociais e financeiros. Entre as intervenções conhecidas, as terapias cognitivo-comportamentais são as mais estudadas e, portanto, apresentam maiores evidências para reduzir os sintomas dessas doenças.

Na revisão sistemática e meta-análise de Phillips, Gordeev e Schreyögg (2019) sobre as intervenções de saúde mental ocupacional voltadas ao estresse, depressão, ansiedade, *burnout*, insônia, *mindfulness*, bem-estar e uso indevido de álcool e seus potenciais moderadores de tratamento, concluiu-se que intervenções que utilizam as tecnologias de informação e comunicação, chamadas de intervenções eletrônicas, podem melhorar significadamente as condições de saúde mental dos trabalhadores, com efeito de tratamentos pequenos a moderados. Os autores ainda afirmam que outros transtornos mentais, como estresse, *burnout* e

problemas do sono, possuem um efeito melhor quando realizadas essas intervenções por causa do maior estigma relacionado à depressão.

As intervenções eletrônicas de saúde mental consistem principalmente em orientações pessoais por meio de e-mail, SMS, *feedback* de um terapeuta pessoal/*online* ou de um *coach*, além dos grupos de apoio para discussão entre os pares. O objetivo dessas tecnologias é melhorar a qualidade de vida no trabalho, proteger e promover segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores (BAUMEISTER *et al.*, 2014).

A categoria de profissionais de nível superior, que não são docentes, foi a que apresentou, descritivamente, maior duração e maior quantidade de afastamentos durante o período estudado. No entanto, esse agrupamento engloba várias profissões, sendo complexo discutir sobre esse resultado, visto que eles não estão em grupo homogêneo de função, estando submetidos a diferentes fatores de risco para o adoecimento.

A categoria de docentes esteve em segundo lugar entre os afastamentos mais duradouros, embora não tenha sido observada associação. A discussão da saúde dos docentes é importante em razão da existência de uma tendência ao adoecimento entre professores universitários, muitas vezes ocasionado pela exaustão devido à forma de trabalho que impõe uma sobrecarga de atividades (NEME; LIMONGI, 2020).

Para manter o currículo atualizado e poder progredir dentro da instituição de ensino superior, os professores precisam atuar em atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão, favorecendo, assim, o desgaste e adoecimento (SANTINO; TOMAZ; LUCENA, 2017; LEITE; NOGUEIRA, 2017).

Segundo Tundis e Monteiro (2018), os docentes têm vivência de prazer/sofrimento tanto positiva (realização profissional) quanto negativa (esgotamento profissional) e que ao buscar um equilíbrio apresenta danos à saúde psicológica e física. Além disso, as autoras citam outros fatores que pioram a situação: a expansão das universidades sem planejamento para o cuidado com a saúde do professor; a sobrecarga aumentada por diversas demandas, principalmente pelas liberações de afastamento para pós-graduação, exonerações e remoções sem substituição adequada.

Outro motivo para incentivar a discussão da saúde dos docentes é que o conhecimento dos docentes em relação à própria saúde mental, quando abordado dentro dos riscos ocupacionais, ainda é incipiente na realidade brasileira (CARLOTTO *et al.*, 2019).

O adoecimento do docente é predominantemente de caráter psíquico, quando comparado ao físico, indicando predomínio de prejuízos subjetivos. Oliveira, Pereira e Lima (2017) acrescentam que essa característica entre os processos de doença dos docentes ocasiona a invisibilidade dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, os quais podem ser tomados apenas como efeitos colaterais, sendo consequência da naturalização do excesso de trabalho, quantidade de demandas e aceitação desse processo.

Em estudo realizado no extremo Sul do Brasil, os afastamentos mais expressivos (52,6%) foram entre os professores (VIEIRA *et al.*, 2021). Em contrapartida, Carloto *et al.* (2019) concluíram que a procura por atendimento e diagnóstico entre professores somente ocorre em situações de maior gravidade de risco.

Ressalta-se que a sobrecarga constante não é totalmente suspensa durante o período de férias, licença-prêmio ou mesmo durante o adoecimento (VASCONCELOS; LIMA, 2021). A sobrecarga de trabalho, a demanda, as exigências de produtividade e a competitividade, associadas a outros problemas institucionais, estão diretamente relacionadas ao desgaste mental dos professores (CAMPOS; CARVALHO; SOUZA, 2021).

Estudo realizado por Carlotto *et al.* (2019) com professores afastados para tratamento de doença encontrou que aproximadamente 47,2% apresentaram afastamentos por motivos de saúde mental. Em pesquisa realizada na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, os docentes estudados também apresentaram maiores números de atestados médicos para tratamento de doenças mentais e comportamentais, principalmente depressão, estresse, ansiedade e transtorno bipolar (CAMPOS; CARVALHO; SOUZA, 2021).

A prevenção de doenças mentais entre trabalhadores docentes deve levar em consideração os fatores de estresse presentes no ambiente laboral, sendo importante envolver gestores educacionais, equipe técnica, professores, alunos e a sociedade em geral (CARLOTTO *et al.*, 2019)

No seu estudo, Vasconcelos e Lima (2021) sugerem a realização de investigações que estudem a relação causal entre trabalho docente e adoecimento, a melhoria das condições de trabalho e a construção/ampliação de medidas voltadas à prevenção do adoecimento dos docentes.

A qualidade na educação oferecida pelos professores adoecidos interfere e gera impactos negativos na relação professor-aluno (TUNDIS; MONTEIRO, 2018). Além disso, os professores são um meio importante de promover o desenvolvimento social por meio da formação profissional e moral de pessoas (CAMPOS; CARVALHO; SOUZA, 2021).

A formação acadêmica requer a experiência de uma convivência amparada nas emoções positivas dos professores para a qualidade dos futuros profissionais (PIGNATTI; SILVA, 2020). Para isso, torna-se imprescindível a saúde física e mental daqueles que prestam esse serviço à sociedade.

Durante o trabalho docente, os profissionais precisam manter a interação humana com alunos, colegas e gestão, o que demanda equilíbrio contínuo, tanto físico como psíquico, social e espiritual, refletindo na sua percepção de qualidade de vida (DAVOGLIO; LETTNIN; BALDISSERA, 2015).

A categoria docente é considerada como uma das ocupações de alto risco de desgaste e adoecimento (CARLOTTO *et al.*, 2018). Os afastamentos de professores por problemas de saúde podem estar relacionados diretamente com as condições de trabalho (WANZINACK; SANTOS, 2017).

Entre os motivos para os problemas de saúde do docente, estão a falta de interesse e indisciplina dos alunos (SALES; FREITAS, 2018), a falta de estrutura, a falta de diálogo, o autoritarismo, o individualismo entre os colegas professores (COSTA; ROCHA, 2013), as turmas difíceis, a pouca assistência, o pouco apoio dos administradores e gestores públicos (KHAN, 2014), a inexpressiva participação nas políticas e no planejamento institucional (MELO *et al.*, 2015), entre outros.

Os esforços realizados pelos docentes, somados ao papel que o trabalho exerce para autorrealização, subjetividade e sociabilidade, contribuem para o desenvolvimento da identidade, renda e sustento. Além disso, possibilita alcançar metas e objetivos de vida, demonstrando ações, iniciativas e habilidades, o que torna o trabalho um valor fundamental do ser humano (NEVES *et al.*, 2018).

Com isso, observa-se a necessidade de escuta e atendimento às demandas individuais e coletivas dos professores, além de ser importante o diálogo mais efetivo entre gestão e corpo docente, para que o contexto de trabalho seja melhorado, promovendo a prevenção de fatores de riscos de adoecimento mental e condições mais favoráveis de trabalho (TUNDIS; MONTEIRO, 2018).

É interessante refletir que a gestão de uma instituição de ensino superior pública é composta por profissionais docentes. Cargos de reitoria, pró-reitoria, coordenação, superintendência, entre outros, são ocupados por profissionais que ingressaram na universidade como docentes do magistério superior. Com isso, espera-se que essa comunicação entre gestão e corpo docente seja efetiva e com boa fluidez. Porém, ainda existem algumas lacunas para que essa interação seja reportada como efetiva. Talvez seja consequência da alta demanda gerencial ou até mesmo por cobranças superiores, em que o interesse passa a ser maior, quando comparado às necessidades de docente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030, o qual estabelece ações claras para promover a saúde mental e o bem-estar para todos, bem como prevenir condições de saúde mental para aqueles em risco e alcançar a cobertura universal dos serviços de saúde mental, menciona que um dos objetivos é implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental (WHO, 2021).

Em relação à variável “local de trabalho”, não houve associação, contudo existiram afastamentos mais demorados de servidores que trabalham em Bom Jesus, embora a quantidade média maior tenha sido em Teresina.

Acredita-se que, como a capital é a referência em saúde do estado e o *Campus* de Bom Jesus é o mais distante, esses servidores necessitaram de uma estadia mais longa para diagnóstico e tratamento, uma vez que o caminho percorrido é de, aproximadamente, 1200 km ao total, não sendo viáveis deslocamentos de curta duração. Já os servidores que trabalham em Teresina conseguem se ausentar do ambiente laboral por períodos mais curtos de tempo, porém em dias diferentes, o que pode retratar o planejamento dos afastamentos.

No que diz respeito ao sexo, no geral, os homens tiveram afastamentos mais duradouros quando comparados às mulheres. Entre as 18 categorias existentes em

todas as variáveis, em 12 foram encontradas maior média de duração de tempo dos afastamentos solicitados pelos homens.

Além disso, as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas apresentaram associação com a duração dos afastamentos, em que homens se ausentaram para tratamento por mais tempo quando comparados às mulheres. Enquanto estas se afastaram por mais tempo devido às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

Os homens possuem um estilo de vida com atividades e comportamentos de risco, considerados mais perigosos e arriscados em relação à manutenção da saúde, como o uso do álcool e do fumo, bem como a alimentação ruim e condutas sexuais (SOUSA *et al.*, 2015).

A atividade profissional é um aspecto na vida do homem no qual ele exerce seu poder, de onde vem o sustento pessoal e, às vezes, familiar, sendo muitas vezes priorizado mesmo em caso de adoecimento. Em decorrência dessa negligência, a busca pelo serviço de saúde acontece em momento tardio até o desenvolvimento de sintomas que impossibilitem a realização das atividades laborais (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019).

Força, invulnerabilidade, virilidade e trabalho são características masculinas mantidas desde o período primitivo que conduz à desvalorização do autocuidado desenvolvido pelo homem. Os comportamentos, as prioridades de vida e o sentimento de medo geram a baixa adesão às práticas de autocuidado (SILVA *et al.*, 2021; SOUSA *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde aponta que essas características são crenças que podem ocasionar a redução da procura por serviços de saúde, contribuindo, assim, para o aumento dos gastos ao contribuinte e ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de elevar os índices de mortalidade do gênero masculino (VASCONCELOS; FROTA, 2018).

A saúde integral do homem não é preventiva, assim como eles não têm hábitos de autocuidado, aumentando, desse modo, os índices de morbimortalidade com o decorrer dos anos, visto que não realizam avanços e mudanças comportamentais eficazes para prevenção e autocuidado (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019).

Na construção de estratégias e ações para a saúde do homem, faz-se necessário levar em consideração os fatores culturais, pessoais, entre outros, de forma que os serviços de saúde se organizem para atingir diversos tipos de homem, principalmente aqueles que não buscam o serviço de saúde, respeitando a singularidade de cada um (SILVA *et al.*, 2021).

Embora os homens tenham passado mais tempo afastados para tratamento da própria doença, as mulheres, em sua maioria, afastaram-se em maior número. Supõe-se que os diagnósticos tardios dos homens implicam na maior duração dos afastamentos.

Entre pessoas com depressão, os homens se apresentaram em maior quantidade, quando comparados às mulheres. Para tal resultado, os autores Kausto *et al.* (2017) pressupõem que os homens são tratados de forma diferente ou diferem na adesão ao tratamento da doença. Além disso, eles provavelmente procuram ajuda médica em estágios mais avançados da depressão.

Ao longo dos estudos realizados mundialmente (PAULA *et al.*, 2018; NILSEN *et al.*, 2017; FLODERUS *et al.*, 2012; SANTA-MARINHA *et al.*, 2018; KAUSTO *et al.*, 2017), as mulheres alcançam um maior destaque em relação à procura por serviços de saúde, tanto para prevenção como para diagnóstico de doenças. Isso denota maior possibilidade de se afastar do ambiente laboral, quando comparadas aos homens.

Compreende-se que existem suposições para as mulheres se afastarem mais para tratamento de doença quando comparadas aos homens. Há justificativas biológicas (doenças relacionadas à gravidez, aumento de idade materna ao nascer), trabalhistas e educacionais (ocupação, nível educacional e demandas de trabalho), bem como justificativas relacionadas à saúde (saúde somática e mental). Porém, ainda não são suficientes para explicar completamente essa diferença entre os gêneros (LAAKSONEN *et al.*, 2014).

Há uma possível explicação, estudada por Nilsen *et al.* (2017), sobre a dupla carga enfrentada pelas mulheres, que sugere o conflito trabalho-família como fator para o desenvolvimento de doenças e consequente ausência no trabalho. Isso se justifica porque, na maioria das vezes, a mulher exerce o cuidado integral dos filhos e da casa, independentemente se trabalha ou não. Tal fato sugere a necessidade de avaliar também a família dos profissionais com afastamento por doença.

Outra justificativa para predominância de mulheres entre os números de afastamento para tratamento de doença pode ser atribuída ao fato da maior busca pela assistência de saúde pelo público feminino, além da facilidade de expressar o estado psicológico e emocional (PAULA *et al.*, 2018).

Na pesquisa de Paula *et al.* (2018), além de os autores terem observado maior número de afastamentos solicitados por mulheres, também constataram que os principais motivos foram a depressão, a ansiedade e o estresse.

De acordo com Santa-Marinha *et al.* (2018), a forma como os candidatos são selecionados para o serviço público pode interferir no perfil de afastamentos. Isso porque a seleção não difere o sexo e, considerando que as mulheres frequentam a escolaridade formal há mais tempo do que os homens, as chances de as mulheres serem contratadas podem ser maiores, aumentando, assim, a probabilidade de adoecerem.

Em se tratando das doenças do aparelho respiratório, os resultados apresentaram associação em relação à duração e quantidade de afastamentos, em que mulheres se afastaram mais vezes, porém a média de duração de afastamentos dos homens foi maior. Com isso, nota-se que o CID relacionado aos problemas respiratórios influenciou diretamente os afastamentos, tanto em quantidade quanto em duração.

Em revisão realizada por Blanc *et al.* (2019), encontraram-se evidências que sugerem que as exposições no ambiente de trabalho contribuem para a carga de doenças respiratórias não malignas em adultos, porém não relacionadas potencialmente ao trabalho.

É possível que essas doenças respiratórias sejam controladas e prevenidas, evitando a exposição aos materiais nocivos. Para tal, devem ser adotadas medidas de promoção da saúde, por meio da educação adequada em saúde e segurança ocupacional e a conscientização sobre a qualidade ambiental, o que pode levar a mudanças comportamentais (NISHIDA; YATERA, 2022).

6.2 Descrição do perfil socioeconômico e profissional

A partir das respostas aos questionários, constituiu-se um grupo com maioria de mulheres, idade média de 41,6 anos, com doutorado, casada, vivendo com o

companheiro, morando com o cônjuge/companheiro e filhos, apresentando renda familiar acima de R\$8.000,00, dois dependentes, em jornada semanal de trabalho de 40 horas, desempenhando o cargo de docente, sem outro vínculo empregatício.

Estudo realizado em uma universidade pública na região Norte do Brasil teve o sexo feminino como a maioria das participantes, casadas ou em união estável, sem filhos, com idade média de 47 anos, da categoria de técnicos. A segunda categoria que mais participou da pesquisa foi a de docente, sendo representada por um maior quantitativo geral (PACHECO; SILVA, 2018).

Identificaram-se, também, percentuais maiores de mulheres em estudo realizado na Universidade Federal de Goiás, sendo a maioria solteira, idade média de 31,79 anos, com maior quantitativo de participantes na faixa etária de 25 a 44 anos (OLIVEIRA, 2014).

Em outro estudo realizado em universidade pública no Brasil, sobre as carreiras dos servidores públicos, constatou-se que a maioria dos participantes era agente universitário de nível superior, possuía pós-graduação, sendo a maior parte na faixa etária de 41 e 50 anos. Quanto ao fator remuneração mensal, a maioria afirmou receber valores superiores a R\$3.000,00 (PRIMAK *et al.*, 2014).

Observou-se que a amostra foi constituída de pessoas com nível de conhecimento considerado elevado, pois a escolaridade se concentrou em servidores docentes, com mestrado ou doutorado.

Pesquisa realizada em Santa Catarina, com o objetivo de identificar os sentidos e significados do trabalho para servidores docentes e técnico-administrativos, teve como participantes, em sua maioria, mulheres, entre 25 e 35 anos de idade, casadas, com doutorado, em regime de trabalho de 40 horas, no cargo de servidora técnico-administrativa (NUNES *et al.*, 2019).

O plano de carreira é uma forma de incentivar o servidor público, não sendo visto apenas como aumento de salário. A carreira eleva a valorização ao desenvolvimento profissional, visando ao alcance dos objetivos da instituição pública, principalmente entre os servidores com nível de graduação e pós-graduação (PRIMAK *et al.*, 2014).

Os trabalhadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) apresentaram, com maior frequência, sentidos e significados positivos em relação a trabalhar na instituição de ensino. Eles enfatizaram a contribuição social dos seus

trabalhos como importante na construção da sociedade, seja por projetos de pesquisa e extensão ou pela formação dos alunos em profissionais (NUNES *et al.*, 2019).

A estabilidade no serviço público incentiva a maioria dos servidores públicos a permanecer nas atividades laborais da universidade pública, que depende economicamente da sociedade. Para tal, é importante a valorização dos servidores para a prestação de serviço de boa qualidade e eficiência à comunidade universitária, modificando a imagem negativa que a população tem dos servidores públicos (PRIMAK *et al.*, 2014).

Segundo Souza (2012), a segurança na vida profissional e a estabilidade no emprego são encontradas quando o trabalhador é aprovado em concursos públicos. O *status* profissional está associado ao bem-estar das pessoas, enquanto o desemprego tem sido repetidamente associado à morbidade médica e psicológica (BARRECH *et al.*, 2016).

A sociedade tem um olhar preconceituoso sobre o servidor público, o qual experimenta sentimentos positivos e negativos em relação a essa concepção acerca do seu trabalho. Por um lado, existe o constrangimento pelo não reconhecimento social do seu trabalho; por outro lado, sente-se orgulhoso por ser um felizado, profissional perseverante e capaz que conseguiu conquistar estabilidade trabalhista, com sentimento de vitória e alívio por seu sustento e da sua família (RIBEIRO; MANCEBO, 2013).

Dentre os pontos negativos de trabalhar em uma instituição federal de ensino, notou-se a decepção como elemento mais presente nos discursos dos participantes, os quais não conseguiram suprir suas expectativas em trabalhar devido a diversos motivos, bem como referiram uma “gestão ruim” (NUNES *et al.*, 2019).

Os sentimentos mencionados, principalmente aqueles negativos, podem levar o servidor ao adoecimento, seja físico ou mental. A pressão da sociedade, bem como o sentimento de satisfação devido à mesma, pode ser internalizada como algo exagerado e obrigatório, com o pensamento de dever a se cumprir, atendendo-a da melhor forma possível.

6.3 Descrição dos indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida dos servidores

Os comportamentos de saúde, como a inatividade física, alimentação pouco saudável, tabagismo e consumo excessivo de álcool, são os principais contribuintes para a morbimortalidade prematura devido ao desenvolvimento de doenças não transmissíveis (OMS, 2013).

No que diz respeito ao primeiro indicador de saúde avaliado, realização de atividades físicas, a maioria dos participantes da pesquisa afirmou ter realizado alguma atividade física nos últimos 2 anos, por pelo menos 120 minutos por semana. Espera-se com esse resultado que os servidores da instituição estudada apresentem uma boa qualidade de vida.

A última proposta de ação da OMS sobre as práticas de atividade física foi lançada no “Plano de Ação Global em Atividade Física 2018-2030: pessoas mais ativas para um mundo mais saudável”. No documento citado, descrevem-se estratégias e ações individuais e coletivas para o aumento das práticas de atividade física, exercícios físicos e modalidades esportivas, além de discutir sobre o problema do crescimento das taxas de sedentarismo (OMS, 2018).

As estratégias da OMS (2018) têm como objetivo reduzir a inatividade física em 10% até 2025 e em 15% até 2030. Entre as estratégias, está a criação de sociedades ativas, de ambientes ativos, de pessoas ativas e de sistemas ativos. Para isso, a OMS estabeleceu as seguintes atividades: facilitar e promover parcerias multissetoriais; desenvolver e disseminar políticas, diretrizes e ferramentas; catalisar a inovação e soluções digitais; promover a ação política, o estabelecimento de parcerias e a participação de múltiplos grupos e comunidades; apoiar a transferência do conhecimento; promover o investimento na investigação e avaliação; apoiar a mobilização de recursos; fornecer suporte técnico; estabelecer parcerias para a capacitação dos profissionais; e monitorizar o progresso e o impacto.

A prática de atividade física é essencial para o pleno desenvolvimento humano, devendo ser praticada em todas as fases da vida, em diversos momentos. Os exercícios físicos são exemplos de atividades físicas planejadas, estruturadas e repetitivas para melhorar ou manter as capacidades físicas e o peso adequado, sendo prescritos por educadores físicos (BRASIL, 2021).

A atividade física é uma poderosa ferramenta para prevenir e tratar diversas doenças, como diabetes *mellitus*, depressão, ansiedade, hipertensão, síndrome metabólica, artrite reumatoide, câncer, entre outras (RUEGSEGGER; BOOTH, 2018; BISWAS *et al.*, 2015), sendo a associada à melhor qualidade de vida (CHOI *et al.*, 2020; WHO, 2010). Ela não apenas reduz o risco de doenças cardiovasculares, como também fornece proteção cardiovascular direta (LI; LI; GAO, 2020).

A prática de exercícios físicos afeta positivamente as dimensões físicas e mentais da qualidade de vida, principalmente quando a duração é de pelo menos 150 minutos por semana (CHANG *et al.*, 2019). Os mesmos autores afirmam que a prática de exercícios por menos de 150 minutos por semana também configura um benefício para a saúde física.

Há uma associação entre as piores percepções de qualidade de vida dos servidores públicos e a não realização de atividade física, sendo que o domínio físico da avaliação apresenta os piores resultados. Além disso, a atividade física interfere de modo positivo em fatores que melhoram a qualidade de vida, como aumento da duração do sono e diminuição da dor (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou recentemente suas diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário e recomendou que pessoas de 18 a 64 anos de idade participem de pelo menos 150 minutos de atividade física por semana para obter benefícios à saúde (OMS, 2020).

A boa adesão às práticas regulares de atividades físicas pode ser devido aos benefícios observados pelos servidores, além do desejo de uma melhor imagem corporal, e à diversidade de modalidades existentes (caminhada, ciclismo, musculação, *pilates*, dança, natação, funcional, *crossfit*, ginástica, zumba, entre outras).

No que se refere à alimentação, os participantes em sua maioria aumentaram o peso nos últimos 2 anos, porém consideraram que estavam se alimentando de forma mais saudável quando comparado aos anos anteriores.

Embora não se conheçam os esforços pregressos a esta pesquisa para mudança de comportamento em relação à alimentação, modificar a rotina alimentar, bem como a composição corporal, requer acompanhamento e tratamento de longa duração que representam menor adesão, o que exige maior comprometimento do indivíduo (BUENO *et al.*, 2011).

Talvez os servidores no momento da pesquisa estivessem em processo de adaptação à nova dieta alimentar, com mudanças na rotina que podem afetar o progresso na estratégia iniciada, como recaída por doces, abstinência de algum alimento que consumia de forma elevada, problemas de estresse ou depressão.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o Brasil é caracterizado pelo consumo excessivo de açúcares, gorduras, produtos industrializados e comidas ricas em sódio, sendo diminuída a ingestão de feijão com arroz e insuficiente o consumo de frutas e hortaliças.

A partir disso, a OMS propôs a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, na qual cada país deveria realizar seu guia de promoção da alimentação saudável e prática de atividade física. Assim, o Ministério da Saúde lançou o Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual contém as diretrizes alimentares oficiais para os brasileiros (BRASIL, 2014).

No guia mencionado (BRASIL, 2014), seguem-se cinco princípios para o sucesso do uso desse material:

1. Alimentação é mais que ingestão de nutrientes: além da ingestão de nutrientes, representa a combinação e preparação dos alimentos, o modo de comer e as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar.

2. Recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo: considerar o cenário da evolução da alimentação e as condições de saúde da população.

3. Alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável: considerar o impacto das formas de produção e distribuição dos alimentos sobre a justiça social e a integridade no ambiente.

4. Diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares: o conhecimento necessário para elaborar recomendações sobre alimentação é gerado por diferentes saberes.

5. Guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares: existe a ampliação da autonomia de pessoas, famílias e comunidades para fazer escolhas alimentares e para que exijam o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável.

As pessoas podem ter acesso ao conhecimento relacionado à alimentação saudável por meio de políticas, programas, campanhas do Ministério da Saúde, profissionais e mídia. O conhecimento aumenta a autonomia na escolha dos alimentos (BRASIL, 2014). Apesar dessas ferramentas disponíveis, as pesquisas continuam demonstrando que a alimentação habitual do brasileiro segue um padrão considerado não saudável (LINDEMANN; OLIVEIRA; MENDOZA-SASSI, 2016).

De acordo com Oliveira e Santos (2020), os alimentos representam significados culturais, comportamentais e afetivos singulares, que não podem ser ignorados nas estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável. Segundo as autoras, recomenda-se levar em consideração também os estudos sociológicos, antropológicos, além dos saberes populares para construir diretrizes alimentares mais holísticas que insiram os modos de comer.

Identificou-se, neste estudo, que as pessoas que não praticam atividades físicas relataram desmotivação ou algum problema de saúde como motivos principais. Observou-se ainda que a maioria daqueles que praticam atividade física teve iniciativa por conta própria para tal.

No que diz respeito à melhora da alimentação e manutenção do peso, também foi encontrada a iniciativa por conta própria como motivação principal. Embora não tenha sido observado valor expressivo da autoestima e conscientização como motivo para não seguirem práticas saudáveis em relação à alimentação, tal explicação foi citada por 22 participantes.

Com isso, a desmotivação dos servidores possivelmente está mais ligada aos objetivos e percepções intrínsecas em relação à prática de atividades físicas, melhora na alimentação e conseqüente manutenção do peso. A evidência ocorre devido ao fato de que aqueles que praticam alguma atividade física e se preocuparam em melhorar a alimentação tiveram iniciativa própria para a realização da ação.

Os motivos que causam a falta de motivação para a realização de atividades físicas, que predisõem ou dificultam a modificação comportamental, são o conhecimento, a atitude, as experiências anteriores, o apoio social de familiares e amigos, a disponibilidade de espaços e instalações, as barreiras percebidas pelas pessoas (falta de tempo, distância até o local de prática, falta de recursos

financeiros, entre outras) e as normas sociais (leis, regras e regulamentos) (NAHAS, 2017).

Em revisão bibliográfica realizada por Oliveira *et al.* (2021), verificou-se que entre os servidores públicos existe baixo índice de prática de atividades físicas, o que pode estar associado a diversos fatores como idade, sexo, escolaridade, carga de trabalho, atuação profissional, entre outros. Os autores listam também alguns fatores intrínsecos do trabalho que configuram barreiras para a prática de atividades físicas, como extenso tempo na posição sentada ou em pé, o que ocasiona dor ou cansaço físico, refletindo, assim, na inaptidão para prática de atividade física.

Verificou-se baixo índice de prática de atividades físicas entre servidores públicos no estudo de Gonçalves *et al.* (2017), sendo mais identificado em profissionais com alta escolaridade e com presença simultânea de hipercolesterolemia e diabetes. Já Monteiro *et al.* (2018) encontraram como principais barreiras para a prática de atividades físicas a jornada de trabalho extensa e a falta de energia. Segundo Medrano-Ureña, Ortega-Ruiz e Benítez-Sillero (2020), outra barreira ou dificuldade para a prática de atividades físicas regulares é a falta de tempo, o que prejudica a saúde do servidor.

Entre os principais fatores que dificultam a adesão de tratamentos para melhora da alimentação e controle do peso, encontrados no estudo de Bueno *et al.* (2011), estão os problemas pessoais, a ausência de apoio familiar, a falta de motivação e os resultados negativos durante o processo. A taxa de desistência foi de 80,0% entre esses tratamentos no estudo mencionado, apresentando impacto considerável nos resultados esperados.

Em estudo realizado com servidores da UFMG, observou-se elevada prevalência de excesso de peso e de gordura corporal, não sendo identificadas melhoras significativas nesse quadro após a intervenção nutricional devido à baixa adesão dos participantes ao programa de qualidade de vida e à intervenção nutricional (SOUSA *et al.*, 2015).

Com isso, fazem-se necessárias estratégias eficazes para auxiliar o indivíduo na mudança de comportamento e consequente prática regular de atividade física, melhora na alimentação e controle do peso. As barreiras listadas precisam ser estudadas para a criação de estratégias e programas nas instituições de ensino.

A avaliação de estratégias de intervenção e os motivos da baixa adesão tornam-se importantes, uma vez que permitem a reestruturação dos métodos utilizados no intuito de aumentar a participação dos indivíduos e alcançar os resultados esperados (SOUSA *et al.*, 2015). A autoeficácia é a autoavaliação sobre as próprias atividades, sendo representada pela motivação (MEDRANO-UREÑA; ORTEGA-RUIZ; BENÍTEZ-SILLERO, 2020).

Segundo Nooijen *et al.* (2018), para acontecer a mudança de comportamento, os indivíduos precisam superar suas barreiras percebidas para a atividade, considerando que a maioria está ligada à baixa autoeficácia e à motivação. Faz-se necessário alcançar barreiras percebidas mais baixas para facilitar a mudança do comportamento. Nesse sentido, a força de vontade própria deve ser entendida como fator importante para a mudança do comportamento. Possivelmente, se esse fator for trabalhado, esperam-se melhores resultados no índice de prática de atividade física e melhora da alimentação entre os servidores estudados.

No que tange à existência de estratégias e ações desenvolvidas pela instituição para o estímulo das atividades físicas, melhora na alimentação e controle do peso, embora não tenham sido encontradas respostas afirmativas, atividades de extensão foram citadas no que diz respeito às atividades físicas. Por se tratar de uma pesquisa de saúde, talvez os participantes não tenham associado às atividades de extensão voltadas à saúde do servidor desenvolvidas na instituição, como avaliações do estado de saúde, palestras, cursos, rodas de conversa, entre outras. É de conhecimento nos cursos que os professores desenvolvem tais atividades com públicos diversos, incluindo o servidor. Ademais, atividades de extensão constituem uma ferramenta poderosa e importante dentro das instituições de ensino superior.

Ações de extensão são alternativas para promoção da saúde, por meio da vivência e da produção de conhecimento no contexto e cotidiano social. Configuram como contrapartida na gestão das esferas de governo a fim de contribuir com a ampliação do atendimento à saúde com qualidade (SANTANA *et al.*, 2021).

As atividades de extensão são significativas para a comunidade, pois há impacto positivo na saúde por meio do aprendizado e da transformação de hábitos de vida, além da promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, refletindo em benefícios para a população atendida (SOUZA *et al.*, 2021).

O serviço oferecido por meio de atividades extensionistas, além de oportunizar o aprendizado acadêmico, contribui potencialmente para os cuidados de saúde, desde que sejam apoiados com informações e recursos essenciais, devendo a instituição apoiar tais atividades (GETACHEW *et al.*, 2021).

Em se tratando de uma instituição de ensino, é relevante ressaltar que as atividades de extensão são realizadas, porém nota-se, a partir dos resultados desta pesquisa, que tais ações não estão sendo lembradas, possivelmente por se destinarem predominantemente à comunidade carente. Com isso, observa-se a necessidade da realização de projetos de extensão envolvendo servidores e respectivos familiares.

Quanto à busca de cuidados por profissionais da saúde para a realização de atividades físicas regulares, melhora da alimentação e controle do peso, observou-se que os servidores buscaram o apoio ou acompanhamento de profissionais não médicos. Supõe-se que esses profissionais sejam principalmente educadores físicos e nutricionistas.

Dentre as percepções intrínsecas, encontra-se o conhecimento sobre a prática de exercício, o qual está relacionado com a atitude que o indivíduo tem diante do mesmo. Atitudes positivas sobre a prática de atividade física regular podem ser influenciadas por um melhor conhecimento sobre os benefícios, princípios e práticas desta. Esse conhecimento deve ser ofertado principalmente pelo profissional da educação física, embora não seja o único fator para a mudança do comportamento (NAHAS, 2017).

Profissionais da educação física precisam possuir característica de liderança, capazes de identificar, discutir com comunidades e com gestores para assim propor ações intersetoriais pactuadas, com base nas necessidades da comunidade específica atendida (OMS, 2018).

De acordo com carta enviada por Russel (2019) à revista *American Family Physician*, nutricionistas registrados podem ajudar o paciente a aprender, implementar e sustentar mudanças de comportamento, enfatizando a necessidade do encaminhamento de pacientes por outros profissionais da saúde.

Segundo Faghri *et al.* (2017), os profissionais de saúde que auxiliam na perda de peso podem incorporar um foco na autoeficácia de um indivíduo para melhorar a probabilidade de superar as barreiras à perda e ao controle de peso.

Atividades físicas regulares associadas à orientação especializada voltada para os fatores de risco e desenvolvimento de doenças crônicas podem agir de forma preventiva para essas patologias (ZAMAI; BONFIM; PERES, 2018).

Notou-se nos resultados que os profissionais de educação física e nutricionistas foram citados no acompanhamento dos indivíduos na busca pela prática de atividade física, melhora da alimentação e controle do peso. Conseqüentemente, esses profissionais têm papel importante na boa qualidade de vida dos servidores, sendo necessárias atividades promotoras da saúde dentro da instituição que os incluam. Em complemento, o profissional de enfermagem pode auxiliar no acompanhamento, na identificação de necessidades e nos resultados da busca da saúde pelos servidores.

Neste estudo, relatou-se que familiares e amigos foram pontos fortes para a decisão do retorno às atividades físicas, melhora da alimentação e controle de peso. A família é considerada um apoio na superação de problemas de saúde, bem como auxilia na busca pela força de vontade.

O potencial da influência de amigos próximos e familiares na vida da pessoa adulta para a prática de atividades físicas foi observado por Rahman *et al.* (2019). Segundo eles, essa motivação acontece de forma mais efetiva e presente entre aqueles que participam de atividades recreativas e culturais, quando comparados àqueles que participam de exercícios e esportes.

A falta de motivação foi apontada como uma das principais causas da baixa adesão dos participantes ao programa implementado na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na pesquisa de Sousa *et al.* (2015). A adesão é fundamental para o sucesso do tratamento, o que pode ter sido comprometido provavelmente, segundo as autoras, pela duração da intervenção, métodos utilizados, bem como o apoio familiar e social.

Exercícios físicos, como musculação, aeróbica, funcional, entre outros, podem representar motivo de vergonha, medo e desconforto para indivíduos que planejam iniciar uma rotina com atividades físicas. Porém, como comprovado na pesquisa de Rahman *et al.* (2019), uma outra opção seria convidá-los e estimulá-los a praticar atividades recreativas e culturais, como caminhadas e dança.

Embora seja de amplo conhecimento que a atividade física é importante para a saúde, ainda é difícil apoiar pessoas que se dispõem a mudar o comportamento.

Torna-se necessário realizar intervenções que deem suporte, como a terapia cognitivo-comportamental e o apoio em grupo e organizacional, para mudança de comportamento em relação à prática de atividade física regular e sedentarismo (BLOM *et al.*, 2021).

Nesta pesquisa, entre os fatores de apoio decisivos para retomada da atividade física, melhora da alimentação e controle de peso, obteve-se que a maioria teve força de vontade própria.

Segundo Medrano-Ureña, Ortega-Ruiz e Benítez-Sillero (2020), a aptidão física e autoeficácia para a realização de atividades físicas são fundamentais para alcançar o bem-estar e a qualidade de vida em adultos de meia idade e idosos. Considerando que a autoeficácia é a autoavaliação das próprias atividades, sendo representada pela motivação, comprova-se que, uma vez motivados, os servidores consequentemente aumentarão o interesse em atividades físicas, melhora da alimentação e controle do peso.

Entre os problemas de saúde listados por alguns servidores, citaram-se alguns transtornos mentais e comportamentais, como ansiedade, depressão e síndrome do pânico. De acordo com Mikkelsen *et al.* (2017), a prática de atividade regular pode aliviar os sintomas de problemas de saúde mental.

Levando em consideração que a maioria dos participantes apresentou a força de vontade própria para a prática de atividades físicas, melhora na alimentação e controle do peso, espera-se que estratégias para o bem-estar no ambiente de trabalho sejam bem aceitas também. Portanto, ressalta-se a importância de momentos oportunos para que temas relacionados à saúde mental possam ser trabalhados, principalmente no que se refere à prática de atividades físicas, melhora na alimentação e controle do peso, tentando beneficiar, inclusive, o clima organizacional dentro da instituição.

Um clima organizacional positivo pode favorecer a existência de menos trabalhadores cansados e estressados, levando à melhora do bem-estar dos profissionais (PECINO *et al.*, 2019). É importante salientar que bons hábitos de saúde empregados sozinhos não geram benefícios organizacionais em curto prazo (LA FALCE *et al.*, 2020).

Os participantes desta pesquisa afirmaram que já estão realizando alterações importantes e com sucesso em relação à atividade física, melhora da alimentação e controle de peso.

As instituições federais de ensino superior, com a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), com possível acompanhamento por meio do SIASS, devem implementar um modelo de atenção à saúde dos servidores, voltado ao desenvolvimento de políticas e ações para a promoção da saúde, incluindo aspectos relacionados à prática regular de atividades físicas, melhora da alimentação e controle do peso, no ambiente institucional (BRASIL, 2013).

Quanto ao indicador tabagismo, a maioria dos participantes nunca fumou na vida. Observou-se que alguns fumantes tentaram parar de fumar alguma vez na vida. Além disso, não foi afirmada a adoção de política antitabagista pela instituição.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2021), o percentual de adultos fumantes apresentou uma queda expressiva nas últimas décadas em função das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante e, em 2019, o percentual de adultos fumantes era de 12,6%.

Entre as recomendações para a diminuição e combate ao tabagismo, estão eliminar objetos e situações que lembram o cigarro, conhecer os sintomas de abstinência, controlar o desejo de fumar, alimentar-se de forma saudável e controlada, ter cuidado com a recaída (IASMPE, 2014).

No intuito de acrescentar estratégias para o sucesso do combate ao tabagismo, Nunes e Castro (2011) descreveram como o profissional da saúde pode estimular e adotar hábitos saudáveis, instrumentalizando-se com estratégias baseadas na entrevista motivacional.

A entrevista motivacional é uma abordagem utilizada para auxiliar pessoas que precisam realizar mudanças em algum aspecto da vida. Com o aumento crescente de atrativos da vida atual, como redes sociais, jogos, compras, comida, entre outros, a adoção de estilo de vida saudável torna-se um desafio para os profissionais da saúde. Estratégias da entrevista motivacional podem ser muito eficazes para o processo de decisão de uma pessoa, fortalecendo sua motivação para se comprometer e mudar (SEREBRENIC; LIMA, 2019).

6.4 Índices de qualidade de vida

A qualidade de vida é uma medida importante para avaliar a situação de saúde de indivíduos e populações, sendo fortemente influenciada pelas constantes mudanças ambientais, tecnológicas, econômicas e de relações de trabalho (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

A avaliação da qualidade de vida em grupos populacionais é importante para verificar fatores de intervenção nos domínios físico e mental, podendo ainda comparar a utilização de novos insumos e tecnologias pelos indivíduos, com o intuito de avaliar seu impacto na vida das pessoas (PIMENTA *et al.*, 2019).

A OMS (1995) define qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) como “a percepção dos indivíduos de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A aplicação do instrumento SF-36 favorece a associação, e não a relação entre causa e efeito. Entre as vantagens para utilização dessa ferramenta, estão o baixo custo, a rapidez na coleta dos dados e a subjetividade nas respostas. O SF-36 é a ferramenta genérica de avaliação de QVRS mais utilizada em todo o mundo (WARE JUNIOR, 2000), sendo um instrumento muito útil no rastreamento de necessidades da QVRS (SANTOS *et al.*, 2015).

No geral, a média de escore global de qualidade de vida esteve acima de 50,0 pontos, porém foi possível identificar uma variação grande entre o valor mínimo e o valor máximo, sendo 25,8 e 84,7 pontos, respectivamente.

No estudo de Oliveira *et al.* (2021), houve uma associação entre as piores percepções de qualidade de vida dos servidores públicos e a não realização de atividade física, sendo que o domínio físico da avaliação apresenta os piores resultados. Os autores verificaram também que atividade física interfere de modo positivo em fatores que melhoram a qualidade de vida, como aumento da duração do sono e diminuição da dor.

A vitalidade e a saúde mental colaboraram tanto para um baixo nível de qualidade de vida no componente mental de forma que os servidores dessa instituição pública obtiveram o máximo de 80,0% do que era possível.

A vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga, vigor, vontade, esgotamento e cansaço. Valores baixos significam que a pessoa se sente cansada e exausta a maior parte do tempo (WARE JUNIOR, 2000).

De acordo com o *Canadian Centre for Occupational Health and Safety* (2017):

Fadiga é o estado de muito cansaço, cansaço ou sonolência resultante de sono insuficiente, trabalho mental ou físico prolongado ou períodos prolongados de estresse ou ansiedade. Tarefas chatas ou repetitivas podem intensificar a sensação de fadiga. A fadiga pode ser descrita como aguda ou crônica.

Fadiga e sonolência na sociedade moderna são fatores de risco presentes nas vidas pessoais e ocupacionais. A adaptação do ser humano ao sono insuficiente, aos horários de trabalhos intensos/longos e a outros fatores é desafiador, segundo Caldwell *et al.* (2019).

As causas comuns de fadiga incluem os problemas psicossociais, depressão, distúrbios de ansiedade, distúrbios do sono e distúrbios respiratórios relacionados ao sono. Quando considerada como queixa principal, a fadiga deve ser tratada a partir da investigação de distúrbios comuns e/ou potencialmente perigosos (MAISEL; BAUM; DONNER-BANZHOFF, 2021).

A fadiga entre os trabalhadores é um problema significativo atualmente, em grande parte por causa de empregos de alta demanda, longos períodos de serviço, interrupção do sono e dívida acumulada de sono (SADEGHNIAT-HAGHIGHI; YAZDI, 2015). Segundo Lerman *et al.* (2012), é um perigo no local de trabalho e pode estar associada à segurança e saúde do trabalhador. Afeta a saúde e a segurança tanto do funcionário quanto dos seus colegas. Pode afetar negativamente a saúde e a segurança pessoal, bem como a eficiência e a segurança do trabalho. O método mais eficaz para minimizar a fadiga do trabalhador é por meio de um sistema de gestão de risco de fadiga abrangente (SADEGHNIAT-HAGHIGHI; YAZDI, 2015; LERMAN *et al.*, 2012).

Neste estudo, a saúde mental também foi responsável pelo baixo nível de qualidade de vida entre os servidores estudados, sendo obtidos valores de 10,0 e 80,0 pontos, dentre os escores mínimos e máximos, respectivamente, em uma escala de até 100 pontos. Observa-se, com isso, que os servidores provavelmente possuem tendência a problemas de saúde mental.

O domínio saúde mental inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental, nomeadamente a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico. Valores baixos indicam que a pessoa se encontra sempre nervosa e deprimida; valores elevados indicam que a pessoa se sente em paz, feliz e em calma (WARE JUNIOR, 2000).

Duas observações são necessárias: nos resultados do domínio mental, identificaram-se escores muito baixos (10,0 pontos) e não foi observada pontuação máxima (100,0 pontos) nesse quesito. Entende-se, assim, que o domínio mental entre os servidores da instituição estudada representa pessoas nervosas, deprimidas, desanimadas e abatidas.

O servidor público federal, enquanto trabalhador, está vulnerável às interferências da subjetividade das relações estabelecidas consigo, com os colegas e com os processos de trabalho. A partir disso, publicaram-se os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal, por meio da Portaria nº 1.261, de 5 de maio de 2010, com o objetivo de oferecer parâmetros e diretrizes aos servidores públicos federais, profissionais de saúde e gestores na elaboração de projetos e programas de atenção à saúde mental (BRASIL, 2019).

Os afastamentos do ambiente de trabalho por motivo de transtornos mentais têm apresentado importante visibilidade nos últimos anos, acometendo um número cada vez maior de trabalhadores (BRASIL, 2015).

Em pesquisa realizada por Oliveira (2019), os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 20% da quantidade de servidores adoecidos e afastados do trabalho no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG) e no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano (IFGoiano). O principal motivo de afastamento dentro do universo da saúde mental são os transtornos depressivos.

Em estudo realizado com servidores públicos do Governo do Distrito Federal, identificou-se que 43,12% das licenças para tratamento de doenças estavam relacionadas a transtornos mentais de comportamento (COSTA NETO, 2019).

Os transtornos mentais foram a principal causa de afastamento no trabalho entre os servidores públicos de uma instituição de ensino superior no Ceará. Os transtornos do humor e os relacionados ao estresse foram os mais frequentes. Os

transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas e os diagnósticos de disfunções fisiológicas representaram a maior média de dias de afastamento por servidor (BASTOS *et al.*, 2018).

De acordo com Oliveira (2019), o processo do adoecimento é facilmente observado no ambiente de trabalho. Não apenas no absenteísmo, mas no presenteísmo, nas dificuldades das relações de trabalho, na piora do clima organizacional, na queda da produtividade e motivação é possível identificar profissionais com a saúde mental comprometida. Alguns grupos profissionais, incluindo profissionais de saúde e professores, parecem ainda mais vulneráveis ao estresse relacionado ao trabalho e ao esgotamento profissional (MALFA *et al.*, 2021).

Além dos problemas de relacionamento, pessoais e de saúde, a alta demanda e a precariedade no setor público colaboram para a vulnerabilidade do servidor (SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018).

6.5 Associação dos perfis socioeconômico, profissional, e indicadores de saúde relacionados à qualidade de vida

Neste estudo, as mulheres estiveram entre os piores escores dos componentes físico e mental, apresentando a idade (<40 anos) como fator para o menor nível de qualidade de vida, quando comparadas aos homens. Recorda-se em resultado anterior que a amostra foi composta por docentes em sua maioria (66,2%). Servidores que têm 40 anos ou mais podem estar em posição mais estável da profissão, pois não estão no probatório, além de possuírem projetos e ações de pesquisa e extensão mais consolidados, o que promove a redução de atividades de ensino. Pode ser que isso tenha colaborado para melhores níveis de qualidade de vida.

O cotidiano de trabalho em instituições de ensino superior exige o cumprimento de prazos exíguos, concorrer a editais de financiamento para custear atividades de pesquisa e/ou extensão, ministrar aulas, orientar trabalhos acadêmicos, avaliar provas e trabalhos, redigir relatórios, organizar/participar de eventos, além de proferir palestras e produzir/publicar livros e/ou artigos científicos, podendo, ainda, incluir funções de gestão (LEITE, 2017; ALVES; OLIVEIRA; PARO,

2019). A intensificação dessas atividades e a diminuição de priorização da vida pessoal levam os docentes ao adoecimento, principalmente mental.

Ao estudar sobre as modalidades de adoecimento e sintomas que acometem o docente universitário do ensino público, Oliveira, Pereira e Lima (2017) identificaram os transtornos relacionados ao estresse, com alterações emocionais e mentais, como angústia, desgaste mental e perda da vitalidade, cansaço e alterações do sono, como os principais problemas de saúde. As autoras mostraram ainda que o adoecimento psíquico sobrepôs o físico, indicando o predomínio de prejuízos considerados mais subjetivos.

Os dados acima reforçam que a concepção de saúde mental e o trabalho são indissociáveis no aspecto de produtividade e eficiência no serviço público federal (BASTOS *et al.*, 2018).

A partir dos resultados deste estudo sobre o apoio dos profissionais da saúde para a prática regular de atividades físicas, sugere-se que pessoas que já fazem acompanhamento médico são rotineiramente orientadas, além de provavelmente possuírem alguma doença preexistente. Sabe-se, ainda, que a iniciativa por conta própria é um passo importante na melhora da qualidade de vida.

O acompanhamento realizado por uma equipe multiprofissional pode aumentar as chances de os indivíduos receberem orientações relacionadas aos hábitos de vida saudável, detecção e tratamento de doenças. Estratégias de saúde pública têm sido desenvolvidas para diminuir e combater diversas patologias, principalmente as doenças crônicas, favorecendo, assim, bons níveis de qualidade de vida.

A prática regular de atividades físicas é um dos objetivos da saúde pública, a qual também tem como finalidade melhorar a saúde geral da população por diversos meios, incluindo a prevenção, triagem e tratamento de doenças, bem como monitoramento e modificação do ambiente social, econômico, político e ambiental a fim de melhorar a saúde (MASTERS *et al.*, 2017).

Dentre as ações da saúde pública, pode-se citar prevenção de lesões, educação da população sobre hábitos que levam ao adoecimento, como tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool, lesões no local de trabalho, uso do cinto de segurança e segurança alimentar. Para tal, estudiosos oferecem soluções para os

problemas de saúde com base em pesquisas científicas (EDEMEKONG; TENNY, 2021).

Para que as ações acima mencionadas funcionem de forma efetiva, deve-se ocorrer a continuidade e periodicidade do acompanhamento por profissionais de saúde, pois é fundamental para melhorar a saúde dos indivíduos, bem como o funcionamento do sistema de saúde como um todo. Isso se faz mais importante pelo fato de o envelhecimento da população acontecer com desafios significativos e contínuos do estilo de vida e doenças crônicas (JACKSON; BALL, 2018).

A iniciativa própria para busca pelo comportamento saudável aumenta as possibilidades de os servidores estudados procurarem mais cuidados com profissionais específicos, como educadores físicos e nutricionistas. A partir disso, a qualidade de vida pode atingir escores melhores, conforme comprovado por esta pesquisa.

Na caracterização dos indicadores de saúde, a maior parte dos participantes afirmou estar realizando mudanças no estilo de vida para melhorar a qualidade de vida. Com isso, sugere-se que os servidores realmente fazem acompanhamento com profissionais da saúde, bem como possuem força de vontade própria como fatores de apoio decisivos, principalmente no que diz respeito à prática regular de atividade física.

De acordo com Oliveira *et al.* (2019), o estilo de vida do trabalhador pode ser um determinante para o comportamento de risco à saúde, condições clínicas, atividade física e autoavaliação da saúde, elementos que afetam potencialmente a qualidade de vida. Neste estudo, também foi identificado que a atividade física é um fator protetor contra ansiedade e depressão.

Intervenções biomédicas reforçam soluções medicalizadas e positivas, como dieta, atividade física e triagem/vigilância de trabalhadores vulneráveis. Porém, são necessárias intervenções de promoção da saúde no local de trabalho, com prevenção de riscos, em que trabalhadores efetivamente participem (SYED, 2020).

Segundo Shih *et al.* (2021), é fundamental incentivar periodicamente o uso do *check-up* de saúde para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida relacionada à saúde.

No que se refere aos motivos para iniciar, reiniciar ou aumentar a atividade física regular, este estudo apresentou a condição mental e a pandemia como fatores importantes no componente mental avaliado pelo SF-36.

Estudo realizado no Canadá identificou que 33% dos participantes inativos tornaram-se mais ativos, enquanto 40,3% dos ativos tornaram-se mais ativos, após infecção pelo coronavírus. As atividades estiveram concentradas em ambientes ao ar livre, como caminhada e ciclismo. Aqueles que eram menos ativos relataram significativamente menos benefício, menos prazer, menos confiança, menos apoio e menos oportunidades de ser ativo. Além disso, aqueles que eram menos ativos indicaram significativamente mais desafios no engajamento da atividade física (LESSER; NIENHUIS, 2020).

A Covid-19 esteve relacionada à prática regular de atividades físicas na pesquisa realizada por Schuch *et al.* (2020), no Brasil, na qual pessoas que praticaram exercício físico todo dia, de forma moderada ou vigorosa, estiveram menos propensas a apresentar sintomas depressivos e ansiosos concomitantemente. Comportamentos sedentários se apresentaram mais propensos a apresentar sintomas depressivos prevalentes.

Observa-se, com isso, que a condição mental associada à Covid-19 foi um fator positivo nesta pesquisa para a prática regular de atividades físicas. Sugere-se que os servidores que apresentaram a patologia mencionada aumentaram a preocupação em relação à saúde, o que conseqüentemente favorece bons níveis de qualidade de vida.

No estudo de Mohamed e Alawna (2021), identificou-se que duas semanas de exercícios aeróbicos de intensidade moderada diminuíram a gravidade e a progressão dos distúrbios associados à Covid-19 e à qualidade de vida. Além disso, essa rotina produziu um efeito positivo no sistema imunológico, aumentando as quantidades de leucócitos, linfócitos e imunoglobulina A.

Com isso, sugere-se que indivíduos com problemas na saúde mental e Covid-19 podem ter a qualidade de vida melhorada a partir da mudança de comportamento para a prática regular de atividade física.

Os resultados deste estudo indicam que a alimentação é um fator que influencia a qualidade de vida tanto no componente físico como no componente mental.

Na Finlândia, em contrapartida, em pesquisa realizada por Svärd *et al.* (2017) com funcionários idosos, o ganho de peso esteve associado ao pior funcionamento da saúde física, mas não mental. A perda de peso não mostrou associação positiva com o funcionamento da saúde física ou mental. Prevenir o ganho de peso adicional pode ser benéfico para manter o funcionamento da saúde física e a capacidade de trabalho, particularmente entre funcionários já obesos.

Nesse contexto, é importante destacar a preocupação com a saúde física e mental. O governo deve zelar pela saúde do servidor público, uma vez que este presta serviço diretamente para a sociedade e para os cidadãos, beneficiando, assim, a todos (SHIH *et al.*, 2021).

O desenvolvimento de estratégias para a melhora dos níveis de qualidade de vida nas instituições de ensino superior deve ser estabelecido a partir de estudo sobre o perfil dos servidores, por meio de pesquisas de campo, embasada cientificamente e de forma contínua. Sugere-se ainda que seja realizada uma avaliação ao final de cada período estipulado previamente.

6.6 Elaboração do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender por meio do perfil dos servidores

A construção de quadros conceituais contendo as variáveis estudadas, analisadas dentro dos componentes físico e mental de qualidade de vida, relacionados à prática de atividade física e alimentação que foram identificadas no presente estudo.

Atividades físicas realizadas por menos de 120 minutos por semana, alimentação menos saudável nos últimos 2 anos e aumento do peso foram as variáveis do item **Comportamento anterior/prévio adotado** que apresentaram associação com efeitos diretos ou indiretos sobre a probabilidade de ter comportamento de promoção da saúde e conseqüente influência na qualidade de vida dos servidores.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender tem como finalidade auxiliar os enfermeiros na compreensão de fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial. Pender *et al.* (2002) afirmam que o enfermeiro pode auxiliar os pacientes a ter comportamentos promotores da saúde,

focando nos benefícios, ensinando estratégias que ajudam a superar as dificuldades e fornecem reforço positivo.

A atuação do enfermeiro engloba as orientações sobre hábitos saudáveis de vida de forma individual, caminhada orientada e necessidade de criação de grupos específicos para o controle do peso independente do peso mensurado (BRAGA *et al.*, 2020).

O enfermeiro do trabalho deve realizar monitoramento individual e coletivo das ações desenvolvidas no controle e prevenção do sobrepeso e obesidade. Em trabalhadores com elevado IMC, é dever desse profissional acompanhar individualmente a saúde desse público, alertando e prevenindo sobre as comorbidades ligadas ao peso (MORAIS *et al.*, 2014). Com isso, o enfermeiro poderá estimular a prática de exercícios regular, a alimentação saudável e o controle do peso entre os servidores da instituição.

Ainda no item de **Comportamento anterior/prévio adotado**, identificou-se associação com diversos problemas de saúde existentes para a adoção de comportamento de promoção da saúde, como Covid-19, depressão, ansiedade, síndrome do pânico, diabetes mellitus, nódulos mamários e alterações da tireoide. Tais acometimentos não são de total controle exercido pelo indivíduo, precisando, portanto, da complementação com terapia medicamentosa e acompanhamento médico para o sucesso na firmiação de um plano.

Revisão sistemática com 65 estudos identificou que as intervenções para prevenção e promoção da saúde mental fornecem uma boa relação custo-benefício e efetividade. A maioria desses estudos esteve ligada à prevenção de transtornos de depressão e/ou ansiedade, seguida pela promoção da saúde e bem-estar mental e outros transtornos mentais (LE *et al.*, 2021).

Para Hancock (2018), faz-se necessário investir em uma melhor compreensão dos determinantes da boa saúde mental, desde os moleculares até os determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais. A partir disso, deve-se entender quais intervenções – em todos os níveis – criam uma boa saúde mental para, então, investir nelas.

A pandemia da Covid-19 causou aumento dos problemas mentais, elevando, assim, a saúde mental na lista de prioridades globais de saúde. Além da luta pela reconstrução das economias danificadas pelo coronavírus, os países devem aceitar

o fato do custo financeiro com a saúde mental e investir de forma correta para a diminuição (THE LANCET GLOBAL, 2020). Com o apoio do governo e instituições à saúde do indivíduo, o acometimento mental pode ser reduzido por meio da mudança de comportamento para a promoção da saúde.

Preocupações em relação ao conhecimento limitado sobre a saúde mental, acessibilidade aos serviços e apoio do governo para manter a qualidade dos cuidados foram pontos listados por trabalhadores em pesquisa realizada por Putri *et al.* (2021). Sugere-se que a mudança de comportamento insuficiente pode estar relacionada a essas dificuldades apresentadas. Para que seja observada essa modificação importante no comportamento do servidor, o conhecimento, a acessibilidade aos serviços e o apoio do governo são essenciais.

A saúde mental é comumente negligenciada pelos médicos, sociedade e saúde pública, pois há uma tendência da abordagem dos problemas de saúde física, sendo mais investigada a mortalidade, e não a morbidade, bem como a quantidade de vida (expectativa de vida), e não a qualidade (HANCOCK, 2018).

A prevenção dos problemas mentais entre os trabalhadores ainda é uma ferramenta forte para melhora da qualidade de vida dos indivíduos. Entende-se que o combate a diversas patologias é considerado uma preocupação de saúde pública, porém cuidar do corpo e mente parece fazer bem para o indivíduo e empresa (PUTRI *et al.*, 2021).

Entre os **Fatores pessoais**, encontrou-se associação com o sexo feminino e a idade inferior a 40 anos, com piores escores de qualidade de vida e maior possibilidade de mudança de comportamento promotor da saúde.

Como mencionado anteriormente, sugere-se que mulheres em início de carreira exercem uma jornada de trabalho, às vezes, duplicada para se estabilizar na profissão e passar do probatório.

A Avaliação de Desempenho corresponde ao processo pedagógico-administrativo, por meio do qual a aptidão e a capacidade do servidor para o desempenho no cargo serão observadas. No caso do servidor em estágio probatório, a avaliação ocorrerá em função dos fatores assiduidade, disciplina, capacidade de iniciativa, produtividade e responsabilidade, conforme definido pela legislação vigente (BRASIL, 1990).

Identificaram-se associações nos **Benefícios para ação percebidos** relacionados à força de vontade por conta própria para AF, condições mental/pandemia e autoestima/conscientização para melhora da alimentação e controle de peso.

Em relação às **Influências interpessoais**, no geral, constataram-se piores índices de qualidade de vida entre aqueles que faziam acompanhamento ou foram orientados por médicos.

Existem dificuldades na atuação do enfermeiro relacionadas à resistência dos pacientes à mudança de comportamento (BRAGA *et al.*, 2020).

A promoção da saúde está fortemente associada com o estilo de vida e envolve basicamente dois aspectos: a diminuição dos comportamentos negativos e o aumento dos comportamentos positivos. Com isso, a mudança de comportamento é uma questão ampla, todavia espera-se que as informações relevantes, associadas às oportunidades e apoio social, auxiliem nesse processo (NAHAS; GOLDFINE; COLLINS, 2003) para, assim, melhorar a qualidade de vida.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A despeito das limitações do estudo, primeiramente, a pesquisa iniciaria no ano de 2020 com a utilização de recursos físicos, como exames, testes e entrevistas presenciais em dois *campi* da instituição. Com a pandemia da Covid-19, fez-se necessário o reajuste do estudo como um todo para atender ao período em que o planeta se encontrava, em isolamento social. Com isso, a coleta de dados foi realizada de forma remota, por meio de formulário *online*, o que oportunizou a coleta em todos os *campi* da instituição.

Acredita-se que outro fator foi o formato em que o instrumento foi disponibilizado, pois nem todos os servidores possuíam habilidades e/ou familiaridade para manusear o formulário *online*. Além disso, para avançar e finalizar as questões, o participante necessitaria de internet durante todo o preenchimento.

O contexto da pandemia também proporcionou o aumento de realização de pesquisas *online*, principalmente em relação à saúde mental das pessoas. Talvez o elevado número de *e-mails* contendo formulários de estudos todos os dias tenha contribuído para a não adesão dos participantes.

Outra limitação identificada foi o uso de instrumento previamente elaborado, visto não ser possível modificar e adicionar outras variáveis como o alcoolismo e uso de drogas.

Para contornar as limitações, fizeram-se necessárias mudanças ao longo do desenvolvimento do estudo, principalmente relacionadas à coleta de dados, buscando identificar as possibilidades para favorecer a participação de maior quantidade de servidores públicos.

7 CONCLUSÃO

O total de afastamentos dos servidores foi de 318 durante o ano analisado. Os profissionais de nível superior, não docentes, tiveram afastamentos mais demorados e em maior quantidade ao ano. Os afastamentos mais longos foram observados entre os servidores lotados no município de Bom Jesus, embora a quantidade maior tenha sido observada na capital, Teresina. Os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por maior duração do tempo médio dos afastamentos, sendo identificada associação. Servidores afastados por lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas se afastaram em maior quantidade.

É importante salientar que esses resultados dos afastamentos estão relacionados com o ano de 2019, anteriormente à pandemia da Covid-19. Reflete-se, com isso, que os servidores da universidade pública estudada já estavam adoecidos mentalmente antes da suspensão das atividades em decorrência da situação em que se encontrava o mundo.

A partir do instrumento de coleta dos dados socioeconômicos e profissionais, o perfil da amostra estudada foi o seguinte: mulheres, com idade média de 41,6 anos, doutorado, casada, vivendo com o companheiro, morando com o cônjuge/companheiro e filhos, apresentando renda familiar acima de R\$8.000,00, dois dependentes, jornada semanal de trabalho de 40 horas, desempenhando o cargo de docente, sem outro vínculo empregatício.

O indicador de saúde sobre a atividade física apresentou servidores que praticaram atividade física regular nos últimos 2 anos, com duração de pelo menos 120 minutos semanais, que receberam orientações de médicos externos à instituição para a prática de atividade física regular, com iniciativa própria para tal prática. Os servidores em sua maioria não foram acompanhados por médicos ou outros profissionais nos últimos 2 anos e a desmotivação ou os problemas de saúde foram fatores decisivos para a inatividade física.

O indicador de saúde sobre alimentação apresentou servidores com peso habitual de 70,7 kg, com aumento de peso nos últimos 2 anos, que se alimentaram de forma mais saudável nos últimos 2 anos, que foram acompanhados por profissionais de saúde não médicos para a melhora da alimentação e controle do

peso. A maioria teve iniciativa por conta própria para uma alimentação saudável e controle do peso, não apresentando motivos maiores para o incentivo a mudanças relacionadas à alimentação. Entre os problemas que incentivaram os servidores para alterações no padrão de alimentação e controle de peso, citaram-se a gestação/puerpério e a autoestima/conscientização. O principal problema de saúde relatado para essa iniciativa foram as alterações metabólicas.

O indicador sobre tabagismo não obteve valores suficientes para análise, pois a maioria dos servidores nunca fumou na vida.

Ao avaliar a qualidade de vida, obteve-se escore global entre 25,8 e 84,7 pontos, com média (\pm desvio padrão) de 62,0 (\pm 15,2) pontos. O componente com menor valor médio foi o mental, sendo observados menores valores em vitalidade e saúde mental. O componente físico apresentou menores escores médios de qualidade de vida em dor e estado geral da saúde.

Ao realizar testes estatísticos, no componente mental, verificou-se associação com o sexo e a idade, sendo o sexo feminino e idade inferior a 40 anos apresentando menores valores médios de qualidade de vida.

Para futura elaboração de um plano de ação para os servidores públicos da instituição estudada, fez-se necessário buscar embasamento nas referências encontradas que comprovaram melhora na qualidade de vida referente às variáveis que apresentaram associação neste estudo. Com isso, o uso das referências nos resultados condiz com o planejado por Nola Pender em seu diagrama.

Em relação ao diagrama de Nola Pender, que foi criado sobre os servidores da instituição pública estudada, encontrou-se que o comportamento prévio e os fatores pessoais influenciam diretamente na qualidade de vida. Os benefícios percebidos para a ação e as influências interpessoais foram os sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento específico que apresentaram associação. E, por fim, as preferências, ou seja, aquilo que pode ser modificado, são fatores que favorecem a aplicação de um plano de ação para a promoção da saúde dos servidores da instituição.

Assim sendo, comprovou-se a hipótese de que há uma associação entre os indicadores de saúde e características relacionadas ao trabalho e à qualidade de vida.

8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo apresentou a necessidade de priorizar as atividades voltadas à saúde mental dos servidores, tanto a partir da análise dos afastamentos como da qualidade de vida e da construção do diagrama de promoção da saúde. Tendo sido observado o quanto que a saúde mental interfere na saúde do servidor público, representando a maior quantidade de afastamentos, o maior responsável pela qualidade de vida diminuída, e um dos obstáculos para a mudança de comportamento visando à busca pela saúde.

Estudar o trabalhador com o foco na saúde mental atende às diversas necessidades do indivíduo como profissional e ser humano. A partir disso, a instituição conseguirá direcionar suas ações e suporte ao servidor, principalmente no que diz respeito aos fatores que levam ao adoecimento, possibilitando atividades de prevenção.

Para tal, faz-se necessário desenvolver projetos que objetivam conhecer o perfil desses servidores, o qual precisa ser avaliado de forma contínua. O próprio sistema de cadastro do adoecimento do servidor público, SIASS, é uma ferramenta importante para o acompanhamento da saúde e construção de diferentes estratégias para assegurar ações permanentes dentro da instituição, tais como atividades de sensibilização quanto às doenças crônicas, adoção de estilo de vida saudável, prática de exercícios físicos e diminuição do uso do tabaco.

O que dá suporte ao valor científico do estudo aqui relatado são as mudanças de comportamento e reflexões sobre a qualidade de vida que podem ser realizadas. Sugere-se que as pesquisas posteriores abordem a temática de forma qualitativa e que se investigue a percepção dos trabalhadores sobre essas mudanças.

A mudança de comportamento é possível de ser estabelecida e avaliada a partir do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o qual oportuniza a criação de um plano de ação para instituição no intuito de promover a saúde. A ferramenta fornece de forma didática a análise do perfil desses servidores para a intenção de mudança de comportamento. Com isso, recomenda-se a aplicação da teoria em estudos futuros com servidores públicos.

Sugere-se que a instituição estudada implemente atividades de promoção à saúde, voltadas à prática regular de exercícios físicos, melhora da alimentação,

controle do peso e tabagismo. Tais atividades são possíveis de serem elaboradas a partir da identificação do perfil dos servidores. Com os resultados obtidos neste estudo, identificou-se que o perfil do servidor da referida instituição apresenta pontos positivos para o estabelecimento de estratégias de promoção da saúde, uma vez que os participantes afirmaram ter força de vontade própria para mudanças de comportamento, buscar acompanhamento de profissionais da saúde e reconhecer que estão realizando alterações importantes e com sucesso. Além disso, identificou-se que a maioria não era fumante, sendo que, dentre àqueles que fumam, grande parte tentou parar de fumar alguma vez na vida.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, S. C. *et al.* Association of work-time control with sickness absence due to musculoskeletal and mental disorders: An occupational cohort study. **J Occup Health**. Jan-Dec; 62(1): e12181. 2020.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]; v. 22, n. 5, pp. 1705-1716. 2017.
- ALMEIDA, C. B. de; CASOTTI, C. A.; SENA, E. L. da S. Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável. **Av Enferm**; 36(2):220-229. 2018.
- ALMEIDA, M. A. B. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa/Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques: prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 142p.: il. 2012.
- BANDINI, M. **Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional de empresa do ramo alimentício**. Orientador: Mário Ferreira Júnior. 2006. 246 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ALVES, P. C.; OLIVEIRA, A. de F.; PARO, H. B. M. da S. Quality of life and burnout among faculty members: How much does the field of knowledge matter? **PLoS One**. Mar 22;14(3):e0214217. 2019.
- BANDINI, M. Prevenção na prática - Como a Organização Internacional do Trabalho pode ajudar a promover a Saúde no Trabalho? **Revista Proteção**; p. 18 - 19, 01 abr. 2017.
- BARRECH, A.; BAUMERT, J.; EMENY, R. T.; GÜNDEL, H.; LADWIG, K. Mid-life job insecurity associated with subjective well-being in old age: results from the population-based MONICA/KORA study. **Scand J Work Environ Health**. 42(2):170-4. Mar. 2016.
- BASTOS, M. L. A.; SILVA JUNIOR, G. B. da; DOMINGOS, E. T. C.; ARAÚJO, R. M. O. de; SANTOS, A. L. dos. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos 118nsino instituição de 118nsino no Ceará, Brasil. **Rev Bras Med Trab**. 16(1):53-9. 2018.
- BAUMEISTER, H.; REICHLER, L.; MUNZINGER, M.; LIN, J. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions-A systematic review. **Internet Interventions**, 1(4), 205-215. 2014.
- BISWAS, A. *et al.* Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. **Ann Intern Med**. 20; 162(2):123-32. Jan. 2015.

BLANC, P. D. *et al.* The Occupational Burden of Nonmalignant Respiratory Diseases. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Statement. **Am J Respir Crit Care Med.** 1;199(11):1312-1334. Jun. 2019.

BLOM, V. *et al.* The effects on self-efficacy, motivation and perceived barriers of an intervention targeting physical activity and sedentary behaviours in office workers: a cluster randomized control trial. **BMC Public Health.** 21(1):1048. 2021.

BRAGA, V. A. S. *et al.* Atuação de enfermeiros voltada para a obesidade na Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm.** 73(2):e20180404. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS; Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 40 p.: il. 2018.

_____. **Decreto no 6.833, de 29 de abril de 2009.** Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Diário Oficial da União; 30 abr. 2009b.

_____. **Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009.** Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. Diário Oficial da União; 25 mai. 2009c.

_____. **Portaria no 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União; 24 ago. 2012a.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2012b.

_____. **Resolução nº 466,** de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2012c.

_____. Portaria nº 3 de 25 de março de 2013. **Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC).** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 mar. 2013. Seção 1, p. 77.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Guia Alimentar para a População brasileira.** Brasília: MS; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária

à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 54 p.: il.

BUENO, J. M. *et al.* Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Rev Nutr.** 24(4): 575-584. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

CALDWELL, J. A.; CALDWELL, J. L.; THOMPSON, L. A.; LIEBERMAN, H. R. Fatigue and its management in the workplace. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews.** Volume 96, Pages 272-289. 2019.

CAMARGO, L. M. A.; SILVA, R. P. M.; MENEGUETTI, D. U. de O. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de coorte ou coorte prospectivo e retrospectivo. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 433-436, dez. 2019.

CAMPOS, E. V.; CARVALHO, A. M. A.; SOUZA, A. S. Adoecimento docente de uma instituição pública federal de ensino superior: uma análise dos atestados médicos de saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação.** São Paulo, v.7.n.7. jul.2021.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento de promoção da saúde. **Rev. baiana saúde pública.** 32(2): 232-240, maio-ago. 2008.

Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2017. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. **OSH Answers Fact Sheet: Fatigue.** 2017. Disponível em: <https://ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/fatigue.html>. Acesso em 02 de março de 2022.

CARDOSO, M. de C. B.; ARAÚJO, T. M. Os centros de referências em saúde do trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, n. 7, p. 1-14, 2016.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G.; BATISTA, J. V.; SCHNEIDER, G. A. Prevalência de Afastamentos por Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho em Professores. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p.19-32. jan./jun, 2019.

CHANG, H. *et al.* Regular exercise and the trajectory of health-related quality of life among Taiwanese adults: a cohort study analysis 2006-2014. **BMC Public Health**; 19(1):1352. 2019.

CHOI, M. *et al.* Association between type of exercise and health-related quality of life in adults without activity limitations: a nationwide cross-sectional study. **BMC Public Health**; 20(1):599. 2020.

COSTA, F. R. C. P.; ROCHA, R. Fatores estressores no contexto de trabalho docente. **Revista Ciências Humanas -UNITAU.** 6(1), 18-43. 2013.

COSTA NETO, A. G. Os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho dos servidores públicos do Distrito Federal: Nexos causal, Sistema de Informações e Notificações. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.13, N. 45. p. 82-94, 2019.

CICONELLI, R. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF- 36). **Rev. Bras Reumatol**; Mai/Jun; 3 (39): 143-50. 1999.

CUMMINS, R. A. Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian unity wellbeing index. **Soc Indic Res.** 2003; 64:159–190.

DAVOGLIO, T. R.; LETTNIN, C. da C.; BALDISSERA, C. G.. Avaliação da qualidade de vida em docentes brasileiros: uma revisão sistemática. *Pro-Posições* | v. 26, n. 3 (78) | p. 145-166 | set/dez. 2015.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. **Canadian Psychology/Psychologie canadienne**, 49(3), 182–185. 2008.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DINIZ, T. da G. S.; CRUZ, E. P.; SILVA, F. do N. S.; FONTANILLAS, C. N. Estabilidade no emprego e o comportamento do servidor público de municipal. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 9., 2012, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: SEGET, p. 1-16. 2012. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/1201677.pdf>

EDEMEKONG, P. F.; TENNY, S. **Public Health**. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470250/>. Acesso em: 04 de março de 2022.

FAGHRI, P.; SIMON, J.; HUEDO-MEDINA, T.; GORIN, A. Perceived Self-Efficacy and Financial Incentives: Factors Affecting Health Behaviors and Weight Loss in a Workplace Weight Loss Intervention. **J Occup Environ Med.** 59(5):453-460. 2017.

FIGUEIREDO, J. P. **Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida indicadores de risco epidemiológico avaliação de estados de saúde e doença**. Orientador: Salvador Massano Cardoso. 2015. 595 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde, Ramo Ciências Biomédicas) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

FLODERUS, B. *et al.* Medically certified sickness absence with insurance benefits in women with and without children. **Eur J Public Health.** 22:85–92. 2012.

FONSECA, L. E. **Promoção da saúde**: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

FREIRE, M. C.M.; PATTUSSI, P. P. Tipos de estudos. IN: ESTRELA, Carlos. **Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p.109-127. 2018.

GALAVIZ, K. I. *et al.* Global Diabetes Prevention Interventions: A Systematic Review and Network Meta-analysis of the Real-World Impact on Incidence, Weight, and Glucose. **Diabetes Care**; 41(7):1526-1534. 2018.

GARCIA, L. H. C.; CARDOSO, N. de O.; BERNARDI, C. M. Canestrine do Nascimento. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 19-33, dez. 2019.

GETACHEW, T. *et al.* Health extension workers' perceived health system context and health post preparedness to provide services: a cross-sectional study in four Ethiopian regions. **BMJ Open**. 9;11(6):e048517. Jun. 2021.

HANCOCK, T. Mental health promotion must be a priority. **CMAJ**. Apr 23; 190(16): E522. 2018.

HOGG, B. *et al.* Workplace interventions to reduce depression and anxiety in small and medium-sized enterprises: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**. 290:378–386. 2021.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica** [recurso eletrônico]. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IASMPE. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. 2014. **Recomendações para deixar de fumar**. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Gestão Pública. Serviços de Comunicação. Disponível em: <http://www.iasmpe.sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Cartilha-recomendacoes-Tabagismo.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. 2021. **Dados e números da prevalência do tabagismo**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

JACKSON, C. L.; BALL, L. Continuity of care: Vital, but how do we measure and promote it? **AJGP**. Vol. 47, No. 10, October. 2018.

JIMÉNEZ-BERNARDINO E. *et al.* Health-promoting lifestyle and assertiveness in university workers. **Invest. Educ. Enferm**; 35(1):26-34. 2017.

KAUSTO J. *et al.* Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: a cohort study of public sector employees. **Scand J Work Environment Health**. 43(4):358-366. 2017.

KHAN, M. S. Teacher burnout - Causes and prevention. **Vetri Education**, IX(2), (Quarterly Journal in Education); 15-22. 2014.

KOUWENHOVEN-PASMOOIJ, T. A. *et al.* Effectiveness of the blended-care lifestyle intervention 'PerfectFit': a cluster randomised trial in employees at risk for cardiovascular diseases. **BMC Public Health** **18**, 766. 2018.

KOWALCZYK, B; ZAWADZKA, B. Lifestyle and quality of life in working-age people after stroke. **Acta clinica Croatica**. vol. 59,1: 30-36. 2020.

KWASNICKA, D.; DOMBROWSKI, S. U.; WHITE, M.; SNIEHOTTA, F. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. **Health Psychol Rev**;10(3):277-296. 2016.

LAAKSONEN, M.; MARTIKAINEN, P.; RAHKONEN O.; LAHELMA, E. Explanations for gender differences in sickness absence: evidence from middle-aged municipal employees from Finland. **Occup Environ Med**. 65 :325-30. 2008.

LA FALCE, J. L.; RIBEIRO, S. N.; GUIMARÃES, L. de V. M.; MUYLDER, C. F. Qualidade de vida no trabalho e atividade física: estudo em uma instituição federal de ensino. **Revista Alcance**, vol. 27, núm. 1, pp. 114-128, 2020.

LANDEIRO, G. M. B.; PEDROZO, C. C. R.; GOMES, M. J.; OLIVEIRA, E. R de A. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Cien Saude Colet**; 16(10):4257-4266; 2011.

LE, L. K. *et al.* Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. **PLoS Med**. 11;18(5):e1003606. May; 2021.

LEITE, A. F.; NOGUEIRA, J. A. D. Fatores condicionantes de saúde relacionados ao trabalho de professores universitários da área da saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 42, e6, 2017.

LERMAN, S. E. *et al.* Fatigue Risk Management: Fatigue Risk Management in the Workplace. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. Volume 54 - Issue 2 - p 231-258. 2012.

LESSER, I. A.; NIENHUIS, Carl P. O impacto do COVID-19 no comportamento da atividade física e no bem-estar dos canadenses. **Int J Environ Res Saúde Pública**. 17(11):3899. 2020.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):599-610, 2016.

LOUZADA, M. L. da C. *et al.* **Alimentação e saúde: a fundamentação científica do guia alimentar para a população brasileira**. - São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2019.132 p. <https://doi.org/10.11606/9788588848344>.

MAGNAVITA, N. Obstacles and Future Prospects: Considerations on Health Promotion Activities for Older Workers in Europe. **Int J Environ Res Saúde Pública**; 15 (1096): 1-14. 2018.

MAISEL, P.; BAUM, E.; DONNER-BANZHOFF, N. Fatigue as the Chief Complaint–Epidemiology, Causes, Diagnosis, and Treatment. **Dtsch Arztebl Int**. 118(33-34):566-576. 2021.

MALFA, C. S. *et al.* Psychological Distress and Health-Related Quality of Life in Public Sector Personnel. **Int J Environ Res Public Health**. 18(4):1865. 2021.

MARTINS, M. I. C. *et al.* A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5):1429-1440, 2017.

MASTERS, R. *et al.* Return on investment of public health interventions: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**. 71(8):827-834. Aug. 2017.

MEDRANO-UREÑA, M. D. R.; ORTEGA-RUIZ, R.; BENÍTEZ-SILLERO J. de D. Aptidão física, autoeficácia no exercício e qualidade de vida na idade adulta: uma revisão sistemática. **Int J Environ Res Saúde Pública**. 17(17):6343. 2020

MELO, W. F. *et al.* Síndrome de Burnout em professores. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, 5(4), 01-06. 2015.

MIKKELSEN, K. *et al.* Exercise and mental health. **Maturitas**. 106():48-56. Dez. 2017.

MINAYO-GÓMEZ, C. **Campo da Saúde Trabalhador: Trajetória, Configuração e Transformações**. In: Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 23-34. 2011.

MOHAMED, A. A.; ALAWNA, M. The effect of aerobic exercise on immune biomarkers and symptoms severity and progression in patients with COVID-19: A randomized control trial. **J Bodyw Mov Ther**. 28:425-432. 2021.

MONTEIRO, L. Z.; LIRA, B. A.; SOUZA, P.; BRAGA JÚNIOR, F. D. Barreiras Percebidas para a Prática de Atividade Física entre Servidores do Setor Administrativo de uma Faculdade do Distrito Federal. **Cienc Trab.**, Santiago, v. 20, n. 62, p. 97-102. Agosto. 2018.

MORAIS, I. C. *et al.* O papel de enfermeiros na equipe multidisciplinar frente ao sobrepeso/obesidade em ambiente de trabalho. **Arch Health Invest**. 3(3): 15-23. 2014.

NAHAS, M. V., GOLDFINE, B.; COLLINS, M. A. Determinants of physical activity in adolescents and young adults: The basis for high school and college physical education to promote active lifestyles. **Physical Educator**, 60(1), 42. 2003.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**/Markus Vinicius Nahas. – 7. ed. – Florianópolis, Ed. do Autor, 362 p. 2017.

NEME, G. G. S.; LIMONGI, J. E. Prevalência e fatores relacionados a transtornos mentais comuns entre professores universitários de uma universidade federal brasileira. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 15, nº 32. 2019.

NEVES, D.; FELIX JÚNIOR, R. P. N. M. S.; SILVA, F. A.; ANDRADE, R. O. B. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals **Electronic Library. Cad. EBAPE**; v. 16, nº 2, Rio de Janeiro, Abr./Jun. 2018.

NILSEN, W.; SKIPSTEIN, A.; ØSTBY K. A.; MYKLETUN, A. Examination of the double burden hypothesis-a systematic review of work-family conflict and sickness absence. **Eur J Public Health**. 1;27(3):465-471. Jun. 2017.

NISHIDA, C.; YATERA, K.. The Impact of Ambient Environmental and Occupational Pollution on Respiratory Diseases. **International journal of environmental research and public health**. vol. 19,5 2788. 27 Feb. 2022.

NOOIJEN, C. F. J., *et al.* Common Perceived Barriers and Facilitators for Reducing Sedentary Behaviour among Office Workers. **Int J Environ Res Public Health**. 18; 15(4). 2018.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento** [online]. Londrina: EDUEL. 224 p. 2011.

NUNES, T. S. *et al.* Sentidos e significados do trabalho para servidores públicos da Universidade Federal de Santa Catarina. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 24, n. 02, p. 379-398, jul. 2019.

OLIVEIRA, A. da S. D.; PEREIRA, M. de S.; LIMA, L. M. Trabalho, produtividade e adoecimento dos docentes nas universidades públicas brasileiras. **Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 21, Número 3, Detembro/Dezembro de 2017: 609-619. 2017.

OLIVEIRA, E. da S. *et al.* Atividade Física, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida para Servidores Públicos: Uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.3, p. 22517-22532, mar 2021.

OLIVEIRA, M. S. da S.; SANTOS, L. A. da S. Guias alimentares para a população brasileira: uma análise a partir das dimensões culturais e sociais da alimentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(7):2519-2528, 2020.

OLIVEIRA, Cláudia Araújo de. **Implicações do perfil epidemiológico do servidor da Universidade Federal de Goiás para as ações educativas**. Orientadora: Maria

de Fátima Nunes. 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science and medicine**. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

PACHECO, Tais Poncio; SILVA, Rosália Maria Passos da. Risco psicossocial para servidores de universidade pública na região norte do Brasil. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 335-344, mar. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572018000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jul. 2022. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2018.1.13388>.

PAULA, J. B.; AZEVEDO, S. F.; LOPES, A. P.; FERMOSELI, A. F. de O. Incidência de transtornos mentais em servidores públicos: implicações na qualidade de vida do trabalhador. **R. bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 10, n. 1, e7121, jan./mar. 2018.

PECINO, V. *et al.* Organisational Climate, Role Stress, and Public Employees' Job Satisfaction. **Int J Environ Res Public Health**.16(10):1792. 2019.

PENDER, N.J.; YANG, K. P. Promotion physical activity. **J Nurs Res**. 10(1):57-64. 2002.

PENDER, N. **The Health Promotion Model** – Manual online. 2012. Disponível em: <http://www.healthpromotionmodel.org/theory>. Acesso em: 02 mai 2020.

PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. A. **Health Promotion in Nursing Practice**. New Jersey: Pearson, 2014.

PHILLIPS, E. A.; GORDEEV, V. S.; SCHREYÖGG, J. Effectiveness of occupational e-mental health interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Scand J Work Environ Health**. 45(6):560-576. 2019.

PIGNATTI, E. S.; SILVA, C. M. G. D. Relação entre saúde emocional e qualidade de vida no trabalho de professores universitários: revisão da literatura. **Braz. J. of Develop**. Curitiba, v.6, n.10, p.75058-75075, oct. 2020.

PIMENTA, F. A. P. *et al.* Qualidade de vida e excesso de peso em trabalhadores em turnos alternantes. **Rev Bras Saude Ocup**. 44:e2. 2019.

PUTRI, A. K. *et al.* Exploring the perceived challenges and support needs of Indonesian mental health stakeholders: a qualitative study. **Int J Ment Health Syst**. 15(1):81. 2021.

RAHMAN, M. M. *et al.* Understanding Levels and Motivation of Physical Activity for Health Promotion among Chinese Middle-Aged and Older Adults: A Cross-Sectional Investigation. **J Healthc Eng**. 9828241. 2019.

RIBEIRO, C. V. dos S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2013, 33 (1), 192-207.

ROBROEK, S. J. W.; VAN LENTHE, F. J.; BURDORF, A. The role of lifestyle, health, and work in educational inequalities in sick leave and productivity loss at work. **Int Arch Occup Environ Health**; 86(6):619-627. 2013.

RODRIGUES, A. J. **Metodologia científica**/Auro de Jesus Rodrigues; co-autoras Hortência de Abreu Gonçalves, Maria Balbina de Carvalho Menezes, Maria de Fátima Nascimento. 4. ed., rev., ampl. – Aracaju: Unit, 212 p.: il. 2011.

RUEGSEGGER, G. N.; BOOTH, F. W. Health Benefits of Exercise. **Cold Spring Harb Perspect Med**. 8(7): a029694. 2018.

RUSSELL, M. Registered Dietitian Nutritionists Should Be Included in Patient Health Care Teams. **Am Fam Physician**. 1;99(3):142-143. Feb. 2019.

SADEGHNIAT-HAGHIGHI, K.; YAZDI, Z. Fatigue management in the workplace. **Ind Psychiatry J**. 24(1):12-17. 2015.

SALES, L. O.; FREITAS, M. do C. S. A experiência com o adoecimento na docência: um estudo com professoras do município de São Miguel das Matas, Bahia, Brasil. **Sisyphus Journal of Education**, 6(02),65-81. 2018.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S.A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev Saúde Pública**; 39(4):599-605. 2005.

SANTA-MARINHA, M. S.; TEIXEIRA, L. R.; MACIEL, E. M. G. de S.; MOREIRA, M. de F. R. Perfil epidemiológico do absenteísmo-doença na Fundação Oswaldo Cruz no período de 2012 a 2016. **Rev Bras Med Trab**.2018;16(4):457-465.

SANTI, D. B.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. de F. M. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Med Trab**. 16(1):71-81. 2018.

SANTINO, T. A.; TOMAZ, A. F.; LUCENA, N. M. G. Influência da Fadiga Ocupacional na Capacidade para o Trabalho de Professores Universitários. **Ciencia & Trabajo**, Santiago, v. 19, n. 59,p. 86–90, 2017.

SANTANA, R. R. *et al.* Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 46, n. 2, e98702, 2021.

SCHUCH, F. B. *et al.* Associations of moderate to vigorous physical activity and sedentary behavior with depressive and anxiety symptoms in self-isolating people during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Brazil. **Psychiatry Res**. 292:113339. 2020.

SEREBRENIC, F.; LIMA, D. R. Rumo aos 40 anos de entrevista motivacional: evolução da abordagem. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 27 (2) 45-52, Jul.-Dez., 2019.

SERINKAN, C.; KAYMAKÇI, K. Defining the Quality of Life Levels of the Nurses: A Study in Pamukkale University. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 89:580-584; October. 2013.

SHIH, D. *et al.* Association of health checkups with health-related quality of life among public servants: a nationwide survey in Taiwan. **Health Qual Life Outcomes**. 19(1):42. 2021.

SILVA, J. A. T.; LIMA, M. J.; ELIAS, B. K.; SILVA, N. M. M. G. Percepções sobre o autocuidado masculino: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p.20766-20777, fev 2021.

SOUSA, D. H. A. V.; LIMA, M. A. S.; VIEIRA, K. F. L.; SALDANHA, A. A. W. Os homens e as práticas de cuidado em saúde. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito, Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba**, nº 01, Ano 2015.

SOUZA, L. M. **Qualidade de vida no trabalho dos servidores da varrição urbana de Goiânia**. 2012. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

SVÄRD, A. *et al.* Obesity, change of body mass index and subsequent physical and mental health functioning: a 12-year follow-up study among ageing employees. **BMC Public Health**. Volume 17, Article number: 744. 2017.

SU, Y. B. *et al.* Health-related quality of life in Chinese workers: a systematic review and meta-analysis [published correction appears in *Glob Health Res Policy*. 2021 Sep 3;6(1):32]. **Glob Health Res Policy**; 6(1):29. 2021.

SYED, I. U. B. S. Diet, physical activity, and emotional health: what works, what doesn't, and why we need integrated solutions for total worker health. **BMC Public Health** 20; 152. 2020.

THE LANCET GLOBAL HEALTH. **Mental health matters**. *Lancet Glob Health*. 8(11):e1352. 2020.

THOMAS, J. C.; HITE, J.; Livro de: Hersen, Michael, & Thomas, JC (Eds.). (2002). Livro: **Handbook of mental health in the workplace**. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications. Capítulo 1: Mental health in the workplace: Toward an integration of organizational and clinical theory, research, and practice, pp. 3-15. 2002.

TRZEBIATOWSKI, J. Quality of life in the perspective of social and medical sciences – classification of definitions. **Hyg Pub Health**. 46:25–31; 2011.

TUNDIS, A. G. O.; MONTEIRO, J. K. Ensino superior e adoecimento docente: um estudo em uma universidade pública. **Psic. da Ed.**, São Paulo, 46, 1º sem. de 2018, pp. 1-10

UFPI. Universidade Federal do Piauí. Quem somos: **Superintendência de Recursos Humanos (SRH)**. Publicado: Sexta, 29 de julho de 2016, 08h32. Disponível em: <https://www.ufpi.br/quem-somos-srh>

VASCONCELOS, L. B.; FROTA, M. T. E. Saúde do homem na atenção primária: Relato de experiência. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, 12(1), 116-129. 2018.

VASCONCELOS, I.; LIMA, R. L. Trabalho e saúde-adoecimento de docentes em universidades públicas. **R. Katál.**, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 364-374, maio/ago. 2021.

VICTOR, J. F.; LOPES, M. V. O.; XIMENES, L. B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul Enferm**; 18(3):235-40. 2005.

VIRTANEN, M. *et al.* Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study. **Lancet Public Health**; 3: e545-54. 2018.

ZAMAI, C. A.; BONFIM, E. S.; PERES, C. M. Melhora da saúde, bem-estar e qualidade de vida de servidores participantes de atividade física regular: alguns indicadores. **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA**, Três Lagoas, v. 7, n.3, pp. 83-93, outubro/dezembro. 2018. Edição especial.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**; 28(3):356-360. 2018.

WANZINACK, C.; SANTOS, J. K. L. Saúde docente: um estudo de caso nas escolas municipais de ensino fundamental do município de Matinhos - Paraná - Brasil. **Revista Eletrônica de Investigación y Docencia**, 17, 115-128. 2017.

WARE JUNIOR, J. E. **SF-36 health survey update**. Spine (Phila Pa 1976); Dec 15; 25(24):3130-9. 2000.

WHO. World Health Organization. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. 2013.

WHO. World Health Organization. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. 2018.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2020.

WHO. World Health Organization 2021. **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030**. 2021.

WU, S. *et al.* Work-Recreation Balance, Health-Promoting Lifestyles and Suboptimal Health Status in Southern China: A Cross-Sectional Study. **Int J Environ Res Public Health**; 13, 339. 2016.

APÉNDICE



APÊNDICE A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Servidor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa denominada **“PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR”**, que está sob a responsabilidade dos pesquisadores Isaura Danielli Borges de Sousa, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENF- UFPI), Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Docente do PPGENF- UFPI, e Fernando Lopes Silva Júnior, Docente do PPGENF- UFPI, que tem como objetivo analisar os indicadores de saúde dos servidores de uma Instituição de Ensino Superior (IES). Esta pesquisa tem por finalidade produzir contribuições teóricas para o avanço científico em enfermagem e sua relação com os comportamentos saudáveis dos servidores de instituições de ensino, contribuindo também com o diálogo do tema no cenário nacional.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo de forma eletrônica. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, clique em **CONCORDO** para garantir a sua anuência. Uma cópia desse termo ficará com você.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora responsável pela pesquisa através do seguinte telefone Isaura Danielli Borges de Sousa, (86) 99839-6738. Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que

envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00.

Esclarecemos que sua participação é VOLUNTÁRIA, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e a pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento. A pesquisa justifica-se pela a abordagem de uma temática relativamente nova no contexto brasileiro, carente de estudos que mensurem os comportamentos de saúde de servidores públicos federais.

Para nosso conhecimento ainda não existem ferramentas nas instituições de ensino que avaliem o estado de saúde dos servidores, bem como atividades para auxiliar nesse processo de melhoria da saúde. Assim, é de suma importância que este estudo seja desenvolvido, e para sua realização serão utilizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados:

1) O Sr(a) irá responder de forma totalmente eletrônica, utilizando o *Google Forms*, aos seguintes instrumentos previamente validados: o questionário de Bandini (2006), que avaliará as condições gerais de sua saúde, em especial no que se refere aos indicadores como tabagismo, prática de atividade física e, controle de peso, o qual será do tipo auto-resposta, com instruções de preenchimento sumariamente descritas na primeira página; e, o SF-36 (*Medical Outcomes Short Form Health Survey*), que avaliará sua qualidade de vida;

2) O tempo previsto para isso é de 20 minutos.

Esclareço que a pesquisa não apresentará riscos de ordem física ou psicológica no momento do preenchimento dos questionários, porém pode tomar o tempo do participante, interferindo assim na vida e rotina dos mesmos. Além disso, existe o risco mínimo relacionado a quebra de anonimato e cansaço ao responder às perguntas. Serão tomadas cautelas para evitar efeitos e condições adversas que possam lhe causar dano, tais como criação de um código numérico para sua identificação, armazenamento sigiloso das informações coletadas e liberdade para definir o melhor horário para preenchimento, respeitando-se o período de coleta de dados previsto.

O Sr(a) não terá nenhum benefício direto, sendo que esta pesquisa trará benefícios indiretos ao contribuir na análise das condições de saúde do servidor público federal, que subsidiará a elaboração de estratégias de intervenção, educação e futuras pesquisas sobre o tema. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados. Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente e de acordo com o que me foi exposto, declaro que () CONCORDO () NÃO CONCORDO em participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas e que me foi dada oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

ANEXOS

ANEXO A

16/07/2022 19:25

E-mail de Universidade Federal do Piauí - Instrumento de condições de saúde



ISAURA DANIELLI BORGES DE SOUSA UFPI <isauradanielli@ufpi.edu.br>

Instrumento de condições de saúde

2 mensagens

Sousa, Isaura <isauradanielli@ufpi.edu.br>
Para: mbandini@fcm.unicamp.br

19 de fevereiro de 2021 15:47

Prezada professora Márcia Bandini,

Venho por meio deste expressar minhas estimas e **solicitar a autorização** para o uso do instrumento desenvolvido pela senhora em sua tese de doutorado, no ano de 2006.

Sou docente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou no segundo ano de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI e meu projeto de tese tem como título **"Indicadores de saúde e qualidade de vida dos servidores de uma instituição de ensino superior: Modelos de promoção da saúde de Nola Pender"**, que está sob orientação da profa Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia,

Buscando em diversos trabalhos, o instrumento que mais contemplou meus objetivos foi o desenvolvido na tese "Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional de empresa do ramo alimentício".

Desde já agradeço a atenção e me coloco a disposição para quaisquer questionamentos.

Att,

MSc. Isaura Danielli Borges de Sousa

Docente da Universidade Federal do Piauí - UFPI/ SIAPE: 1128644

Enfermeira (UEMA)/Mestre em Saúde Materno-Infantil (UFMA)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7240-5072>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5155751961560822>

Bandini, Marcia <mbandini@fcm.unicamp.br>

20 de fevereiro de 2021 09:47

Para: isauradanielli@ufpi.edu.br

Forwarded message -----

De: **Marcia Bandini** <mbandini@fcm.unicamp.br >

Date: sab., 20 de fev. de 2021 às 09:47

Subject: Instrumento de condições de saúde

To: <isauradanielli@ufpi.edu.br>

Bom dia, Isaura!

Sim, fique à vontade para usar o questionário e me coloco à sua disposição.

Meus contatos na Unicamp mbandini@unicamp.br e por telefone (11) 96430-0034.

Atenciosamente,

Márcia Bandini

[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO B
QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE (BANDINI, 2006)

ORIENTAÇÕES

Este questionário contém as informações que serão analisadas e consideradas numa tese do Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

O questionário está estruturado da seguinte maneira:

- I) Dados de identificação do sujeito da pesquisa, conforme exigência de metodologia científica.
- II) Indicadores de saúde
 - A - Tabagismo
 - B - Atividade física
 - C - Alimentação e controle de peso
- III) Avaliação de Qualidade de Vida

É fundamental que você preencha todos os campos, principalmente os dados de identificação, caso seja necessário entrar em contato com você, durante a pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida ou dificuldade, converse com a pesquisadora, Prof^a Me. Isaura Danielli Borges de Sousa. **Saiba que todas as informações aqui contidas serão tratadas com o mais absoluto sigilo.**

I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

E-mail:

Sexo: • M • F

Idade:

Escolaridade:

- Pós-Doutorado
- Doutorado

- Mestrado
- Especialização
- Ensino Superior completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2o. grau)

Estado civil: • Solteiro(a) • Divorciado(a)/separado(a) • Casado(a) • Outros

Estrutura doméstica:

- Mora sozinho(a)
- Mora com a família (pais)
- Mora com a familiares (avós, tios, primos, sobrinhos)
- Mora com amigos(as)
- Mora com cônjuge/companheiro(a) sem filhos
- Mora com cônjuge/companheiro(a) com filhos
- Mora com filhos sem cônjuge/companheiro(a)

Qual sua renda familiar? (considerar os rendimentos de todos que moram em sua casa)

- Entre R\$ 2000 e R\$ 3000 • Entre R\$ 3000 e R\$ 5000
- Entre R\$ 5000 e R\$ 8000 • Acima de R\$ 8000

Quantas pessoas do seu convívio dependem desta renda?

Qual sua carga horária semanal na UFPI?

Cargo/função:..... Setor:

Trabalha em outro lugar? Se SIM, qual carga horária? • Sim • Não CH:.....h

Qual função desempenha nesse outro lugar?

Tels. Com.: E-mail com.....

Endereço residencial:

Tels. Res.: E-mail res.:

Indicar pessoa (nome e telefone) que possa mediar contato, se necessário (caso você mude de endereço comercial ou residencial até o término da pesquisa):

.....

.....

II) INDICADORES DE SAÚDE

A-Tabagismo

- Nunca fumou
- Já fumou, mas parou completamente (em que ano parou?)
- É fumante e já tentou parar de fumar
 (quantas vezes tentou parar?)
 (fuma quantos cigarros por dia?)
- É fumante e nunca tentou parar de fumar
 (fuma quantos cigarros por dia?)

No último ano, a **empresa** que você trabalha adotou ou manteve alguma **política** antitabagismo (Ex: proibição do fumo em locais de trabalho, subsídio de remédios ou outros tratamentos, por exemplo)?

- Sim • Não

ATENÇÃO – As perguntas do quadro a seguir são destinadas aos fumantes ou às pessoas que pararam de fumar no último ano. Caso você não esteja nestas categorias, passe diretamente para as perguntas do bloco B, NA PÁGINA 4.

NO ÚLTIMO ANO:

1. Você recebeu alguma **orientação dada por médico(a)** para deixar de fumar?

- Sim • Não

Com quem? • Médico da sua Empresa • Outro médico

2. Você recebeu **apoio e/ou acompanhamento direto** feito por **médico (a)** para deixar de fumar?

- Sim • Não

Com quem? • Médico da sua Empresa • Outro médico

3. Você recebeu **apoio e/ou acompanhamento direto** feito por **outro profissional de saúde** (enfermeiro(a), psicólogo (a), farmacêutico, etc) para deixar de fumar?

- Sim • Não

4. Você **reduziu o número de cigarros** que fuma por dia?

- Sim • Não

5. Você teve alguma **iniciativa por conta própria** para deixar de fumar (Ex: kit de piteiras, grupos de auto-ajuda, chicletes, adesivos, etc)?

- Sim • Não

6. Você **tentou parar** de fumar?

- Sim Quantas vezes? • Não

7. Você teve algum **motivo maior, exceto problema de saúde**, que o levou a **tentar parar** de fumar (Ex: pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada ao cigarro, casamento ou novo relacionamento, etc)?

- Sim Qual? • Não

8. Você teve algum **problema de saúde** que o levou a **tentar parar** de fumar?

- Sim Qual? • Não

9. No último ano, você **parou de fumar**?

- Sim • Não

10. Foi necessário usar **medicamentos de apoio** para deixar de fumar?

- Sim • Não

Qual foi o medicamento usado?

- Zyban® • Adesivos de nicotina • Ambos • Outros (Quais?.....)

11. Dos **fatores** relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter(em) sido **decisivo(s)** para você **tentar parar** de fumar?

Apoio da empresa onde trabalha • Sim • Não

Apoio dos colegas de trabalho • Sim • Não

Apoio de familiares e amigos • Sim • Não

Apoio do médico da empresa • Sim • Não

Apoio de outro médico • Sim • Não

Apoio de outro profissional de saúde • Sim • Não

Informação disponível na mídia • Sim • Não

Mudanças gerais no seu contexto de vida • Sim • Não

Força de vontade própria • Sim • Não

Outros (especificar):

12. Dos **fatores** relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter(em) sido **decisivo(s)** para você **parar de fumar**?

Apoio da empresa onde trabalha • Sim • Não

Apoio dos colegas de trabalho • Sim • Não

Apoio de familiares e amigos • Sim • Não

Apoio do médico da empresa • Sim • Não

Apoio de outro médico • Sim • Não

Apoio de outro profissional de saúde • Sim • Não

Informação disponível na mídia • Sim • Não

Mudanças gerais no seu contexto de vida • Sim • Não

Força de vontade própria • Sim • Não

Outros (especificar):

13. Em relação a **parar de fumar**, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

- "Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."
- "Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."
- "Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."
- "Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."
- "Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."

Teste de Fagerström

1. 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

2. Você acha difícil **não fumar** em lugares **proibidos** como igrejas, salas de trabalho, bibliotecas, restaurantes fechados, etc?

- Sim • Não

3. Qual o cigarro do dia que traz **mais satisfação**?
 - O primeiro da manhã • Outros
4. **Quantos cigarros** você fuma por dia?
 - Menos de 10 • De 11 a 20
 - De 21 a 30 • Mais de 31
5. Você fuma mais frequentemente pela **manhã**?
 - Sim • Não
6. Você fuma **mesmo doente** (quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo)?
 - Sim • Não

ATENÇÃO – As perguntas a seguir são destinadas TODAS as pessoas
Para respondê-las, considerar como atividade física: correr, fazer
ginástica, jogar futebol, pedalar bicicleta, jogar basquete, fazer serviços
domésticos, carregar peso, jogar vôlei ou atividades similares.

B - Atividade física

1. No último ano, você praticou atividade física **regularmente**?
 - Sim • Não
2. Somando os tempos dedicados às atividades descritas no quadro (**considerar pelo menos 10 minutos de atividade contínua**), a sua prática de atividade física atinge o total de **120 (cento e vinte) minutos por semana**?
 - Sim • Não
3. Se sim, qual(is) a(s) **atividade(s)** que você pratica com **mais frequência**?
 - Caminhadas • Corridas • Natação/hidroginástica • Andar de bicicleta
 - Esportes coletivos (futebol, vôlei, etc) • Atividades domésticas
 - Esportes individuais (tênis, etc) • Academia
 - Outros (especificar):
4. Se não, **no último ano** você tentou praticar alguma atividade física regularmente?
 - Sim Quantas vezes tentou? • Não
5. Se não, quais os **fatores decisivos** para que você não pratique atividade física

regularmente?

- Falta de tempo • Falta de dinheiro • Problemas de saúde • Família
- Incompatibilidade de horário • Desmotivação
- Outros (especificar):

6. No último ano, você recebeu alguma **orientação dada por médico(a)** para praticar atividade física?

- Sim • Não

Com quem? • Médico da sua Empresa • Outro médico

7. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento** direto feito por **médico (a)** para praticar atividade física?

- Sim • Não

Com quem? • Médico da sua Empresa • Outro médico

8. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento** direto feito por **outro profissional de saúde** (enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, etc) para praticar atividade física?

- Sim • Não

9. No último ano, você teve alguma **iniciativa por conta própria** para praticar atividade física regularmente (por exemplo, procurar academia, frequentar grupos de caminhadas, ou ciclismo etc)?

- Sim • Não

10. No último ano a sua **empresa** adotou/patrocinou/subsidiou algum **programa** contínuo de **incentivo** à atividade física aos funcionários?

- Sim Qual? • Não

11. No último ano, você teve algum **motivo maior, exceto problema de saúde**, que o tenha obrigado a iniciar ou reiniciar ou aumentar sua **atividade física regular** (por exemplo, pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada ao sedentarismo, casamento ou novo relacionamento, etc)?

- Sim Qual? • Não

12. No último ano, você teve algum **problema de saúde** que o tenha obrigado a iniciar ou reiniciar ou aumentar sua **atividade física regular**?

- Sim Qual? • Não

13. Dos **fatores** relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter(em) sido

decisivo(s) para você iniciar ou reiniciar ou aumentar sua **atividade física regular**?

Apoio da empresa onde trabalha • Sim • Não

Apoio dos colegas de trabalho • Sim • Não

Apoio de familiares e amigos • Sim • Não

Apoio do médico da empresa • Sim • Não

Apoio de outro médico • Sim • Não

Apoio de outro profissional de saúde • Sim • Não

Informação disponível na mídia • Sim • Não

Mudanças gerais no seu contexto de vida • Sim • Não

Força de vontade própria • Sim • Não

Outros (especificar):

14. Em relação a **praticar atividade física regular**, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

- "Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."
- "Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."
- "Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."
- "Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."
- "Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."

C - Alimentação e controle de peso

1. Qual seu peso habitual? quilos e gramas

2. Neste último ano, **em relação aos anos anteriores**, você:

- Manteve seu peso
- Aumentou seu peso
- Diminuiu seu peso

6. Neste último ano, em relação aos anos anteriores, você considera a sua **alimentação**:

- Mais saudável
- Menos saudável
- Igual

7. No último ano, você recebeu alguma **orientação dada por médico(a)** para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado?

- Sim
- Não

Com quem? • Médico da sua Empresa • Outro médico

8. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento** direto feito por

médico(a) para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado?

- Sim • Não

Com quem? • Médico da sua Empresa • Outro médico

9. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento** direto feito por **outro profissional de saúde** (nutricionista, enfermeira, psicólogo, etc) para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado?

- Sim • Não

10. No último ano, você teve alguma **iniciativa por conta própria** para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado (por exemplo, iniciou dieta por conta própria, começou a utilizar produtos *lights*, reduziu a quantidade de alimentos ingeridos, etc)?

- Sim • Não

11. No último ano a sua **empresa** adotou/patrocinou/subsidiou algum **programa** contínuo de incentivo à **alimentação** saudável e controle de peso?

- Sim Qual? • Não

12. No último ano você teve algum **motivo maior, exceto problema de saúde**, que o obrigou/motivou a **mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso** (por exemplo, pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada a obesidade, casamento ou novo relacionamento, etc)?

- Sim Qual? • Não

13. No último ano você teve **algum problema de saúde**, que o obrigou/motivou a **mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso**?

- Sim Qual? • Não

14. No último ano, você precisou de **apoio medicamentoso** para manter um **peso adequado**?

- Sim Qual? • Não

15. Dos **fatores** relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter(em) sido **decisivo(s)** para você **mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso**?

Apoio da empresa onde trabalha • Sim • Não

Apoio dos colegas de trabalho • Sim • Não

Apoio de familiares e amigos • Sim • Não

Apoio do médico da empresa • Sim • Não

Apoio de outro médico • Sim • Não

Apoio de outro profissional de saúde • Sim • Não

Informação disponível na mídia • Sim • Não

Mudanças gerais no seu contexto de vida • Sim • Não

Força de vontade própria • Sim • Não

Outros (especificar):

16. Em relação a **mudar a sua alimentação ou controlar seu peso**, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

- "Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."
- "Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."
- "Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."
- "Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."
- "Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."

ANEXO C
QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA
(Medical Outcomes Short-Form Health Survey - SF-36)

Instruções: este questionário, desenvolvido em *Boston* e validado no Brasil, questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades da vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule **uma** opção)

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

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?** (circule **uma** opção)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule **um número em cada linha**)

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

h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?** (circule **uma em cada linha**)

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

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

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

6. Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule **uma** opção)

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

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante **as últimas 4 semanas?** (circule **uma** opção)

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

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa)? (circule **uma** opção)

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

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**. (circule **um número para cada linha**)

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

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física** ou **problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule **uma** opção)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
--------------	------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------

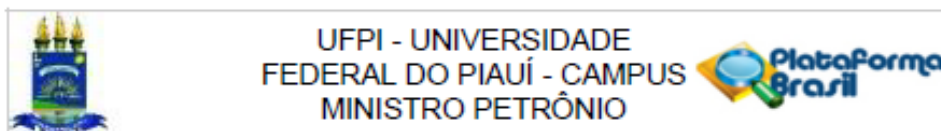
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule **um número em cada linha**)

	Definitiva -mente verdadeir o	A maioria das vezes verda- deiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva -mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estado de saúde, aptidão física relacionada à saúde e doenças crônicas não-transmissíveis no contexto da saúde do trabalhador

Pesquisador: FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17443919.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

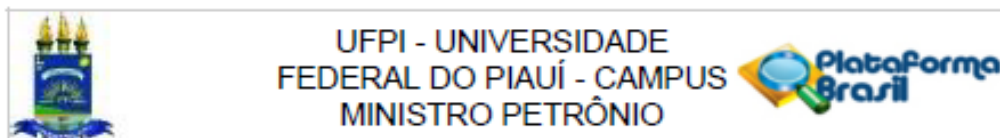
Número do Parecer: 3.563.780

Apresentação do Projeto:

A influência do aptidão física relacionada à saúde pode demonstrar impacto positivo na redução e controle do peso corporal, atenuando o quadro de sobrepeso e/ou obesidade. Além disso, boa aptidão física-funcional, já em idades precoces, apresenta associação positiva com o estado de saúde, a auto-estima, e, contribui com a diminuição da ansiedade e depressão. O objetivo do presente projeto será avaliar indicadores de saúde relacionados ao estado de saúde e a aptidão física relacionada à saúde em trabalhadores do serviço público que trabalham na Universidade Federal do Piauí. Participarão do estudo 180 trabalhadores da instituição, que realizarão os seguintes testes, anamnese, eletrocardiograma de repouso, composição corporal, teste de aptidão cardiorrespiratória e força/resistência muscular, análise da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) e

aplicação de questionário para avaliar o estado de saúde. Inicialmente os dados serão analisados por meio estatística descritiva (média e desvio padrão). Também será realizada a normalidade dos dados por meio do teste Kolmogorov-Smimov. Para a comparação dos grupos será utilizado o teste t de Student não pareado (para dados paramétricos). A correlação entre os parâmetros da aptidão física (aptidão muscular e cardiorrespiratória) e os parâmetros do estado de saúde (SF-36) serão testados por meio da correlação de Pearson. O nível de significância para todas as variáveis estudadas foi de $p < 0,05$. Para o cálculo do tamanho do efeito o g de Hedges serão utilizados os valores entre 0,20 – 0,50, 0,50 –

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.utpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.563.780

0,80 e maior que 0,80 foram considerados pequeno, médio e grande, respectivamente. E o programa utilizado para as análises será o SPSS versão 22.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo geral deste estudo é avaliar indicadores de saúde relacionados ao estado de saúde e a aptidão física relacionada à saúde em trabalhadores do serviço público.

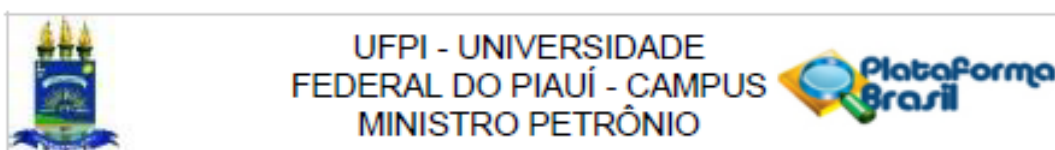
Objetivo Secundário: - Descrever os indicadores de saúde relacionados ao estado de saúde e a aptidão física relacionada à saúde em trabalhadores do serviço público;- Comparar o estado de saúde e a aptidão física relacionada à saúde nas respostas de adiposidade corporal, massa livre de gordura, pressão arterial, reatividade vascular, variabilidade da frequência cardíaca e força muscular em grupos de trabalhadores do serviço público com obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial;- Correlacionar as respostas dos aspectos do estado de saúde com a pressão arterial, a reatividade vascular, o controle autonômico, a força e resistência muscular, a aptidão cardiorrespiratória, e a composição corporal em grupos de trabalhadores do serviço público com obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a participação do voluntário na pesquisa será suspensa imediatamente, quando da presença de qualquer risco ou dano à saúde do participante (dor muscular e/ou desconforto na região da coluna vertebral, quadril, joelhos e tornozelos decorrentes do esforço físico nos testes de aptidão física), não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o teste e o projeto serão suspensos, oferecendo-se a todos os participantes os benefícios do melhor regime. Ainda, o pesquisador responsável assegurará os necessários cuidados à saúde do participante do estudo e assumirão a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos, prestando, imediatamente após o fato danoso, os primeiros socorros e encaminhando o participante ao atendimento médico necessário, e, posteriormente, a assistência médica necessária. Serão disponibilizadas ao longo das visitas ao laboratório todas as medidas para proteção e minimização de qualquer risco eventual, estando presente nas visitas ao laboratório, profissionais responsáveis pela prestação dos primeiros socorros (médico e técnicos treinados).

Benefícios: É importante ressaltar que esse projeto poderá contribuir, a médio e longo prazo, para a redução de gastos por parte de órgãos de saúde pública, com a possibilidade de instituir protocolos e formas de tratamento não-medicamentoso para trabalhadores obesos, diabéticos e

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.563.780

hipertensos, uma vez que a aptidão física relacionada à saúde apresenta benefícios claros e evidenciados para todos esses trabalhadores. Tais possibilidades, além de melhorarem a qualidade de vida dos trabalhadores, resultariam ainda em economia extremamente significativa para os cofres públicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

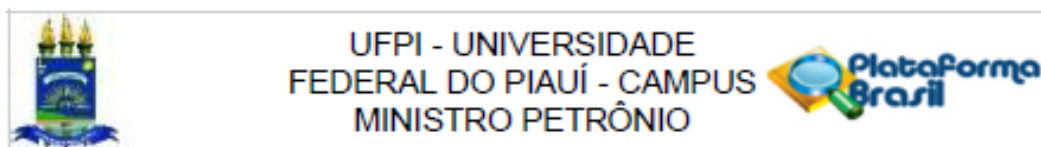
Projeto apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1386833.pdf	28/08/2019 16:15:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	28/08/2019 16:15:02	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Outros	curriculopesquisador.pdf	27/08/2019 21:12:56	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	15/07/2019 15:04:34	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	15/07/2019 15:03:22	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	12/07/2019 12:29:42	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Outros	cartadeanuenciaufpi.pdf	12/07/2019 12:23:40	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.pdf	10/07/2019 11:14:01	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Outros	sf36.pdf	10/07/2019 11:13:14	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.pdf	10/07/2019 11:10:25	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Declaração de	termodeautorizacao.pdf	10/07/2019	FERNANDO LOPES	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.563.780

Instituição e Infraestrutura	termodeautorizacao.pdf	11:09:59	SILVA JUNIOR	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	10/07/2019 11:09:24	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocep.pdf	10/07/2019 10:57:26	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 09 de Setembro de 2019

Assinado por:

Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

