

Atividade física na empresa:
perspectivas na implantação de programas de atividade física e qualidade de vida
Physical Activity in the workplace:
perspectives towards to physical activity and quality of life programs

Aylton J. Figueira Júnior
Mestre e Doutorando em Educação Física - UNICAMP
Docente do Curso de Fisioterapia e Educação Física & Coordenador do Curso de Educação Física da Universidade Municipal de Ensino Superior de São Caetano do Sul – IMES

RESUMO

O propósito do presente estudo foi apresentar aspectos que permitam uma reflexão dos benefícios biológicos para os funcionários, relação custo-benefício entre investimento e retorno indiretos e diretos ligados a saúde do trabalhador, bem como indicadores na implantação de programas de atividade e bem estar nas empresas. Há a preocupação em estar corroborando com a discussão e inclusão de programas de atividade física e de promoção da saúde em empresas, visando a melhora da qualidade de vida e de saúde de funcionário. Por outro lado, programas de bem estar em empresa, passam por uma visão ampla, que vai além de hábitos saudáveis, mas encontram-se baseados em mecanismos educacionais para a mudança de comportamento. Nesse sentido, alguns aspectos reflexivos são necessários, incluindo na perspectiva e metas da empresa, benefícios que promovam e melhorem as relações entre empresa e funcionário através de programas de atividade física, com uma visão inclusiva, e que oportunizará um hábito de vida saudável, autonomia de escolha de atitudes e ganhos no estilo de vida e saúde

PALAVRAS CHAVES: atividade física, empresa, custo e benefícios

INTRODUÇÃO

A busca da melhoria da qualidade de vida está ligada ao processo de mudança de comportamento individual e conseqüentemente coletivo que amplamente tem como objetivo permitir que os indivíduos tenham a possibilidade de ganhar qualitativamente no seu estilo de vida e expectativa de vida.

Durante os últimos 50 anos houve um grande avanço tecnológico em todo o mundo, associado a uma industrialização crescente na maioria dos países do mundo, fazendo com que populações passassem a adotar um estilo de sedentário, aliado com modificações nutricionais drásticas, aumento do hábito de fumar e ingestão de álcool. A interação desses fatores levou ao incremento das doenças crônicas degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares, miocardiopatias severas, obesidade, diabetes, osteoporose e aspectos associados a mobilidade articular

Qualidade de vida é um conjunto de atributos associados à satisfação de viver, onde há a possibilidade de melhoria do nível de saúde. Considerando sua visão mais ampla, a melhoria da qualidade de vida depende prioritariamente de mudanças comportamentais, tornando-se assim, dependente de mecanismos educacionais que promovam mudanças significativas em hábitos de vida. Dessa maneira a qualidade de vida é diretamente dependente dos hábitos de vida e estes caracterizam o estilo de vida de cada cidadão. Essa trilogia (qualidade de vida - hábitos de vida - estilo de vida) resultou em novos paradigmas, frente ao comportamento, tornando-se um dos maiores desafios na sociedade moderna.

A preocupação com a qualidade de vida tem recebido grande atenção em países industrializados através de diferentes campanhas que buscam orientar a mudança de comportamento, em função de recentes estudos desenvolvidos pelo CDC (Centro de Controle de Doenças) e pelo American College of Sports Medicine e Conselho de Saúde e Bem Estar.

De todas as causas de mortes 51% são associadas ao estilo de vida, 19% a fatores ambientais, 20% a fatores genético-dependentes (biológico) e 10% a assistência médica.

Causas de mortes associadas ao estilo de vida são conhecidas como doenças crônicas degenerativas não transmissíveis. Conceitualmente são aquelas que vão lentamente diminuindo as capacidades físicas e mentais dos indivíduos com comprometimentos sociais e profissionais, levando a dependência familiar (particular) ou do Estado (pública). Encontramos neste grupo, a hipertensão, isquemia cardíaca, acidentes vasculares cerebrais (AVC), infarto do miocárdio, câncer, diabetes, obesidade, lombalgias crônicas ou modificações posturais, lesão por esforço repetitivo (L.E.R.) e osteoporose como as mais frequentes. Infelizmente por ser conhecido e com mudança lenta e felizmente por ser possível reverter esse quadro, é que as mortes por estilo de vida dependem regularmente de quatro fatores ligados aos hábitos de vida: A) Fatores nutricionais, B) Fatores ligados à prática regular de atividades físicas (onde o sedentarismo é muito comum), C) Fatores ligados ao tabagismo e D) Fatores ligados ao consumo de álcool. A análise desses fatores de forma decrescente apresenta o tabagismo como a causa de maior incidência de morte, seguida do sedentarismo, hábitos nutricionais e por último consumo de álcool. Obviamente a associação desses quatro fatores por anos de vida levará a degeneração do estado de saúde, a ponto de um indivíduo que apresentar tal associação, ter 3,5 vezes mais chance de morte por qualquer causa-associada que um indivíduo que controle a associação entre eles, ou seja, que reduz a exposição a hábitos degenerativos.

Considerando que qualidade de vida é um fator de decisão pessoal com reflexos possíveis no coletivo e que tende a melhorar à medida que o indivíduo adota melhores hábitos diários, passando a ter um estilo de vida menos degenerativo, é que encontraremos decréscimo proporcional no risco de morte. *Nesse sentido, falar em qualidade de vida representa adotar um mecanismo educacional, sistemático, incentivador, com objetivos possíveis de serem atingidos, onde a responsabilidade é do cotidiano pessoal e de instituições.*

Analisando as causas de mortes associadas ao estilo de vida em indivíduos com menos de 60 anos no Estado de São Paulo (Fundação SEADE), encontramos que 56,20% das mortes (26.892 óbitos) estão relacionadas a doenças cardiovasculares. O número de internações para esse caso atingiu 154.419 indivíduos em 1996. Para o diabetes encontramos 25,8% (5.699 óbitos) e para AVC (Acidente Vascular Cerebral) 29,2% (19.958 óbitos). Seria importante lembrar que as doenças crônicas degenerativas são de longa duração, pois em geral sua manifestação é lenta, com efeitos complicadores e que possuem reduzida possibilidade de cura ou recuperação, onde o custo para tal é muito elevado (Rego, 1990).

Considerando os fatores ligados aos hábitos de vida (nutricionais, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool) Rego (1990) apresenta a prevalência do risco de morte por sexo em indivíduos entre 15 e 59 anos:

FATORES DE RISCO	PREVALÊNCIA (%)		
	Homens	Mulheres	Total
Hipertensão	31,0	14,4	22,3
Obesidade	14,2	21,4	18,0
Tabagismo	44,6	31,9	37,9
Alcoolismo	12,6	3,3	7,7
Sedentarismo	57,3	80,2	69,3

A análise da qualidade de vida apresentada em função das doenças crônicas degenerativas mostra que os homens apresentam uma tendência diferente no risco de morte, onde hipertensão, tabagismo e consumo de álcool se destacam. As mulheres tendem ser mais obesas e sedentárias. Para ambos os casos, a mudança dos hábitos de vida modificaria a prevalência para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas.

A BUSCA DA QUALIDADE DE VIDA

O espírito nômade do Homem estudado pela luz da antropologia sugere que o movimento migratório ocorrido há séculos e por fim, o estabelecimento em uma determinada região, representa no inconsciente, o melhor meio para a sobrevivência, procriação e manutenção da espécie humana. Em busca da sobrevivência a mesma tendência é observada no mecanismo migratório de animais durante o inverno e retorno no verão, buscando a primavera para o acasalamento.

Foi em função da forte ação do Homem sobre o meio ambiente e do avanço tecnológico, que a possibilidade de sobrevivência com melhor qualidade de vida apresentou maior êxito. Através dos avanços da Revolução Industrial, onde novas técnicas foram incorporadas a partir do tear e plantio, é que pudemos atingir a produção em larga escala através de linhas de montagem. Vemos nesse momento a mão de obra passar a ser ajustada mais rapidamente no processo produtivo, com incremento da renda, e maior possibilidade de sobrevivência com melhor qualidade de vida.

Historicamente a sociedade não se encontra totalmente preparada para assimilar a rápida mudança de oferta tecnológica que passou a ser encontrada no cotidiano. Com isso, o elevador, esteiras e escadas rolantes, controle remoto, computadores dentre outros avanços, passaram a representar comodidade, satisfação e "melhor qualidade de vida" e principalmente permitir a redução do tempo gasto nas diversas atividades, sugerindo que as pessoas tivessem mais tempo para suas atividades recreacionais e de lazer. Assim, em países industrializados como Estados Unidos, Japão, Inglaterra, Canadá, observou-se que o avanço tecnológico produziu um resultado inverso ao que se esperava. Dessa maneira as doenças crônicas degenerativas passaram a ter "lugar de destaque" dentre os fatores de risco de morte nos países industrializados. Como era de se esperar em países pós-industrializados a mesma tendência seria observada, onde hipertensão, infarto, obesidade, diabetes, câncer triplicaram em número de casos nos últimos 40 anos. Obviamente não está se fazendo apologia ao avanço tecnológico, mais sim da interpretação que a população tem sobre ela. Maior disponibilidade em tê-la, em função do poder aquisitivo e educacional da sociedade, não tem relação paradigmática em reduzir os hábitos de vida mais saudáveis. Na realidade o que se observa é que a tecnologia incorporou um novo conceito de conforto, bem estar, mudando o estilo de vida, mas não necessariamente incrementando a qualidade de vida em longo prazo.

Programas de promoção de saúde, envolvendo as doenças crônico-degenerativas tem sido enfoque nos últimos 50 anos em países secularmente industrializados, buscando reduzir os hábitos degenerativos à saúde, como tabagismo, consumo alimentar, obesidade e sobrepeso, consumo de álcool, drogas e inatividade física. O custo operacional do sistema de saúde relacionado à prevalência das doenças crônico degenerativas foi apresentado por **Colditz (1999)**, mostrando que em 1995 nos Estados Unidos, o risco relativo das doenças crônico-degenerativas (DCG) tem forte associação com o estilo de vida sedentário como segue na tabela abaixo:

DCG	Risco Relativo	% Sedentarismo	Custos Diretos
Diabetes Tipo 2	1,5	12	6,4
DCV	2	22	8,9
Hipertensão	1,5	12	2,3
Cálculo de Vesícula	2	22	1,9
Câncer de Mama	1,2	5	0,38
Câncer	2	22	2,0
Fratura por Osteoporose	2	18	2,4
TOTAL			24,3 Bilhões Dólares

Esses valores indicam um total anual de 24 bilhões de dólares gastos com a recuperação do estado de saúde populacional, sendo que as DCV apresentaram os maiores custos diretos e porcentagem associada ao estilo de vida sedentário, seguido pelos diabetes do tipo 2. Esse custo social que as doenças crônicas degenerativas apresentam para a sociedade passou também a ser observada nas empresas, levando a mudanças operacionais e econômicas em relação aos funcionários de diferentes níveis na empresa. Salmon, 1995 (**Karman, 1995**) mostrou que funcionários com baixo nível de aptidão física e de envolvimento em atividades físicas apresentam comprometimentos em relação ao trabalho, sendo que indivíduos obesos tendem a faltar 22% a mais que não obesos, fumantes se ausentam em média 34 dias a mais por ano que não fumantes e sujeito hipertensos faltam 28,2% a mais que normotensos. Por outro lado os custos médicos são reduzidos em ½ dia de internação em ativos comparados com não ativos, economia de 46% por funcionários ativos comparados com sedentários, 17% menos visita de funcionários a hospitais e ambulatórios na empresa após início de programas de atividade física e qualidade de vida na empresa.

Em outro estudo, **Nahas (2000)** apresenta que funcionários de uma universidade no Brasil apresentaram altos valores de inatividade física (61,4%), que a 56% da ocupação é sedentária e que somente 35% utiliza o tempo de lazer com atividades físicas. Por outro lado valores de obesidade e sobrepeso foram encontrados em 39% do grupo, sendo 22,8% fumantes, 41% reportando cefaléias crônicas, 34% lombalgia e 26% limitação articular. Em outro estudo, Ulman, 1992 (**Dishman, 1994**) apresentou que em média os trabalhadores entre 30 e 35 anos apresentaram lombalgia crônica (65% da amostra), sendo 45% na região lombar, 11% cervical e 6% torácica. No mesmo estudo Ulman (1992) apresenta que a lombalgia permanecia em média por 60 dias, sendo que 70% retornava ao trabalho após 30 dias, 90% após 90 dias e 4% em 180 dias mediante acompanhamento clínico. Shephard em 1993 (**Colditz, 1999**) analisando a lombalgia em 7.526 trabalhadores apresentou que após uma semana de programa de alongamento, 57% do grupo não reportava mais dores nas costas, após seis semanas 88% não era mais sintomático e após um ano, somente 1% ainda apresentava alguns quadro degenerativo.

Esses estudos apresentam que empresas que buscaram investimento em qualidade de vida e bem estar parecem ter trazido benefícios para os funcionários, sendo que essa melhoria refletiu na redução da fadiga muscular e tempo de recuperação de esforços pesados, diminuição em 31% dos erros nas atividades do trabalho, aumento médio de 2,7% a 4% na produtividade, melhoria das atividades intelectuais e disposição para o trabalho.

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E EMPRESA

Programas de qualidade de vida em empresas significam inicialmente, investimento em Recursos Humanos. A preocupação com a qualidade de vida do funcionário muitas vezes se confunde com o senso de responsabilidade unicamente da empresa, o que não é totalmente verdadeiro. Partindo do princípio que qualidade de vida significa conjunto de fatores que favorecem a ganhos significativos durante a vida, imaginemos que a discussão sobre qualidade de vida na empresa seria uma forma de "co-gestão da qualidade de vida e saúde", onde ambos, empregado e empregador, possuem responsabilidades sobre o resultado final da ação.

Segundo artigo (**JACKSON, 1999**), os três fatores encontrados mais frequentes entre executivos são o tabagismo, sedentarismo e obesidade mostrando que diferentes estilos de vida podem resultar em diferentes impactos nos custos operacionais da saúde dos funcionários. Alguns indicadores seguem abaixo:

- A) **FUMANTES:** Exigem 114% mais em tempo de internação
Faltam 40% mais que não fumantes
Custam 26% mais em despesas com saúde
- B) **SEDENTÁRIOS:** Exigem 54% mais em tempo de internação
Custam 36% mais em despesas de saúde

C) OBESOS:

Exigem 85% mais em tempo de internação
Custam 8% mais em despesas de saúde

Alguns estudos compararam as características de funcionários ativos e sedentários, sendo que funcionários ativos tiveram redução média nas faltas anuais. Estudos revisados por Shephard (1992) (**Chenoweth,1998**) apontaram redução de 23%, 34% e 50% nas faltas anuais, o que daria uma redução média de 2 a 5 dias ano por funcionário.

Empresas que investiram em programas de Qualidade de Vida tiveram aumento médio de 39% na produtividade após implantação de ações mais amplas, que utilizaram o modelo inclusivo, para a mudança de comportamento, buscando reduzir os hábitos degenerativos à saúde, observando-se uma redução média de US\$ 128,58 anual para cada empregado nos gastos com o seguro saúde; redução de 20% a 25% em acidentes no local de trabalho; redução de 15% a 20% do absenteísmo e 10% a 15% na rotatividade e redução de 20% a 25% no número de acidentes dos funcionários. Ainda notou-se redução do nível de estresse e lesões por esforços repetitivos. A relação entre os índices de estresse e capacidade de trabalho poderia levar a modificações negativas fisiológicas, comportamentais e cognitivas no indivíduo. As conseqüências negativas da presença do estresse para a saúde poderiam ocorrer nos sistemas cardiovascular (infarto, pressão arterial, CHD); digestório (úlceras, náuseas, vômitos, perda de apetite, fluxo salivar); muscular (espasmo, dor, tensão); gastrointestinal (constipação); respiratório (asma, efizema, bronquite); locomotor (artrite, mobilidade); imunológico (redução auto-imune). Por outro lado os aspectos comportamentais estariam relacionados à perda de performance, super competitividade, menor controle de situações, egoísmo, impaciência, hostilidade generalizada, passividade e inércia. Nos aspectos cognitivos encontramos diminuição da atividade intelectual, indecisão e menor reprodutividade e ansiedade por pensamento.

Empresas que investiram em programas de qualidade de vida e bem estar enfocando programas de fitness (atividades aeróbicas e programas individuais), tabagismo (políticas de desenvolvimento e apoio), redução de lombalgia (prescrição do exercício), nutrição (controle de peso, orientação), stress (tai chi) e aspectos preventivos (mudança de estilo de vida e atividade física), apresentaram modificações positivas na saúde do funcionário e nos fatores ligados ao trabalho e na imagem institucional. Entretanto a maioria dos trabalhos apresentou a relação entre custo x benefício para empresa e funcionários. Empresas que investiram em diferentes programas relacionados à saúde para os funcionários, trouxeram uma associação que evidenciou maior qualidade com o trabalho em função da satisfação com o trabalhador; aumento da produtividade de US\$ 116,00/ano por funcionário; redução de US\$ 30,00 nos custos com ausência de funcionários; economia de US\$ 343 para cada empregado/ano na rotatividade; redução de 43% na incidência de lesões/ano; desconto para o funcionário de 32% no valor do convênio médico; melhor percepção da imagem institucional em função da participação em programas de atividade física e bem estar, levando a redução média de US\$ 531 por empregado/ano. Dados mais conservadores apresentaram economia de US\$ 128, enquanto os menos conservadores apontaram para uma redução média de US\$ 531,00 por funcionário nos custos diretos e indiretos com a saúde, levando a uma relação de custo benefício de US\$ 0,50 a US\$ 9,33 (média de economia anual de US\$ 1,00 por ano por funcionário). As hipóteses que orientam os resultados encontrados são:

Melhor relação do funcionário com a empresa e amigos;
Melhor auto-controle para a solução de problemas;
Maior poder de concentração e maior endurance psíquica;
Redução da ansiedade e aumento das idéias inovadoras;
Percepção de "ser importante" para o crescimento da empresa;
Maior potencial decisório e paciência na elaboração de estratégias;
Melhor bem estar e satisfação pessoal

Imaginando que no trabalho existem dois fatores que caminham contrariamente à qualidade de vida, que são o nível de estresse natural das funções e esforços repetitivos, é que empresas têm investido em programas de Qualidade de Vida. Empresas de grande porte no mundo têm em média um retorno indireto de US\$ 2,00 por funcionário em 24 meses, para cada US\$ 1,00 investido em programas de qualidade de vida, em função dos benefícios biológicos e psicológicos que os programas trouxeram. Exemplos clássicos são encontrados na literatura pela economia em função da implantação de atividades educacionais para a qualidade de vida:

COORS BEVERAGES	US\$ 5,50
BOEING	US\$ 3,50
DU PONT	US\$ 2,50
CITY OF BIRMINGHAM	US\$ 9,33

Os resultados encontrados relacionados aos benefícios que os programas de qualidade de vida trazem para as empresas e funcionários, lembramos sete pontos que podem auxiliar na implantação e manutenção, com sucesso, de programas de qualidade de vida:

1. Ter a dimensão da importância do trabalho
2. Favorecer a igualdade de oportunidades
3. Análise da demanda ocupacional, tanto mental como física
4. Flexibilidade de tempo e não levar ao excesso de trabalho
5. Ergonomia e teste da função em relação à aptidão física do indivíduo
6. Estímulo para a mudança de estilo e hábitos de vida
7. Implantação e manutenção de programas para a mudança de comportamento

RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS PARA PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Uma das principais barreiras existente na população para a prática de atividades físicas é a falta de tempo, falta de autodisciplina, falta de equipamento e falta de conhecimento, dentre outros. Em função desses aspectos a maioria dos programas de intervenção relacionados à atividade física e bem qualidade de vida sugerem que não ocorram mudanças drásticas nas rotinas de trabalho e de vida dos funcionários. Assim apresentamos que os organizadores dos programas considerem os seguintes aspectos:

- A) Utilize o potencial de trabalho, tanto do local como pessoal como forma de intervenção;
- B) Desenvolva atividades diversificadas e interessantes e multi-variadas entre os diferentes setores da empresa;
- C) Permite e estimule o intercâmbio entre os diferentes setores da empresa, considerando as experiências pessoais positivas relacionadas à atividade física;
- D) Crie mecanismos de estímulo para a aderência a atividade física, ou aqueles que foram ativos retomem a prática regular de atividade física;
- E) Mostrar a importância da atitude pessoal para a comunidade e para a família;
- F) Procurar formar grupos permanentes e multidisciplinares de discussão enfocando as necessidades dos funcionários, expectativas e possibilidades de intervenção;
- G) Criar mecanismos para os grupos que apresentam necessidades especiais;
- H) Criar ciclos de palestras e formas de informação permanentes de intervenção;
- I) Ter as formas de acompanhamento como uma atitude permanente da evolução e eficácia do programa de intervenção.

Assim poderíamos considerar que como mecanismo de prevenção, a atividade física tem grande importância para os aspectos ligados à saúde populacional, sendo que no “workpalce” parece ser uma oportunidade de conscientização e modificação do comportamento, promovendo não somente internamente, mas permitindo

que haja reflexo nas atitudes da família e amigos. Por outro lado, a melhoria dos índices de produtividade, ausência e rotatividade poderiam refletir não somente nos aspectos econômicos, mas também na oportunidade de trabalho em uma economia globalizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHENOWETH, D.H. Worksite Health Promotion, Human Kinetics, 1998

COLDITZ, G. Economics costs of obesity and inactivity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(11): S663 - S667, 1999,

DISHMAN, R.K. *Advances in Exercise Adherence*. Human Kinetics, 1994

JACKSON, A.W.; MORROW, J.R.; HILL, D.W. and DISHMAN, R.K. *Physical Activity for Health and Fitness: An individual Lifetime Approach*, Human Kinetics, 1999

KARMAN, R.L. *Worksite Health Promotion Economics: Concensus and Analysis*, Human Kinetics, 1995

MANUAL DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO. Programa Agita São Paulo, 2ª Edição, CELAFISCS, 1998.

NAHAS, M. *Atividade Física, Qualidade de Vida e Saúde*. Midiograf, PR, 2000

REGO, C. Prevalência de fatores de risco na população do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 24(4): 277-285 1990.