

## RUMOS E RUMORES DA QUALIDADE DE VIDA NAS ORGANIZAÇÕES

FRANCILENE FIGUEIREDO DA SILVA PASCOAL

Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil  
francypascoal@hotmail.com

PAMELA ALVES DA NÓBREGA

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa, Paraíba, Brasil  
pamelaaanobrega@hotmail.com

JUÇARA FARIAS DE ARAÚJO PASCOAL

Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, João Pessoa, Paraíba, Brasil  
fabirlanio@hotmail.com

MARIA DE OLIVEIRA FERREIRA FILHA

Universidade Federal de la Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil  
marfilha@yahoo.com.br

MARLOS SUENNEY NORONHA DE MENDONÇA

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil  
Marlos.Noronha@gmail.com

### INTRODUÇÃO

Com a revolução tecnológica, ocorrida nos últimos anos, a economia mundial passa por mudanças e adaptações que têm repercutido de forma direta e indireta no modo de produzir. Tais mudanças, pautadas na lógica da competitividade, produtividade e da flexibilidade, afetam as condições laborais e de vida dos trabalhadores inseridos nesse contexto.

Pioneiros nas investigações sobre saúde do trabalhador, os pesquisadores Ana Laurell e Mariano Noriega concebem “o processo de trabalho como o espaço concreto de exploração (...) e a saúde do operário como expressão, igualmente concreta, desta exploração” (LAURELL, NORIEGA, M., 1989, p. 23).

No que concerne ao no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, é fato que existe uma série de riscos ocupacionais (físicos, biológicos, psicossociais, químicos e ergonômicos) que são os principais caracterizadores de insalubridade e da periculosidade e, que se não forem controlados poderão desencadear em doenças e acidentes de trabalho (BULHÕES, 1994).

Dentre os agravos que fogem ao conceito de acidente de trabalho típico, ou seja, mutilação e morte, estão às doenças crônico-degenerativas e os distúrbios ao aparelho auditivo desencadeados pelo ruído presente nos ambientes laborais. No início dos anos de 1990, as alterações auditivas desencadeadas pelo processo de trabalho cresceram com intensidade ultrapassando os números contabilizados de outras doenças laborais e tornando-se junto à Lesão por Esforços Repetitivos / Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho - LER/DORT às patologias mais registradas no INSS - Instituto Nacional do Seguro Social (RIBEIRO, 1997).

Nesse sentido, grande tem sido a colaboração de estudiosos preocupados em contribuir para uma melhoria da Qualidade de Vida dos trabalhadores por meio de levantamentos dos fatores que determinam o seu nível de satisfação ou insatisfação no trabalho.

Deste modo, propõe-se neste artigo rever as principais definições que vêm sendo utilizadas nos estudos que focalizam o tema Qualidade de vida e trabalho.

### TRAJETO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica consubstanciada na literatura pertinente ao tema em destaque. Esta foi realizada no período de agosto de 2007 a fevereiro de 2007, utilizando como estratégias de busca as seguintes bases de dados: MedLINE, PsychoINFO, LILACS. Para nortear a construção do estudo proposto, os pesquisadores seguiram as orientações de Gil (2007) a partir do delineamento dos passos metodológicos, apresentados a seguir.

Para nortear a construção do estudo proposto, o pesquisador seguiu as orientações de Gil (2007) a partir do delineamento dos passos metodológicos, apresentados através de levantamento bibliográfico, seleção do material e construção do texto preliminar e redação final do relatório de pesquisa.

Cumprido assinalar que o pesquisador seguiu as recomendações preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para a elaboração de trabalhos científicos.

## **QUALIDADE DE VIDA: UMA INCURSÃO SEMÂNTICA E HISTÓRICA**

Para Nordenfelt (1994), a conceituação da Qualidade de Vida como algo recente, como muitos acreditam, é impugnado pela história humana. Em sua obra, relata doutrinas filosóficas que trata a moralidade como a busca da felicidade, ou seja, tida como bem supremo e que conduzem à *eudaimonismós*, a “felicidade” preconizada por Aristóteles (em grego, Αριστοτέλης) na Antiguidade, através da boa vida.

Em estudos abordando a Qualidade de Vida, Minayo, Hartz e Buss (2000) relataram que nos séculos XVIII e XIX, o tema foi enfatizado em investigações sistemáticas que abordavam as condições de vida de trabalhadores operários na Inglaterra, relatada por Engels, ou no relato de Villermé sobre a Mortalidade diferencial na França, e deram subsídios para as políticas públicas e movimentos sociais.

No século seguinte, Wood-Dauphinee (1999) afirma que o economista inglês Arthur Cecil Pigou, em 1920, fez referência ao termo Qualidade de Vida pela primeira vez no seu livro em que abordava sobre economia e bem-estar.

Entretanto, Fleck et al. (2008) relata que a propagação do conceito começou a ser feita após a 2ª Guerra Mundial, onde o presidente norte-americano Lyndon Johnson, afirmou: “[...] os objetivos não podem ser medidos através dos balanços dos bancos. Eles só podem ser medidos através da Qualidade de Vida que proporcionam as pessoas.”

Neste momento, Gill e Feinstein (1994) expressaram o mesmo entendimento de que a conceituação da Qualidade de Vida passou a ser vista como conquista e posse de bens de materiais. Posteriormente, esta terminologia foi ampliada para algo mais abrangente, como o desenvolvimento econômico e seus indicadores.

Essa nova compreensão de mensuração da Qualidade de Vida faz com que o indivíduo seja observado de forma holística, valorizando as sensações, sentidos e pensamentos sobre a vida das pessoas e ofereça dados fundamentais para o entendimento do bem-estar destes indivíduos.

Nos últimos anos, a ciência vem difundindo o conceito de Qualidade de Vida, em estudos produzidos na área de saúde. Porém, Gladis et al. (1999) afirmam que apesar do consenso em avaliar a Qualidade de Vida de grupos populacionais, seu conceito ainda é algo muito discutido devido a sua complexidade e adequação de conceitos que trata-a como uma variável emergente.

Para Hunts (1997), a falta de concordância sobre uma definição apropriada em um campo de pesquisa recente é compreensível, mesmo que indiquem problemas muitas vezes sem solução.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a dificuldade na conceituação da Qualidade de Vida encontra-se no fato deste abranger amplas significações que repercutem em conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos de épocas, espaços e histórias distintas caracterizado pela construção social com a marca da relatividade cultural.

Apesar desse grande impasse para encontrar uma definição ampla sobre a Qualidade de Vida, apontamos o conceito de Lipp (1994, p.13):

“Qualidade de vida significa muito mais do que apenas viver (...) Por qualidade de vida entendemos o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde”.(LIPP, 1994, p.13).

Este conceito é complementado por Minayo, Hartz e Buss (2000) quando trata a Qualidade de Vida como “uma noção totalmente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à próxima estética existencial”.

Por sua vez, Patrício (1999) contribui com a definição afirmando que a Qualidade de Vida é produto e processo, respeitando os fatores que a qualificam e dão sentido aos indivíduos.

A Qualidade de Vida também foi citada por Anderson (1999) e por Farquhar (1995), como um conceito multidimensional que contempla os vários domínios, motivações ou indicadores sociais, e exemplifica-os com a posição funcional, doenças e sintomas relacionados ao tratamento, funcionamento social, saúde mental, desenvolvimento espiritual ou existencial, valores culturais, segurança do ambiente, amor, liberdade, felicidade, satisfação, entre outros.

No trabalho, a Qualidade de Vida também vem sendo tratada com um leque amplo e confuso de definições que dar margem a uma série de métodos que ora aproximam-se da qualidade de processo e de produto.

Segundo Schmidt e Dantas (2006 apud Rodrigues, 2002) a Qualidade de Vida no Trabalho – QVT é uma terminologia originária dos estudos realizados no Tavistok Institute de Londres por Eric Trist e colaboradores que, em 1950, procuraram avaliar a relação indivíduo-trabalho-organização objetivando tornar a vida dos trabalhadores menos penosa.

Ao corroborar com a temática, Ciborra e Lanzara (1985) afirmam que são inúmeros os conceitos do termo Qualidade de Vida no Trabalho, que em muitas vezes associam as características intrínsecas das tecnologias introduzidas no ambiente de trabalho, noutras associam os elementos econômicos, como salário, incentivos, abonos, ou fatores ligados às condições biopsíquicas e de segurança dos trabalhadores.

Nesse contexto, Vasconcellos (1998, p.57), definiu “a *Qualidade de Vida no Trabalho – QVT é a satisfação no trabalho (ou ausência de sofrimento com o trabalho) proporcionado pelos fatos higiênicos encontrados no ambiente de trabalho*”.

Nessa linha de interpretação, Limongi-França (2007, p.24) entende que estas definições “*vão desde cuidados médicos estabelecidos pela legislação de saúde e segurança até atividades voluntárias dos empregados e empregadores nas áreas de lazer, motivação, entre inúmeras outras*”.

Para a autora,

“A maioria desses caminhos leva à discussão das condições de vida e do bem-estar de pessoas, grupos, comunidades e até mesmo do planeta inteiro e de sua inserção no universo. Na verdade, a base da discussão sobre o conceito de Qualidade de Vida encerra escolhas de bem-estar e percepção do que pode ser feito para atender às expectativas criadas tanto por gestores como por usuários de ações de Qualidade de Vida nas empresas” (LIMONGI-FRANÇA, 2007, p.24).

Deste modo, a discussão sobre a temática da Qualidade de Vida no trabalho pode ser abordada na Escola do Pensamento Socioeconômica, na Organizacional e Condição Humana no Trabalho.

A primeira, a Escola de Pensamento Socioeconômica, destaca o julgamento das relações de trabalho e seus paradoxos. A segunda, a Escola Organizacional, a qualidade refere ao local de trabalho, e trata “de reconhecer que parte das relações de trabalho, práticas e valores iniciam-se no chão da fábrica, nos processos de controle da produção, dos tempos e movimentos, evoluindo para qualidade total e critérios de excelência” (LIMONGI-FRANÇA, 2007, p.26).

A autora supracitada conclui que a Escola Condição Humana no Trabalho atribui ao indivíduo o conceito de ente psicosocial e, que tais fatores são primordiais para explicar a saúde e a doença nos grupos populacionais.

Na saúde, a temática da Qualidade de Vida foi descrita pela primeira vez em estudo realizado por meio da consolidação de discussões em que tratava das planilhas de custos sobre intervenções terapêuticas. Segundo Musschenga (1997), estas discussões vieram à tona em 1966, quando Elkinton tratava a necessidade de alocação de recursos, que colaborassem para a saúde e a Qualidade de Vida da população.

Para Kimuta e Ferreira (2004), apesar do esforço na busca de aumentar a sobrevivência do indivíduo, o uso destes recursos nem sempre são satisfatórios, porém há meios para atingir uma relação harmônica entre as limitações e incapacidades decorrentes da doença. Na busca desta harmonia, o paciente torna-se valorizado em seus aspectos biopsicosociais e a Qualidade de Vida.

As autoras ainda citam a importância da Organização Mundial de Saúde - OMS, que não pode ser renegada no incentivo de produções científicas que enfocassem a Qualidade de Vida dos grupos populacionais e, introduzissem a concepção de saúde ao relatar que a mesma “é um estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Para Fleck (2008) está evidente na definição que os aspectos da subjetividade, da multidimensionalidade e da presença de aspectos positivos e negativos estão implícitos neste conceito supracitado. A subjetividade se dá na perspectiva do indivíduo. A multidimensionalidade é enfocada pelas várias dimensões que compõe a Qualidade de Vida. Por último, a presença e ausência de elementos nos aspectos positivos e negativos.

Independentemente dos conceitos abordados acima, as referências sobre Qualidade de Vida possuem o propósito fundamental de analisar o indivíduo holisticamente. Ou seja, alguns enfatizam aspectos da saúde, do ambiente e as condições de vida.

## **NARRATIVA E HISTORICIDADE DO TRABALHO: DA ANTIGUIDADE AO MUNDO GLOBALIZADO**

A história da humanidade tem tratado o trabalho como um exercício árduo e depreciativo. Tal concepção é justificada pelas culturas judaica e cristã, como castigo divino. Já para os adeptos do protestantismo, o trabalho não é um castigo, mas, uma oferenda a Deus. Entretanto, sabe-se que o termo é originário do latim *Tripalium*, para denominar o instrumento feito para castigar os escravos ociosos.

Segundo Tauchen (2006), no início da civilização o homem vivia da extração vegetal e animal e, quando estes recursos de sobrevivência ficavam escassos, seguiam para outra região. Esta condição o caracterizava como *nômade*, e este trabalho era tido como de subsistência. Ainda na Pré-História, esses povos nômades perceberam que as sementes que eram colhidas da natureza para saciar a fome poderiam ser semeadas, com o intuito de dar novas plantas como às que os originaram. Em seguida, o homem passa a polir a pedra, a fabricar objetos de cerâmicas com intuito de utilizá-los como utensílios domésticos, além de tecer fibras animais e vegetais. Com isso surge o artesanato, caracterizado pelo trabalho manual (manufatura) realizado pela família.

Segundo Tauchen (2006 *apud* HUBERMAN, 1984), tais conhecimentos proporcionou ao homem o:

desenvolvimento do saber e novas tecnologias surgiram, culminando com a Era Industrial, na qual surgiram a máquina a vapor – patenteada por James Watt em 1769, a máquina de fiar (Spinning-Jenny) – patenteada por Hargreaves em 1770, o filatório de Crompton – introduzido em 1779, e o tear mecânico de Cartwright em 1785.

Neste momento, as concepções de trabalho são modificadas e o homem tem que se adaptar aos recursos tecnológicos desconsiderando suas individualidades físicas, mentais e os problemas laborais. Esse momento é conhecido pela História das Civilizações como Revolução Industrial.

Marx (1980) salienta que os trabalhadores perderam o controle da produção, tornaram-se assalariados trocando a sua força de trabalho por salários, e com isso perderam o monopólio da matéria-prima, do produto final e do lucro. Porém, esses assalariados tiveram que aprender a manusear essas novas tecnologias da produção.

Deste modo, Tauchen (2006), enfatiza com maestria a precarização das condições de trabalho decorrente da intensificação do processo produtivo sem uma comitente regulação estatal.

Ao complementar a precarização das condições de trabalho, Lyra (2006, p.54) aborda que “a *aglomeração humana em espaços inadequados não raro promovia a disseminação de doenças infecto-contagiosas que associadas à periculosidade das máquinas eram responsáveis por adoecimentos, mutilações e mortes*”. A partir deste entendimento, o autor apresenta a potencialização dos trabalhadores, até então consolidada nas lutas por melhorias de salários e na redução da jornada do trabalho, para lutar pela defesa direta da saúde.

No íterim do embate capital-trabalho, o Parlamento Inglês cria a “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes” que, segundo Nogueira (1979) determinava limites na jornada de trabalho, extinguiu o trabalho noturno e exigia a presença de pontos de ventilações no ambiente laboral e sua higienização. Posteriormente, os movimentos sociais fizeram com que a classe política, em 1802, estabelecesse a idade mínima para o trabalho, a redução da jornada trabalhista e adoção de medidas ambientais.

Braga (1999) descrever que décadas após a criação da lei inglesa, o Chanceler alemão Otto von Bismarck – Chanceler de Ferro – implementa na Alemanha a lei de acidentes de trabalho e o seguro de doença, acidente ou invalidez entre outras. Com estas medidas a Alemanha passou a ter os locais de trabalho mais seguros do mundo.

“O marco e a representatividade dessa lei tanto no plano simbólico quanto material são indiscutíveis, assim como também o é a verificação de que a máquina capitalista continuou a produzir mortos e feridos. As fábricas, as minas de carvão espalhadas pelo continente europeu, as longas jornadas de trabalho de 12 a 16 horas/dia e a pauperização da classe trabalhadora asseguravam ainda as profundas repercussões nos modos de viver, adoecer e morrer” (LYRA, 2006, p.57).

Para o autor supracitado, o referencial nas lutas e conquistas por melhores condições de salubres e de intervenção do estado encontra-se, segundo Dejours (1992), na escassez de mão-de-obra por decorrência da Primeira Grande Guerra. Diante disso, Taylor ampliava seu modelo de produção colidindo com a saúde dos trabalhadores por meio do controle dos tempos e movimentos, na motricidade e na saúde mental dos trabalhadores.

Para Lyra (2006), a resposta a essa exploração veio através da politização da classe trabalhadora e das conseqüentes conquistas, que permitiu a mobilização de forças que objetivavam a prevenção dos acidentes e das doenças ocupacionais.

Com a pressão da classe trabalhadora e do capital, o Estado que regulamentou a diminuição da jornada de trabalho e incorporou políticas públicas de saúde objetivando a prevenção, o tratamento e a reabilitação, cria a Medicina do Trabalho cuja proposta é somar esforços às demais especialidades nos cuidados com a segurança e a saúde do trabalhador.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Não há como negar que a mensuração da qualidade de vida possui grande relevância perante as recentes tendências vivenciadas no ambiente laboral, o que possibilita (re)conhecer

quem é o trabalhador, como vive, como trabalha entre outros, para implementar políticas públicas que garantam direitos provenientes da luta da classe trabalhadora para a manutenção do emprego, sem relegar a um segundo plano as questões de saúde e segurança no trabalho.

É notório que os acidentes de trabalho, como a LER/DORT, as mutilações, danos auditivos, dermatoses profissionais, silicoses, asbestoses, doenças psíquicas, mortes, enfim todos os agravos à saúde de homens e mulheres trabalhadores aumentam na mesma proporção que o trabalho se precariza, e é desregulamentado (LYRA, 2006).

Certamente, toda essa precarização decorrente dos atropelos da estrutura democrática que torna o Estado carrasco do próprio povo e laçao de poucos é de uma sordidez inqualificável. Assim, diante das danosas seqüelas do capitalismo para a classe trabalhadora, coloca-se o desafio de buscar novas táticas emancipatórias que contemplem a saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, K.L. **Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research.** J Adv Nurs 1999; 20(2):298-306.
- BRAGA, J. C.S. Alemanha: império, barbárie e capitalismo avançado. In FIORI, J. L. **Estados e Moedas no Desenvolvimento das Nações.** Petrópolis: Vozes, 1999.
- BULHÕES, I. R. **Riscos do trabalho de enfermagem.** Rio de Janeiro: Bezerra, 1994.
- CIBORRA C.; LANZARA, G.F. **Progettazione delle tecnologie e qualita del lavoro.** Franco Angeli Editore: Milão. 330p, 1985.
- FARQUHAR M. **Definitions of quality of life: a taxonomy.** J Adv Nurs 1995; 32:502-9.
- FLECK, M. P. A. . **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 1. 228 p.
- GLADIS, M. N.; GOSCH, E. A.; DISHUK, N. M.; et al. Quality of live: expanding the scope of clinical significance. In: **Jornal of consultant and clinical Pshichology**, v. 67, n.3, p. 320-331, 1999.
- GILL, T. M. & FEINSTEIN, A. R.. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. In: **Journal of the American Medical Association**, 272(8), 619-926,1994.
- GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo:Atlas, 2007.
- HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem.** 20 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.
- HUNTS, S. M..The problem of quality of life. In: **Quality of life research**, v. 67, n.3, p. 205-212, 1997.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: HUCITEC, 1989.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial 2. ed.** São Paulo: Editora Atlas, 2007. 217 p.
- LIPP, M. N. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso.** Campinas: Papyrus, 1994.
- LYRA, F. A. **No pêndulo do enfrentamento-estranhamento: trabalhadoras acometidas por LER/DORT e suas representações da Morbidez e do estado.** 2006. 235p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
- MARX, K. **Trabalho Assalariado e Capital.** São Paulo: Global, 1980.
- MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. In **Ciênc. saúde coletiva.** 2000, vol. 5, no. 1 [citado 2007-11-24], pp. 7-18.
- MUSSCHENGA, A.W. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. In: **The Journal of Medicine and Philosophy**, v.22, p.11-28, 1997.
- NORDENFELT, L.. Concepts and measurement of quality of live in health care. In: **Philosophy and Medicine**, v. 47. Dordrecht: Kluwer Academic.
- NOGUEIRA, D. P. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho: histórico. In **Fundacentro.** Curso de Medicina do Trabalho. São Paulo:Fundacentro, 1979, p.5-10.

RIBEIRO, H. P. Lesões por esforço repetitivo (LER): uma doença emblemática. In **Cadernos de Saúde Pública**, v.13. supl. 2, Rio de Janeiro: 1997.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 9 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. In **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.

TAUCHEN, A. L. DE O.. **A contribuição da odontologia do trabalho no programa de saúde ocupacional**: verificando as condições de saúde bucal de trabalhadores de uma agroindústria do sul do Brasil. 2006. 140p. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

VASCONCELLOS, M. A. Excelência e humanização da produção: modelo de diagnóstico. In: **I Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Industriais**. 1998, São Paulo. Anais do I Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Industriais. São Paulo: Editora Plêiade, 1998. v. I. p. 320-332.

WOOD-DAUPHINEE S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? In: **J Clin Epi**, 1999; 52(4): 355-63.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the world health organization. In: **Social Science and Medicine**. V.41, p.1403-1409, 1995.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Trabalho, Saúde do Trabalhador.

FRANCILENE FIGUEIREDO DA SILVA PASCOAL  
Profª Mª dos Anjos, 78, Ernesto Geisel, João Pessoa, Paraíba, Brasil  
(83) 8787-8965  
[francypascoal@hotmail.com](mailto:francypascoal@hotmail.com)