



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**  
**MESTRADO**

**Estilo de Vida, Capacidade para o Trabalho e Composição  
Corporal em Trabalhadoras da Indústria Frigorífica**

**Dissertação de Mestrado**

**Deisy Márcia Grande e Gradiski**

**Florianópolis – SC**  
**2004**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**  
**MESTRADO**

**Estilo de vida, Capacidade para o Trabalho e Composição  
Corporal em Trabalhadoras da Indústria Frigorífica**

**Deisy Márcia Grande e Gradiski**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção com concentração em Ergonomia.

**Florianópolis – SC**

**2004**

**Deisy Márcia Grande e Gradiski**

**Estilo de Vida, Capacidade para o Trabalho e Composição  
Corporal em Trabalhadoras da Indústria Frigorífica**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de **Mestre em Engenharia de Produção**, e aprovada, em sua forma final, pelo **Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.**

**Florianópolis, 30 de setembro de 2004.**

**Prof. Edson Pacheco Paladini, Ph.D.**

Coordenador do P.P.G.E.P.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Édio Luiz Petroski  
Orientador – UFSC

---

Prof. Dr. Edison Roberto de Souza  
UFSC

---

Prof. Dr. Ciro Romélio Rodriguez Añez  
PUC-PR

## **DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais, Walmir Grande e  
Terezinha Tonin, pelo incondicional e  
incentivo.*

*À memória de minhas avós, Amélia  
Homberg Grande e Zemira Eugênia  
Pagnoncelli Tonin*

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal de Santa Catarina e aos professores do curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção pela oportunidade de cursar este mestrado.

Ao Prof. Dr. Édio Luiz Petroski, meu orientador, minha gratidão pelo incentivo, apoio e paciência.

Às trabalhadoras, as quais prontamente aceitaram participar deste trabalho.

Aos colegas de mestrado, César Luiz Marcon, Manoel José de Lourdes Esteves e Marilú Mattei Martins, pela amizade e companheirismo.

Aos colegas de trabalho, Claudete Pioresan, Eliane Hammes, André Dalanhol, Marcelo Custódio, Yegor Moreira (in memoriam), pela colaboração e incentivo.

Aos meus sogros, Clarice e Estéfano Gradiski e ao meu irmão, João Antônio Grande neto, pelo apoio.

Ao meu esposo Alexandre, pela ajuda e compreensão.

À Deus, por tudo.

## RESUMO

Na sociedade contemporânea, a inclusão das mulheres à força de trabalho tornou-se parte do cotidiano, levando-as a desempenhar múltiplos papéis e a realizar dupla jornada, uma vez que o ingresso no mercado formal de trabalho não as exclui das demais atribuições culturalmente consideradas femininas. Tal fenômeno tem motivado pesquisas com o intuito de analisar as repercussões deste “modus vivendi” sobre a saúde e o bem-estar do gênero feminino. Neste estudo analisou-se a percepção do estilo de vida e da capacidade para o trabalho bem como a composição corporal de um grupo de mulheres trabalhadoras de uma indústria frigorífica de grande porte. Trata-se de um estudo descritivo correlacional. Foram utilizados os questionários “Fantastic Lifestyle” para avaliar o estilo de vida (EV) e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) para avaliar a capacidade para o trabalho, ambos instrumentos de auto-avaliação e auto-aplicáveis. Para avaliar a composição corporal, utilizou-se o cálculo do índice de massa corporal (IMC), tendo sido coletados os dados antropométricos (massa corporal e estatura). A amostra constituiu-se de 102 mulheres, com idade entre 20 e 46 anos, sendo a média de 29,8 anos, predominantemente casadas (68,6%). Quanto à escolaridade, a maioria apresentou segundo grau completo (25,5%) ou incompleto (16,7%). Observou-se que o número de filhos foi de nenhum para 29,41%, um para 39,22%, dois para 27,45% e 3,92% para três filhos. A imensa maioria das mulheres referiu executar trabalhos domésticos. Quanto ao EV, os escores obtidos indicam zonas de benefício à saúde, sendo considerada excelente para 17,65%, muito boa para 71,57% e boa para 10,78%. O ICT foi considerado bom ou ótimo por 67,59%, moderado por 29,41% e baixo por 2,94%. No que tange à composição corporal, avaliada através do IMC, a maioria (88,2%) o apresenta dentro dos padrões da normalidade, encontra-se baixo para 2,9%, indica sobrepeso para 7,8% e obesidade para 1,0%. Tais achados são concordantes com as teorias de que o cenário atual do trabalho da mulher implica na alternância do trabalho remunerado e doméstico, resultando num extenso tempo de atividade e com elevadas demandas. Entretanto, neste grupo analisado, o EV, o ICT e a composição corporal indicam, de modo geral, níveis satisfatórios para a saúde. Finalmente, conclui-se que as trabalhadoras que participaram do presente estudo têm desempenhado múltiplos papéis de tal modo que tem sido possível manter o complexo entrelaçamento de variáveis que compõem os indicadores de estilo de vida, capacidade para o trabalho bem como a composição corporal dentro de um intervalo adequado para a saúde e para o trabalho.

**Palavras-chaves:** mulher, capacidade para o trabalho, estilo de vida, composição corporal, indústria frigorífica.

## ABSTRACT

In contemporary society, inclusion in the work force has become part of women's daily lives, and they have to cope with multiple tasks and manage double work shifts, since the engagement in the formal labor market doesn't exclude them from women's social role. This issue has been studied in order to assess this way of life impacts on health and well-being among female gender. The present study evaluated the lifestyle perception, workability as well as body composition through body mass index among employed women in meat processing industry. A cross-sectional study was carried out. Lifestyle was assessed by the Fantastic Lifestyle Checklist and workability by the Workability Index, both are self-evaluated and self-administered questionnaires. In order to evaluate the body composition through body mass index, anthropometric measurements, weight and height were taken. The subjects were 102 employed women who were in the age range 20 to 46, on average 29,8 year-old, the majority of them were married. Concerning educational level, most of them had a high school degree. Of the participants, 29,41% referred have no child, 39,22% have one child, 27,45% have two children and 3,92% have three children. The majority of women reported has housework activities. About the workability index, the results were good or very good for 67,59%, moderate for 29,41% and poor for 2,94%. Regarding lifestyle perception, it was considered excellent for 17,65%, very good for 71,57% and good for 10,78%. The results also show that most of women studied (88,2%) obtained body mass index between normal range, 2,9% have low body mass index, 7,8% are overweight and 1,0% are obese. The results indicated that women's work in the current context consists in the simultaneous engagement in paid work and unpaid family housework, may result in a long activity period and with high demands. However, in the present study, the results indicate that the impact on lifestyle, workability and body mass index were considered in a satisfactory range. So it can be hypothesized that these women assessed are playing the multiplicity of roles in a way that have been possible to balance the complex aspects which compose lifestyle, workability and body composition.

**Keywords:** women, lifestyle, workability, body composition, meatprocessing industry.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 4.1 – Distribuição da amostra quanto ao número de filhos por trabalhadora ....	56
FIGURA 4.2 – Distribuição da amostra quanto ao tempo de trabalho na função .....	60
FIGURA 4.3 – Distribuição da amostra quanto ao rendimento mensal individual .....	61
FIGURA 4.4 – Estilo de Vida das trabalhadoras em relação à renda mensal individual ..	63

## LISTA DE TABELAS

TABELA 4.1 – Distribuição da amostra por faixas etárias (n=102) .....	55
TABELA 4.2 – Distribuição da amostra de acordo com o estado civil .....	55
TABELA 4.3 – Distribuição conforme estado civil e número de filhos .....	57
TABELA 4.4 – Caracterização da amostra segundo a escolaridade .....	57
TABELA 4.5 – Distribuição de Frequências para Trabalho Doméstico .....	58
TABELA 4.6 - Estilo de vida em relação à faixa etária .....	62
TABELA 4.7 – Resultado dos escores de EV em relação ao estado civil da amostra .....	64
TABELA 4.8 – Índice de Capacidade para o Trabalho em relação à faixa etária das trabalhadoras .....	65
TABELA 4.9 – Resultado dos escores de ICT em relação ao estado civil da amostra .....	66
TABELA 4.10 – Índice de Capacidade para o Trabalho em relação à Renda Mensal .....	67
TABELA 4.11 – IMC em relação à faixa etária das trabalhadoras .....	68
TABELA 4.12 – IMC em relação ao estado civil .....	69
TABELA 4.13 – IMC em relação à renda mensal .....	70
TABELA 4.14 – Associação entre as categorias de ICT e os escores do EV .....	71
TABELA 4.15 – Escores médios de IMC em relação às categorias do EV .....	72
TABELA 4.16 – Distribuição da amostra em relação às categorias de IMC e EV .....	72

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 3.1 – Classificação do EV .....	50
QUADRO 3.2 – Classificação do IMC .....	52

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	06
<b>ABSTRACT</b> .....	07
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	08
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	09
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1.1 Considerações do Estudo</b> .....	13
<b>1.2 Problema de Pesquisa</b> .....	15
<b>1.3 Justificativa</b> .....	16
<b>1.4 Objetivo Geral</b> .....	17
<b>1.5 Objetivos Específicos</b> .....	18
<b>1.6 Delimitação do Trabalho</b> .....	18
<b>1.7 Estrutura do Trabalho</b> .....	19
<b>CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	21
<b>2.1 Trabalho Feminino</b> .....	21
<b>2.2 Estilo de Vida</b> .....	32
<b>2.3 Capacidade para o Trabalho</b> .....	36
<b>2.4 Composição Corporal</b> .....	41
<b>CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA</b> .....	47
<b>3.1 Modelo de Estudo</b> .....	47
<b>3.2 População e Amostra</b> .....	47
<b>3.3 Instrumentos Utilizados</b> .....	48
<b>3.4 Coleta de Dados</b> .....	52
<b>3.5 Análise dos Dados</b> .....	53
<b>CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	54
<b>4.1 Características da Amostra Estudada</b> .....	54
<b>4.2 Estilo de Vida</b> .....	61
<b>4.3 Índice de Capacidade para o Trabalho</b> .....	64

<b>4.4 Composição Corporal .....</b>	<b>67</b>
<b>4.5 Relações entre Estilo de Vida, Capacidade para o Trabalho e</b>	
<b>Índice de Massa Corporal .....</b>	<b>70</b>
<b>CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES .....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>

## **CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO**

### **1.1 Considerações do Estudo**

A inserção das mulheres no mercado de trabalho formal vem ocorrendo desde a Revolução Industrial e mais intensamente após a II Guerra Mundial, sendo que nas últimas décadas a participação feminina tem aumentado em todo o mundo, a despeito das significativas contradições e diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Este evento tem transformado não só a vida feminina, mas também a vida familiar e a convivência em sociedade (GOMES & TANAKA, 2003).

A sociedade contemporânea atribui extraordinária importância ao trabalho, que passa a assumir um significado extremo na vida dos indivíduos, imprimindo aspectos como status social e identidade pessoal. Conforme Correia (2000), o trabalho identifica o indivíduo na sociedade a qual pertence, uma vez que irá estruturar o nível sócio-pessoal de cada indivíduo abrangendo a remuneração, lazer, horário de trabalho, lugar onde executa suas atividades, com quem se relaciona, a qual família pertence, satisfação com o trabalho, colegas de profissão e chefias, as normas que cumpre, as recompensas que recebe, bem como direitos e deveres.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o trabalho deve ter como objetivo a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações e a colocação e manutenção do trabalhador, adaptando-o no complexo psicofisiológico (SOBRINHO, 1995).

Brito (2000) assinala que o trabalho realizado em nossa sociedade é determinado por

complexo entrelaçamento de relações de poder, sociais, econômicas e políticas.

A participação feminina no mercado de trabalho tem como aspecto positivo oportunizar os desenvolvimentos pessoal, profissional e social, propiciar maior independência, equidade e possibilidade de usufruir os benefícios da seguridade social. Há que se considerar também o impacto positivo da participação feminina na cultura das organizações, onde as mulheres costumam colaborar com inovações e com relações humanas mais harmoniosas. Todavia, são apontados alguns aspectos negativos como o recrutamento das mulheres para os trabalhos de menor remuneração, menores chances de desenvolvimento profissional, submeter-se a riscos ocupacionais e mudanças no estilo de vida nem sempre positivas.

Por outro lado, estudos de Tuomi *et all* (1997), Seitsamo e Ilmarinen (1997) e Chor (1999), têm demonstrado que o estilo de vida consiste num dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades e de acordo com a OMS (1998) pode ser definido como um modo de vida baseado em padrões identificáveis de comportamento, determinados pela interação entre características pessoais, interações sociais e condições socioeconômicas e do meio-ambiente.

A relevância da capacidade para o trabalho encontra-se no fato de ser a base para a participação do indivíduo na sociedade bem como para a obtenção de renda a fim de assegurar as condições de vida e bem-estar. Ressalta-se que esta capacidade pode ser afetada pelo estilo de vida do trabalhador. Estudos de Tuomi *et all* (1991), evidenciaram que tanto a melhora como o declínio da capacidade para o trabalho, foram associadas mais intensamente com mudanças no trabalho e no estilo de vida. Neste sentido, a detecção da diminuição ou perda da capacidade para o trabalho é um subsídio para ações com objetivo de manter ou melhorar a saúde dos trabalhadores.

A composição corporal, neste estudo foi verificada através do parâmetro antropométrico definido pela relação entre a massa corporal e a estatura do indivíduo denominado Índice de

Massa Corporal (IMC). Este índice tem sido utilizado para classificar o estado nutricional do indivíduo e relaciona-se com padrões epidemiológicos de morbidade e de mortalidade (ANJOS, 1992). Pesquisa de Hopsu & Sogaard (1997) indicou que mulheres com baixa escolaridade apresentam IMC maior que  $26\text{kg/m}^2$  enquanto que mulheres de elevado nível de escolaridade apresentam IMC menor que  $24\text{ kg/ m}^2$  e que as dimensões corporais influenciam tanto a postura no trabalho, esforço e técnicas de trabalho quanto o desenho de ferramentas adequadas para o trabalho.

O trabalho formal transforma o modo de vida das mulheres na medida em que absorve grande parte de seu tempo e apresenta demandas crescentes de aprimoramento e dedicação, ao qual se somam as demais atribuições femininas. Há que se destacar os fenômenos de globalização, crises econômicas mundiais, reestruturação das organizações e programas de qualidade causaram uma substancial revolução no mundo do trabalho que passou a exigir trabalhadores mais instruídos, qualificados, competitivos e criativos, resultando numa modificação acentuada no modo de vida individual e da sociedade. Neste contexto, Gomes & Tanaka (2003) destacam que permanecem no posto de trabalho remunerado os indivíduos mais ágeis, saudáveis, jovens e com tempo para dedicar-se prioritariamente ao trabalho.

## **1.2 Problema de Pesquisa**

Diante do contexto já exposto de que o trabalho feminino na indústria requer grande demanda física e psicológica, esta pesquisa será desenvolvida em uma indústria frigorífica da Região Oeste do Estado do Paraná, levando-se em conta o grande contingente de mão de obra feminina existente neste ramo de atividade.

Considerando-se a multiplicidade de papéis femininos na sociedade contemporânea, de que modo o estilo de vida se relaciona com o índice de capacidade para o trabalho e com a composição corporal de trabalhadoras da indústria frigorífica?

### 1.3 Justificativa

As mulheres trabalhadoras encontram-se envolvidas numa multiplicidade de papéis sociais que resultam num *modus vivendis* diferenciado de gerações anteriores que se limitavam ao trabalho doméstico ou excepcionalmente ao trabalho restrito ao contexto familiar ou agropecuário.

A complexidade e interdependência do trinômio mulher-trabalho-família, têm levado pesquisadores a investigar as repercussões sobre a saúde física e mental. Assim, enquanto Verbrugge (1983) considera que a atuação da mulher em múltiplos papéis beneficia tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico, Goode (1960) interpreta a multiplicidade de papéis como causa de prejuízos ao bem-estar psicológico, uma vez que este envolvimento induz ao confronto com diversos agentes estressores.

De acordo com o *Proceedings of an International Expert Meeting on Women at Work*, realizado na Finlândia em 1997, em que foram discutidos tanto o estado da arte como as necessidades futuras de pesquisa, faz-se necessário pesquisar informações básicas sobre saúde ocupacional e trabalho feminino particularmente em países em desenvolvimento. Também o I Congresso Internacional “Mulher, Trabalho, Saúde”, realizado em 1996 em Barcelona, culminou com a elaboração de um Documento Consenso que enfatiza que a perspectiva de

gênero deve ser introduzida nas pesquisas que tem por objetivo promover a saúde e a assistência sanitária (CAPS,1996).

Para Seitsamo e Ilmarinen (1997) as condições de trabalho e outros aspectos isolados não explicam satisfatoriamente a variabilidade da capacidade para o trabalho, sendo necessários estudos para determinar as associações entre capacidade para o trabalho e estilo de vida.

No Brasil, a bibliografia a respeito ainda é escassa, e nesse sentido, torna-se relevante o enfoque de gênero no contexto do trabalho industrial, com o intuito de verificar em que medida esta multiplicidade de papéis inerentes à condição feminina se reflete em seu estilo de vida, capacidade para o trabalho e na sua composição corporal.

Atuando como médica do trabalho junto à indústria frigorífica, a autora pretende ampliar seus conhecimentos concernentes à população feminina objeto de seu trabalho cotidiano.

Desta forma este estudo parte do pressuposto de que o estilo de vida possa influenciar diretamente a capacidade para ao trabalho e a composição corporal, visto que estas três variáveis interagem entre si.

#### **1.4 Objetivo Geral**

Avaliar o EV de um grupo de trabalhadoras da indústria frigorífica e sua correlação com o ICT e com a composição corporal.

### **1.5 Objetivos Específicos**

- Identificar o perfil sócio-econômico da amostra;
- Identificar o EV adotado pelas trabalhadoras da indústria frigorífica;
- Identificar o ICT das trabalhadoras da indústria frigorífica;
- Verificar a composição corporal (IMC) das trabalhadoras da indústria frigorífica;
- Correlacionar o EV com o ICT e com o IMC.

### **1.6 Delimitação do Trabalho**

O presente estudo limita-se a uma amostra de indivíduos do gênero feminino, que trabalham em uma indústria frigorífica situada na região Oeste do Paraná. As mulheres avaliadas serão as que comparecerem ao Serviço de Saúde Ocupacional da empresa para a realização de exame médico periódico, que é previamente estabelecido de acordo com as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho. A avaliação será focada no estilo de vida, índice de capacidade para o trabalho e na composição corporal destas empregadas, fundamentando-se nos achados da literatura e na experiência prática do dia a dia da autora.

## 1.7 Estrutura do Trabalho

Esta dissertação é composta por cinco capítulos, estruturados de modo a discutir, no contexto da multiplicidade de papéis femininos na sociedade, o modo como o Estilo de Vida se relaciona com o Índice de Capacidade para o Trabalho e com a composição corporal dentre mulheres trabalhadoras da indústria.

A Introdução consiste na apresentação da problemática objeto da dissertação, sua importância, justificativa, objetivo geral e objetivos específicos, bem como a delimitação do trabalho, constituindo o capítulo um.

O Capítulo dois apresenta quatro partes: num primeiro momento são apresentados breves aspectos históricos e considerações referentes ao trabalho feminino. Num segundo momento, discorre-se a respeito do estilo de vida, posteriormente a respeito da capacidade para o trabalho e então sobre composição corporal.

O Capítulo três aborda o modelo de estudo, a população e amostra, os instrumentos utilizados bem como sua classificação e interpretação, o modo de realização da coleta de dados e de análise dos dados.

O Capítulo quatro discorre primeiramente a respeito das características da amostra estudada, comparando-as com achados da literatura; depois a respeito do estilo de vida, em que se analisam os escores obtidos com a aplicação do questionário “Fantastic Lifestyle” de acordo com a faixa etária, com a renda mensal individual e com o estado civil. Em seguida abordam-se os resultados obtidos com a aplicação do Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho, relacionando-os com a faixa etária, renda mensal individual e com o estado civil. Do mesmo modo, foram relacionados os dados de composição corporal através do Índice de Massa Corporal com a faixa etária, renda mensal individual e com o estado civil.

Posteriormente são analisadas estatisticamente as possibilidades de significância entre Estilo de Vida, Índice de Capacidade para o Trabalho e Índice de Massa Corporal.

O Capítulo cinco apresenta as conclusões obtidas, relacionando-as com os objetivos do estudo, bem como as limitações e sugestões para futuras pesquisas.

## **CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Trabalho Feminino**

A sociedade ocidental pode ser denominada de sociedade de consumo ou mesmo de sociedade do trabalho industrial, pois é baseada no trinômio trabalho-produção-consumo. Assim, uma parcela da sociedade situa-se no lado do trabalho (os economicamente ativos), toda a sociedade no lado do consumo (no qual mercado e sociedade se confundem, mantidos pelos economicamente ativos) e a produção é o elo que une o trabalho e o consumo (Bell,1977).

O cenário mundial atual é fruto de múltiplas mudanças que vem ocorrendo ao longo dos séculos. Neste sentido, dentre diversos grupos humanos, se estabeleceu a tendência de limitar o trabalho das mulheres ao contexto doméstico e familiar, incluindo os cuidados com a habitação e a prole e a participação na obtenção de alimentos através do cultivo de plantas e da criação de animais; todos os esforços tinham por objetivo garantir a subsistência e a descendência.

Até o final do século XIX, a agricultura era a atividade produtiva dominante, e no Brasil, um país-colônia por mais de três séculos, em que a de mão-de-obra escrava foi utilizada por longos períodos, há que se destacar o trabalho escravo realizado pelas mulheres de ascendência africana nas fazendas e posteriormente, realizado pelas imigrantes européias e asiáticas.

A inserção das mulheres no mercado de trabalho formal ocorreu por ocasião da industrialização no final do século XIX, onde mulheres e crianças eram submetidas a condições de trabalho longo, penoso e perigoso. Os riscos presentes no ambiente de trabalho

produziam graves danos à saúde. Neste cenário era dada preferência a mulheres e crianças para ocupar os postos de trabalho, tendo em vista que era possível lhes serem pagos salários mais baixos (HUNTER *apud* MENDES, 1995). As organizações preocupavam-se prioritariamente com as regras de produção e estrutura operacional em detrimento do bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores.

Mudanças sócio-demográficas ocorridas em algumas décadas resultaram na inversão da proporção da população rural em população urbana. Este fenômeno contribuiu para desencadear a transformação das mulheres em cidadãs, progressivamente ao longo do século XX, especialmente a partir da década de 30, e mais intensamente após a II Guerra Mundial. Inicialmente restritas a profissões consideradas femininas tais como professora, enfermeira ou secretária, gradualmente as mulheres foram vencendo as barreiras culturais e conquistando diferentes campos de atuação profissional.

No mercado de trabalho, transformações sucessivas possibilitaram a intensificação da participação feminina na força de trabalho, o que se reflete através do crescimento de sua participação na população economicamente ativa: em 1976 era de 29% e em 2002 chegou a 43%. A participação feminina, no mercado formal de trabalho, apresentou crescimento lento mas constante; enquanto em 1985, 32,4% dos empregos formais eram femininos, em 1992, totalizavam 35,9% e em 2002 atingiram o total de 39,7%. Neste cenário, o engajamento feminino ocorre preferentemente na área de Administração e Serviços (serviços médicos, odontológicos, veterinários e de ensino), no Comércio (varejista) e na Indústria (têxtil, calçados, elétrica, eletrônica, de comunicação, alimentos e bebidas).

Quanto à indústria, os homens têm ocupado maior número de empregos que as mulheres, assim, em 2002, 76% dos empregos na indústria brasileira eram ocupados por homens e especificamente no caso das indústrias de alimentação, 72,9% dos empregos eram ocupados pelos mesmos. A despeito disso, a mão de obra feminina tem apresentado índices de emprego

mais elevados nos estabelecimentos industriais de maior porte; em 2002, 40% dos empregos femininos estavam concentrados em estabelecimentos com 500 empregados ou mais (Fundação Carlos Chagas, 2004).

Entretanto, grande parte do trabalho realizado pelas mulheres, em todas as sociedades, é invisível, desvalorizado e nem sequer considerado como atividade econômica: os afazeres domésticos são classificados como inatividade econômica. Entretanto, grande parte das trabalhadoras se encontra inserida no trabalho doméstico, domiciliar e em atividades não remuneradas.

Apesar do fato de as mulheres representarem a maioria dentre os indivíduos inseridos no mercado de trabalho informal e precário, as mesmas têm encontrado maiores dificuldades para ascender profissionalmente, recebem remuneração inferior aos colegas mesmo quando apresentam maior escolaridade ou trabalham igual número de horas e encontram possibilidade de trabalho em uma variedade menor de ocupações (Fundação Carlos Chagas, 2004).

Conforme Lepargneur (1999), a despeito do fato de que as mulheres representam cerca da metade da população mundial, as mesmas ocupam um terço dos postos oficiais de trabalho no mundo e recebem pouco mais que 10% da renda mundial, possuindo a décima parte dos bens. No Brasil, dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2000) indicam que em 1998 a remuneração feminina teve equivalência de 64,3% em relação à remuneração masculina.

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano da Organização das Nações Unidas (ONU,1995) as mulheres são responsáveis por 53% do trabalho total - remunerado e não remunerado - nos países em desenvolvimento e 51% nos países industrializados, sendo que cerca de dois terços do trabalho feminino consistem em atividades não remuneradas e a carga horária diária do trabalho da mulher é em média 13% superior a dos homens.

Joffe (1985) considera que dentre as mulheres que exercem uma atividade remunerada existem dois grupos: aquelas que têm uma carreira profissional e então trabalham com a finalidade de realização pessoal e aquelas socialmente desfavorecidas, que trabalham devido às pressões financeiras.

Segundo Souza-Lobo (1991), o papel do gênero é definido como determinante cultural e concomitantemente produto das relações sociais; já Brito & Oliveira (1997) ressaltam que as dificuldades encontradas pelas mulheres ainda permanecem sob a forma de discriminação e exclusão, ao que poderíamos acrescentar também o desemprego, subemprego e precariedade do trabalho.

Há que se destacar que especialmente na última década os fenômenos de globalização, crises econômicas mundiais, reestruturação das organizações e programas de qualidade causaram uma substancial revolução no mundo do trabalho, que passou a exigir trabalhadores mais instruídos, qualificados, competitivos, criativos e adaptáveis às frequentes modificações do trabalho, resultando numa alteração acentuada no modo de vida individual, familiar e social. Assim sendo, Gomes & Tanaka (2003) afirmam que permanecem no posto de trabalho remunerado os indivíduos mais ágeis, saudáveis, jovens e com tempo para dedicar-se prioritariamente ao trabalho.

Entretanto, as diferenças biológicas peculiares às mulheres e seu papel na vida familiar fazem com que as mesmas enfrentem dificuldades distintas dos homens em sua vida pessoal e profissional.

Para Blanco & Feldman (2002), o envolvimento das mulheres no mercado de trabalho não tem modificado a carga familiar em termos de responsabilidade, manejo, administração e execução das tarefas domiciliares.

As responsabilidades do lar são consideradas de modo diverso na literatura, enquanto Almeida et al (1993) expressa o conceito de que consistem no trabalho em tarefas próprias da

casa tais como preparar os alimentos, a limpeza e a manutenção do lar, outros pesquisadores como Baruch & Barnett (1986) incluem o cuidado com as crianças como responsabilidades com o lar. De todo modo, a mulher trabalhadora se submete a uma superposição de responsabilidades ao mesmo tempo em que não tem ocorrido uma distribuição mais balanceada de tarefas entre os gêneros.

O fato de que as mulheres se encontram envolvidas com uma carga de trabalho importante fora da empresa é um fenômeno essencialmente sociológico. Conforme Brito (2000) as mulheres realizam grande quantidade de trabalho não remunerado, incluindo não apenas o trabalho doméstico mas também os cuidados com a família, tais como crianças, idosos e enfermos, que demandam muito tempo e englobam sobremaneira demandas emocionais. Wisner (1987) destaca que culturalmente é normal que as mulheres se ocupem dos cuidados de limpeza, das crianças, dos doentes, dos velhos, em nome de uma imagem social tradicional; é menos “normal” que as mulheres assegurem uma parte importante da produção de massa secundária ou terciária, em condições às vezes muito pesadas de carga mental.

Pesquisas no campo da psicologia enfatizam a importância das requisições de papéis sociais para dar sentido à vida, uma vez que as identidades são sustentadas através dos relacionamentos de papéis; sob este prisma, quanto maior número de papéis o indivíduo ocupar, maior será sua segurança existencial e seu bem estar psicológico. Assim, Verbrugge (1983) salienta que a atuação em múltiplos papéis beneficia tanto a saúde física quanto mental. Porém, Goode (1960) entende que indivíduos envolvidos em diversos papéis sociais deparam-se com muitos estressores, o que causaria prejuízo ao bem-estar psicológico.

Estudos de Aneshensel (1986), Bartley *et all* (1992) e Kandel *et all* (1985) indicam que o trabalho remunerado tem um efeito positivo na saúde mental, o que seria explicado pelo fato de que protege as mulheres do isolamento social, da monotonia e do baixo status do trabalho doméstico. Por outro lado, Bartley *et all* (1992) e Power *et all* (1991) reconhecem que o

trabalho remunerado causa conflito e sobrecarga de papéis devido às demandas simultâneas da atividade remunerada, do trabalho doméstico, do marido e dos filhos, resultando em fadiga, estresse e sintomas psíquicos.

Rohffs *et all* (1997), em estudo realizado na Espanha detectaram que as donas de casa apresentavam a percepção de um nível mais pobre de sua saúde em relação às mulheres que exerciam trabalho remunerado. Contrariamente, no Brasil, Gomes & Tanaka (2003) detectaram que as mulheres que exerciam trabalho remunerado referiam mais queixas tanto de morbidades agudas quanto crônicas que as donas de casa, mas a procura por atendimento médico foi maior entre as donas de casa. Também no Brasil, Santana, Loomis & Newman (2001) encontraram resultados diferentes dos achados de literatura em que as mulheres empregadas têm saúde mental melhor que as donas de casa.

Com efeito, Rosenfield (1980) afirma que as mulheres casadas que trabalham são mais saudáveis em relação às que não possuem um trabalho remunerado e que as mulheres só apresentam um índice mais elevado de depressão quando desempenham papéis sociais tradicionais. Estudo realizado por Feldman *et all* (1995) *apud* Blanco & Feldman (2000) evidenciou que a maior sobrecarga nas tarefas domésticas, interferência da multiplicidade de papéis entre si e a percepção de um menor controle relacionam-se com maior número de sintomas associados tanto com problemas de saúde física como mental.

O trabalho remunerado é capaz de aumentar o controle percebido ou poder de decisão, pois desenvolve uma maior capacidade de lidar com situações novas e complexas, além de aumentar o acesso às fontes financeiras e sociais. Esta capacidade se estende por outras esferas da vida, permitindo que diante das dificuldades cotidianas o indivíduo utilize técnicas de enfrentamento adequadas e encontre soluções para as situações difíceis. Conforme diversos autores tais como Amatea & Fong (1991), Barnett & Marshall (1992), Barnett *et all* (1992),

Bullers (1994) e Mirowsky & Ross (1989), é o controle percebido que serve de mediador entre os diferentes papéis desempenhados e implica em benefícios para a saúde.

Outrossim, Rosenfield (1980) e Verbrugge (1983) assinalam que o trabalho remunerado é o maior responsável pelos benefícios proporcionados à saúde, uma vez que os papéis não tradicionais implicam em um considerável ganho de poder, o que torna possível os sentimentos de independência, controle e auto-estima positiva, todos elementos essenciais à boa saúde.

Destacam-se dentre os fatores relacionados às decisões das mulheres em entrar ou permanecer no mercado de trabalho, a necessidade de prover ou complementar o sustento do lar, a sua posição no grupo familiar – cônjuge, chefe de família, filha -, ciclo de vida em que se encontra e a presença ou não de filhos. Neste sentido, a presença de crianças pequenas consiste num fator limitador da atividade feminina, contudo, a presença de serviços públicos de atendimento às crianças sob a forma de creches, escolas e atendimento à saúde em muito podem contribuir para a permanência das mulheres no mercado de trabalho. Com efeito, em 2002, a taxa de atividade de mulheres com filhos de idade até 2 anos foi de 51,9%, apenas um pouco menor que a taxa total de atividade de mulheres com filhos (54%); já as mulheres com filhos maiores de 7 anos de idade apresentaram taxa de atividade de 69,1%, ou seja, podem se dedicar mais ao trabalho quando as crianças iniciam a vida escolar.

De acordo com a Fundação Carlos Chagas (2004), os efeitos da maternidade na vida profissional das mulheres, até a década de 70 eram nitidamente evidenciados pela diminuição das taxas de atividade a partir da idade de 25 anos, quando presumivelmente, os filhos eram pequenos. Contudo, tem havido reversão desta tendência a partir da década de 80, uma vez que as taxas de ocupação das mulheres em geral passaram a se assemelhar e até a superar àquelas das mulheres de idade entre 20 e 24 anos, indicando que a atividade produtiva fora do

lar tornou-se tão importante para as mulheres quanto a maternidade e os cuidados com os filhos.

Ainda conforme a Fundação Carlos Chagas (2004), no que tange à permanência no mercado de trabalho, tem sido cada vez mais longa: enquanto em 1970 a taxa de ocupação das mulheres da faixa etária de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos era de 19% e 15% respectivamente, em 2002 as taxas das mesmas faixas etárias eram respectivamente 66,7% e 50%.

Notadamente dentre as operárias supõem-se que o trabalho doméstico consiste numa necessidade cotidiana, alongando o tempo de trabalho e dificultando a disponibilidade para o lazer e o repouso, com repercussões inclusive sobre o tempo de sono, o qual é de extrema importância para a saúde física e mental. Há que se considerar que as situações de demanda de trabalho sem períodos de descanso levam à permanência de níveis constantes dos hormônios de adaptação, o que resulta em alteração das fases do sono e da profundidade do descanso noturno (VALLS-LLOBET, 1997).

Neste aspecto, estudo de Guilbert *apud* Wisner (1987), realizado na França, evidenciou que as mulheres chegam a ter atividade doméstica de 3 a 4 horas diárias. Na Suécia as mulheres que trabalham em período integral apresentam uma média de 78 horas de trabalho durante a semana, incluindo o trabalho doméstico, enquanto que a média para os homens é de 68 horas por semana, sendo que a distribuição do trabalho na vida familiar permanece desigual, geralmente sendo a mulher quem faz as tarefas domésticas (LAGERLOF *apud* KILBOM, 1997). Pesquisas de Laville, Wisner e Richard (*apud* WISNER, 1987), em nove empresas eletrônicas francesas, revelaram que as mulheres empregadas tinham jornada de trabalho de doze horas e trinta minutos, considerando-se a carga-horária de trabalho, de refeição na empresa, de transporte e de trabalho em casa.

No Brasil, dados da Fundação Carlos Chagas (2004), indicam que os homens ocupam-se de afazeres domésticos em média 10,6 horas por semana, enquanto as mulheres dedicam 27,2

horas semanais. Contudo, quando se pesquisou o número de horas mais freqüentemente dedicado a estas tarefas, encontrou-se 7 horas semanais dentre os homens e 20 horas semanais dentre as mulheres.

Durante o ano de 2003, o Departamento do Trabalho dos Estados Unidos conduziu um estudo denominado “American Time Use” com o objetivo de estimar como os indivíduos utilizam um de seus recursos mais críticos: seu tempo. Foram entrevistadas 21.000 pessoas, evidenciando-se que 78% das mulheres adultas são assalariadas, bem como 85% dos homens, sendo que estes habitualmente dedicam aproximadamente 1 hora ao dia a mais ao trabalho, entretanto, este dado pode estar refletindo em parte a preferência feminina por empregos de meio período. Dois terços de todas as mulheres afirmaram preparar refeições e executar trabalhos domésticos, enquanto que 19% dos homens declararam realizar trabalhos domésticos. Quanto ao tempo médio dedicado aos afazeres domésticos, foi de uma hora e vinte minutos entre as mulheres e 45 minutos entre os homens. Entretanto, dentre as mulheres que executam trabalhos domésticos diariamente, o tempo médio dispendido foi de quase três horas.

Concernente às mulheres inseridas no mercado de trabalho, evidenciou-se que estas dedicam em média uma hora diária a mais que os homens às tarefas domésticas e aos cuidados com os filhos. Quanto ao tempo de repouso, em relação às mulheres que de dedicam exclusivamente ao lar, as mulheres trabalhadoras dormem uma hora a menos.

Quanto ao tempo de lazer, incluindo assistir televisão, visitar amigos, freqüentar eventos sociais e praticar atividades físicas, em geral os homens dispendem 5,4 horas diárias e as mulheres 4,8 horas diárias. Entretanto, mulheres trabalhadoras que têm filhos menores de 6 anos de idade dispendem 3,3 horas diárias ao lazer enquanto que aquelas que não têm filhos dispendem 4,2 horas ao dia (UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR, 2004).

No Brasil, as pesquisas de Cavalcante (2003) a respeito do trabalho e condições de saúde de 309 mulheres de uma comunidade de baixa renda no interior do Estado de São Paulo evidenciaram que a totalidade das mulheres executava trabalhos domésticos, 56,3% exerciam algum trabalho remunerado (formal ou informal), 84,1% tinham filhos, o que foi considerado neste estudo como trabalho reprodutivo. Deste modo, 31,4% estavam envolvidas em tripla carga de trabalho (trabalho doméstico, trabalho remunerado e trabalho reprodutivo); 23,6% com dupla carga (trabalho doméstico e trabalho remunerado, sem filhos); 37,2% com dupla carga (trabalho doméstico e reprodutivo) e 12,3% carga única (somente trabalho doméstico). Considerando que a organização do tempo é transformada em fases de trabalho e em fases de descanso para respeitar as necessidades da economia psicossomática, proteger o organismo contra uma sobrecarga comportamental e possibilitar ao sujeito meios de canalizar suas pulsões durante o trabalho, a livre organização do trabalho torna-se uma peça essencial do equilíbrio psicossomático e da satisfação. Para haver este equilíbrio, Dejours (1992) afirma que:

Deve-se levar em consideração três componentes da relação homem-organização do trabalho: a fadiga, que faz com que o aparelho mental perca a sua versatilidade; o sistema frustração-agressividade reativo, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional; a organização do trabalho, como correia de transmissão de uma vontade externa, que se opõe aos investimentos das pulsões e às sublimações. O defeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas (DEJOURS, 1992, p. 122).

O modo de viver e de adoecer está intimamente relacionado com o trabalho e com a personalidade do indivíduo, assim, quanto maior a rigidez da organização do trabalho maior o impacto sobre o psiquismo. Sendo que uma das maiores causas da doença somática é o bloqueio contínuo que a organização do trabalho, especialmente o sistema taylorista, pode provocar no funcionamento mental (DEJOURS, 1992).

Há que se considerar que tanto nos países centrais quanto nos periféricos os métodos e técnicas tayloristas são aplicados majoritariamente às mulheres, ao passo que a gestão taylorista é predominante nas fábricas em que é grande o número de operárias (BRITO, 2000). Segundo dados da *Direction de l'Animation, de la Recherche des Études et des Statistiques- DARES*-(1993), na França, o trabalho das mulheres nas indústrias caracteriza-se pela repetitividade, monotonia e ritmo intenso.

De acordo com Edginton *et all* (1995) a “Era Industrial” implicou em mudanças na relação tempo de trabalho-tempo livre: enquanto o trabalho tornou-se tedioso, cansativo e repetitivo, o tempo livre passou a ser utilizado na realização de atividades com o objetivo de compensar a insatisfação com o trabalho bem como para a manutenção dos cuidados pessoais e com a família.

Não obstante, a “Era da Informação”, que teve lugar notadamente a partir de 1970 (CASTELLS, 1999) com a introdução dos computadores e novas tecnologias, resultou numa diminuição das demandas físicas no trabalho e numa redução das oportunidades de interação social e aumento de oportunidades de interação eletrônica, alterando o modo de vida das pessoas, com predomínio de atividades sedentárias em detrimento da atividade física. Na atualidade, pode-se considerar que existe a concomitância da “Era da Informação” e da “Era do Estilo de Vida”, pois as principais causas de morbidade e mortalidade estão intrinsecamente relacionadas ao modo como os indivíduos vivem (BLAIR, 1993; BOUCHARD *et all*,1994).

Há que se destacar que da mesma forma que as condições de vida familiar, transporte e moradia têm conseqüências no trabalho, a vida profissional também se reflete na vida fora do trabalho (FIALHO & CRUZ,1999).

Condições menos favoráveis de trabalho, responsabilidades familiares traduzidas pela dupla jornada de trabalho e escasso tempo de lazer podem resultar em estresse psicológico e em

deterioração da saúde das mulheres, resultando em repercussões em seu estilo de vida, em sua capacidade para o trabalho e em sua composição corporal.

## **2.2 Estilo de Vida**

A Organização Mundial de Saúde ressalta que o estilo de vida do indivíduo pode ter profundo efeito sobre a sua saúde e de outras pessoas, partindo da definição de que o estilo de vida consiste num modo de vida fundamentado em padrões de comportamentos os quais são determinados pela interação entre características pessoais específicas, interações sociais e condições socioeconômicas e ambientais (WHO, 1998).

Neste aspecto, há que se considerar que as sociedades urbanas e industrializadas geram mudanças no modo de viver da coletividade, e portanto, também em seu estilo de vida, notadamente: vida mais sedentária, excesso de peso, alimentação constituída predominantemente por alimentos industrializados (refinados, hiper-calóricos e com pouca qualidade nutricional), poluição e contaminação ambiental; maior competitividade e necessidade de atualização devido a um crescente número de informações do meio, maior envolvimento social e maior exposição à violência (PEGADO, 1990).

Ao mesmo tempo em que a evolução científica e tecnológica tem possibilitado aos homens maior controle de doenças infecto-contagiosas, que deixaram de ser as principais causas de morbidade e mortalidade na maioria dos países, as doenças crônico-degenerativas tornaram-se, tanto nos países desenvolvidos como no Brasil, as maiores causas de mortalidade entre adultos. Assim como Bouchard *et all* (1990) destacam que o modo de vida afeta a saúde do ser humano através do sistema biológico, fisiológico, imunológico e anatômico, Xavier

(1997) assinala que mudanças no estilo de vida são efetivas na prevenção, controle ou reabilitação das doenças crônico-degenerativas.

Conforme Gyarfás (1992), as seguintes doenças são consideradas crônico-degenerativas: a Doença Coronariana Aterosclerótica (DCA), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Câncer (Ca), o Diabetes Mellitus (DM) e as Doenças Bronco Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DBPOC).

Além destas, conforme Pegado (1990), relacionam-se ao estilo de vida distúrbios psíquicos (ansiedade, depressão, neurose), distúrbios osteo-articulares (artrites, artroses, hérnia de disco), doenças nutricionais (obesidade, bulimia, anorexia), dislipidemias e doenças psicossomáticas (gastrites, úlceras, dermatites).

Pesquisas de Majid *et all* (2002) revelaram que tanto nos países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, as maiores causas de doença são atribuídas ao álcool, tabaco, elevados níveis de pressão arterial e níveis elevados de colesterol, ou seja todos fatores relacionados ao estilo de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), o estilo de vida pode ser influenciado negativamente por fatores tais como: o sedentarismo, o tabagismo e a alimentação inadequada, os quais são responsáveis por mais de 50% do risco total de desenvolver algum tipo de doença crônica, mostrando-se mais decisivos nessa relação causal que a combinação de fatores genéticos e ambientais.

Um dos achados da literatura epidemiológica internacional é a associação inversa entre saúde e longevidade e estilo de vida inadequado (SEITSAMO & ILMARINEN,1997). Assim, também Silva & Marchi (1997) destacam que a saúde é fortemente influenciada pelo estilo de vida e que a maioria dos indivíduos nasce saudável, entretanto, mais de 50% perde a vida antes dos 65 anos de idade devido a fatores ligados a um estilo de vida inapropriado.

Para Seitsamo & Ilmarinen (1997) um estilo de vida saudável significa evitar riscos desnecessários tais como: pouca atividade física, abuso de álcool e outras substâncias, aumento da pressão arterial, aumento dos níveis de colesterol, obesidade e tabagismo. Estes fatores podem influenciar no aparecimento de doenças sendo por isso denominados fatores de risco; como são determinados pelo estilo de vida e podem ser modificados são considerados fatores de risco modificáveis e constituem a chave para os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Desta forma, ter um estilo de vida saudável compreende padrões de comportamento saudáveis, valores e atitudes adaptados por grupos de pessoas em resposta ao seu meio social, cultural e econômico (ABEL, 1991). Conforme a OMS não há um estilo de vida “ótimo” para ser prescrito a todas as pessoas, uma vez que a cultura, o rendimento, a estrutura familiar, o meio doméstico e de trabalho fazem com que os indivíduos adotem certos modos e condições de vida nem sempre apropriados para atingir um estilo de vida saudável (WHO, 1998).

A Carta de Ottawa (WHO,1998) para a promoção da saúde destaca como pré-requisitos para a saúde: a paz, recursos econômicos adequados, alimentação, abrigo, ecossistema estável e com uso sustentável. Ressalta a inextricável ligação entre estes pré-requisitos com as condições sócio-econômicas, com o meio físico e com o estilo de vida e saúde individuais.

Para Rodriguez-Añez (2003), tanto estilos de vida inadequados como aptidão física diminuída são motivos de preocupação no ambiente de trabalho pois afetam a saúde e o bem-estar, resultando em conseqüências para os indivíduos e para as empresas, uma vez que estes trabalhadores podem ser menos produtivos, ter menor capacidade de decisão e estar mais predispostos ao absenteísmo.

Com efeito, Seitsamo & Ilmarinen (1997) realizaram estudos evidenciando que um estilo de vida não saudável está associado ao decréscimo da capacidade para o trabalho.

Os autores Sobrinho & Vieira (1995) expressam o entendimento de que situações geradas, principalmente no ambiente de trabalho, estão continuamente modificando o estilo de vida dos indivíduos colocando-os diante de exigências desconhecidas aumentando o nível de tensão, resultando em diversas alterações psicofisiológicas, uma vez que as defesas individuais, tanto biológicas quanto psicossociais, não acompanham a velocidade com que estas mudanças ocorrem nos ambientes sociais e laborativos.

Há que se considerar que o trabalho em indústrias frigoríficas absorve grandes contingentes de trabalhadores, os quais ficam expostos a baixos gradientes de temperatura, monotonia, repetitividade e vulneráveis a acidentes e doenças ocupacionais (ESTEVES, 2003).

Embora a maioria dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças seja comum a ambos os sexos, o enfoque de gênero é relevante devido às peculiaridades do gênero feminino, dupla jornada de trabalho e estresse decorrente das desvantagens e desigualdades existente na maioria das sociedades atuais (XAVIER, 1997).

Pesquisas de Barros & Nahas (2001) a respeito de comportamentos de risco à saúde realizado com 4.225 trabalhadores da indústria em Santa Catarina, revelaram resultados que indicam que as mulheres estão expostas em maior proporção à forma de risco indireto ou passivo - inatividade física e estresse - enquanto dentre os homens prevalecem formas de riscos diretos ou ativos – fumar e abuso de bebidas alcoólicas.

Gomes & Tanaka (2003) ressaltam que as condutas autodestrutivas como o excesso de consumo de álcool e tabaco, a maior exposição à violência, aos acidentes e riscos ocupacionais têm resultado em conseqüências graves para a saúde dos homens. Já as mulheres têm sofrido problemas relacionados às variações hormonais, à falta de atividade física, conseqüências de múltiplas gestações e sobretudo, fadiga e depressão.

Macran *et all* (1996) e Gomes (1999) assinalam que há diferenças de gênero no padrão de morbidade e mortalidade: enquanto as mulheres têm apresentado maiores taxas de morbidade em relação aos homens, estes têm apresentado maiores taxas de mortalidade.

A abordagem atual da saúde, com destaque ao paradigma de medicina preventiva, tem sido divulgada pela mídia, ampliando o entendimento da população em geral de que a boa saúde é fortemente influenciada pelo estilo de vida.

Concernente ao estilo de vida, ressalta-se que é composto por fatores potencialmente modificáveis e dependentes do próprio indivíduo, portanto hábitos e comportamentos inadequados podem ser substituídos por outros, coerentes e saudáveis. A saúde pode ser promovida através da capacitação dos indivíduos para melhorar seus estilos de vida, neste sentido, ações devem ser dirigidas não somente ao indivíduo, mas também ao meio social e às condições de vida que interagem produzindo padrões de comportamento.

### **2.3 Capacidade para o Trabalho**

Durante os anos de 1981 a 1992, estudos longitudinais realizados na Finlândia para avaliar as perdas de capacidade para o trabalho, medidas de intervenção e promoção da saúde para prevenir perdas e manter a capacidade de trabalho culminaram com a elaboração e validação de um questionário denominado índice de capacidade para o trabalho. De acordo com Tuomi *et all* (1991), o índice de capacidade para o trabalho pode ser definido como: quão bem está, ou estará, um trabalhador presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais. Este índice retrata a avaliação do próprio trabalhador sobre sua capacidade

de trabalho, baseando-se nas respostas a perguntas referentes às demandas físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e capacidades. Tem por finalidade ser um dos instrumentos para acompanhamento da capacidade de trabalho pelos serviços de saúde ocupacional, podendo ser complementado através de testes de desempenho físico e mental e de exames laboratoriais, com o propósito de identificar os trabalhadores que necessitam de maior atenção e apoio destes serviços e mesmo para prever o risco de incapacidade em futuro próximo. Assim sendo, consiste numa relevante ferramenta para a implementação de medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde de uma dada população e monitorar seus resultados. A necessidade de medidas de apoio depende da capacidade funcional, capacidade de trabalho e também das condições de trabalho. Quando se detecta baixa capacidade de trabalho, deve ser realizada uma investigação completa, verificando-se as condições físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, bem como as condições de trabalho, a fim de se propor medidas de melhorias ambientais, de apoio e de reabilitação. Quando a capacidade de trabalho detectada é moderada, esforços devem ser realizados no sentido de aumentar as iniciativas do indivíduo em manter e aumentar a sua capacidade para o trabalho, através de orientações para um estilo de vida saudável, medidas para desenvolver seus conhecimentos profissionais e para aumentar e diversificar suas habilidades ocupacionais.

Inclusive, mesmo quando a capacidade para o trabalho é boa, medidas devem ser tomadas se o estilo de vida do trabalhador representa uma ameaça à sua capacidade para o trabalho (TUOMI, 1997).

Boldori (2002) afirma que a capacidade de trabalho está diretamente ligada ao bem-estar físico e mental do trabalhador e ao modo como ele pode desenvolver sua tarefa da melhor maneira; assinala que esta capacidade não se mantém satisfatória permanentemente ao longo da vida, a menos que os indivíduos procurem influenciar alguns fatores modificáveis relacionados ao estilo de vida, como a atividade física.

Cabe salientar que o gradual envelhecimento das populações de trabalhadores torna ainda mais relevante detectar alterações na saúde e na capacidade para o trabalho com o intuito de evitar o envelhecimento funcional precoce.

O ICT também pode ser utilizado para prever o risco de incapacidade em futuro próximo. Ainda conforme Tuomi *et all* (1997), o decréscimo da capacidade para o trabalho é refletido como sintomas e doenças, enquanto que o declínio da capacidade para o trabalho é refletido pela aposentadoria ou benefício previdenciário por incapacidade, bem como por mortalidade anterior à idade da aposentadoria.

Estudos realizados por Tuomi *et all* (1997) sugerem que o índice de capacidade para o trabalho avalia mais a capacidade física do que a saúde e capacidade mental. Não obstante, os itens físicos do questionário predizem melhor tanto a mortalidade quanto a incapacidade que os itens psicológicos do questionário, o que poderia ser explicado pelo fato de que é mais difícil melhorar a capacidade física para o trabalho que a capacidade mental e social.

A capacidade funcional máxima dos indivíduos acima de 45 anos de idade se deteriora em aproximadamente 1,5% ao ano (TUOMI *et all*, 1997). Conforme Polit (1997), o processo de envelhecimento do organismo humano resulta num decréscimo da eficiência dos sistemas circulatório e respiratório, levando a uma menor utilização de oxigênio pelos tecidos, resultando em diminuição da capacidade física. Além disso, a capacidade física das mulheres tende a ser 30% mais baixa em relação aos homens, entretanto, o declínio do consumo de oxigênio ocorre de modo mais lento no sexo feminino.

Hopsu & Sogaard (1997) enfatizam que a capacidade aeróbica traduz a habilidade do organismo em se adaptar ao esforço físico, começando a declinar em cerca de 1% ao ano para os homens a partir de 20 a 25 anos de idade e para as mulheres a partir dos 30 a 35 anos de idade. Também a capacidade para exigências de desempenho mental como percepção seletiva

e processamento rápido de informações começam a ter prejuízo. Entretanto, Campanelli (1990) salienta que esse fenômeno pode ser compensado pelo conhecimento e experiência.

Há também que se ressaltar que os trabalhadores de maior idade são mais capazes que os jovens de trabalhar independentemente, costumam ser leais ao seu empregador e dificilmente se ausentam do trabalho (WHO, 1993; THOMPSON, 1990).

Para Kilbom (1997), existem diferenças de gênero no que concerne às capacidades biológicas e psicológicas, mas na maioria dos casos não se sabe em que medida estas diferenças são genéticas ou adquiridas uma vez que significativas diferenças nas condições de vida e nas características individuais bem como condições sociais e normas culturais contribuem para tais diferenças de gênero.

Pesquisas de Tuomi *et all* (1997) envolvendo servidores municipais finlandeses evidenciaram que tanto a melhora quanto o declínio da capacidade para o trabalho foram associadas mais intensamente com mudanças no trabalho e no estilo de vida. Salientou-se que a melhora da capacidade para o trabalho foi relacionada com melhora das atitudes do supervisor, diminuição dos movimentos repetitivos no trabalho e aumento da quantidade de exercícios físicos vigorosos no lazer, enquanto que a deterioração esteve associada à diminuição do reconhecimento e estima no trabalho, piora das condições do local de trabalho, aumento da duração do trabalho e diminuição dos exercícios físicos vigorosos no lazer. Dentre as mulheres, o declínio da capacidade para o trabalho relacionou-se com o aumento do trabalho muscular e, especialmente na faixa etária de 44 a 46 anos de idade, ao aumento da incerteza em sua função também se relacionou com diminuição da capacidade para o trabalho.

A diminuição da possibilidade de desenvolver-se e de exercer influência mostrou-se associada com o declínio da capacidade para o trabalho entre pessoas que executam trabalho misto - físico e mental - com idade entre 47 a 51 anos e entre as mulheres.

Dentre os homens e trabalhadores que exercem predominantemente trabalho mental, os problemas com temperaturas desconfortáveis mostraram-se preditivos do declínio da capacidade para o trabalho e a diminuição da satisfação com instrumentos de trabalho e do local de trabalho relacionaram-se com a diminuição da capacidade para o trabalho.

Evidenciou-se que a associação mais forte com o declínio da capacidade para o trabalho, para ambos os sexos, foi diminuição do reconhecimento e estima no trabalho, neste sentido, os autores salientam que as relações sociais no trabalho podem tanto promover como prejudicar a capacidade de trabalho dos indivíduos.

Outro estudo de Tuomi *et all* (1991), evidenciou que bons índices de capacidade para o trabalho relacionam-se com satisfação com a vida, educação básica satisfatória, postura de trabalho sentada e atividade física durante o tempo de lazer.

No Brasil, estudo de Wainstein (2000) a respeito de mulheres telejornalistas, em que se verificou a capacidade para o trabalho através do ICT, o valor médio obtido foi de 37,39, que representa bom nível de capacidade para o trabalho.

Pesquisas de Metzner & Fischer (2001), dentre trabalhadores da indústria, evidenciaram que o ICT tende a diminuir na medida em que aumenta o tempo na função, enquanto que estudos de Boldori (2002), indicaram declínio do ICT com o envelhecimento dentre bombeiros militares do Estado de Santa Catarina.

Estudos realizados por Bellusci & Fischer (1999) com trabalhadores do Tribunal Regional Federal de São Paulo constataram que 61,1% dos trabalhadores pesquisados necessitavam que sua capacidade para o trabalho fosse restaurada, sendo que as mulheres com cargos de auxiliares de serviços diversos apresentaram maiores chances de ter ICT baixo ou moderado.

Seitsamo & Ilmarinen (1997) salientam que o mais importante fator associado com satisfação na vida dentre os trabalhadores ativos foi manter a capacidade para o trabalho; sendo que

quando a capacidade para o trabalho diminui, também diminui a satisfação com a vida.

## **2.4 Composição Corporal**

O método considerado ideal para determinar a composição corporal é a pesagem hidrostática, entretanto, o fato de ser um método indireto, pouco disponível e a demora em aplicá-lo dificultam sua utilização.

Outros métodos indiretos tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea, ultra-sonografia e impedância elétrica requerem muito tempo para uma única determinação, equipamentos de alto custo e necessidade de técnicos especializados para operá-los, o que também limita sua utilização (PETROSKI, 1999).

Contudo, conforme Silva & Petroski (1999), para analisar a composição corporal podem ser utilizadas medidas antropométricas, relacionando-as umas com as outras, mediante a determinação de índices corporais ou através do uso de técnicas de regressão estatística. Devido à facilidade de obtenção das medidas e de cálculo, freqüentemente utiliza-se o índice de massa corporal (IMC). Este índice, também denominado índice de Quetelet em referência ao cientista Quetelet, que o descreveu em 1871, e é considerado o pai da Antropometria Científica, consiste na relação da massa corporal e a estatura ( $IMC = \frac{\text{massa corporal (kg)}}{\text{estatura}^2 (\text{m}^2)}$ ). Tem o objetivo de classificar o estado nutricional do indivíduo em: abaixo do peso, peso ideal, sobrepeso e obesidade (MARTINS & WALTORTT, 1999). Este índice tem sido utilizado mundialmente para classificar o estado nutricional dos indivíduos e relaciona-se com padrões epidemiológicos de morbidade e mortalidade (ANJOS, 1992).

Conforme Alvarez & Pavan (1999), massa corporal pode ser definida como medida antropométrica que expressa a dimensão da massa ou volume corporal, é, portanto, a somatória da massa orgânica e inorgânica existente nas células, tecidos de sustentação, órgãos, músculos, ossos, gorduras, água e vísceras.

Embora o IMC se constitua numa medida da massa corporal que não leva em conta a massa gorda e massa livre de gordura, a facilidade em se obter o seu cálculo e a comprovada associação com a morbidade e mortalidade justifica a sua utilização como indicador do estado nutricional de adultos em estudos epidemiológicos (ANJOS, 1992).

Estudo desenvolvido pela Sociedade Americana de Câncer a respeito da relação entre índice de massa corporal e risco relativo de morte evidenciou que a taxa de mortalidade mínima ocorre dentre os indivíduos com IMC entre 20 e 25 kg / m<sup>2</sup>, enquanto que em indivíduos com sobrepeso demonstrou-se elevado risco de morte por doenças metabólicas e crônico-degenerativas e dentre indivíduos com baixo peso corporal elevado risco relativo de morte por alguns cânceres e enfermidades digestivas e respiratórias (GUEDES & GUEDES, 1998).

Quanto aos padrões de saúde e beleza, variam conforme a época em decorrência de valores científicos e culturais da sociedade. Enquanto na Idade Média e Renascimento o padrão estético feminino consistia em formas arredondadas, relacionadas com ideais de fertilidade e sensualidade, a partir da segunda metade do século XX intensificou-se o modelo de um corpo magro e atlético, culminando nos anos 90 com um verdadeiro padrão anoréxico, difundidos por modelos elevadas à categoria de ícones universais, freqüentemente exibindo índices de massa corporal baixíssimos. Milhares de mulheres em todo o mundo, sobretudo as jovens, buscam corresponder a este padrão estético e, insatisfeitas com seu peso e forma corporal, adotam medidas extremas para perder peso, sem levar em conta os prejuízos para a saúde e contribuindo para elevar a incidência de transtornos alimentares. Estudos em diversos países demonstram verdadeiras epidemias de obesidade e paradoxalmente incremento de transtornos

alimentares como bulimia e anorexia nervosa, sendo que tanto a obesidade quanto os transtornos alimentares representam riscos severos à saúde (GRADISKI *et all*, 2001).

A prevalência da obesidade tem aumentado do modo significativo nas últimas décadas tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, atingindo proporções epidêmicas, acometendo todas as idades e grupos socioeconômicos. Mais de um bilhão de adultos apresentam sobrepeso e pelo menos trezentos milhões destes são clinicamente obesos (WHO, 2003b).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (1989) referentes à Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição indicam que a prevalência de obesidade ( $IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$ ) entre a população adulta é de 8%, sendo que destes, 70% são mulheres. Esta mesma pesquisa revelou que 27 milhões de indivíduos apresentam sobrepeso ou obesidade ( $IMC \geq 25,0 \text{kg/m}^2$ ), correspondendo a 27% dos homens e a 38% das mulheres.

Este fenômeno é atribuído às mudanças ambientais relacionadas ao estilo de vida e aos hábitos alimentares. Neste sentido, a utilização de alimentos industrializados com alta densidade calórica, pobres em nutrientes mas com elevados níveis de açúcar e gorduras saturadas, bem como o sedentarismo, têm sido apontados como fatores contributivos para a obesidade, definida como distúrbio do metabolismo energético de etiologia multifatorial. Seu desenvolvimento ocorre por associação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais (ESCRIVÃO & TADDEI, 2001).

Rabelo (2001) salienta que a obesidade resulta de um desequilíbrio energético, onde a ingestão calórica supera o gasto energético, levando ao acúmulo desse excesso sob a forma de gordura. Há que se considerar que do ponto de vista evolutivo, o ser humano desenvolveu mecanismos metabólicos para protegê-lo da falta de alimentos e não do excesso. Ser mais eficiente no aproveitamento energético alimentar certamente representou uma vantagem na luta pela sobrevivência, entretanto, paradoxalmente, manter essa eficiência metabólica tornou-

se um fator desfavorável à saúde uma vez que a revolução tecnológica e da agricultura modificaram substancialmente a questão da disponibilidade de alimentos, de modo que os seres humanos têm acesso facilitado aos alimentos.

A prevalência da obesidade é maior nas mulheres do que nos homens em todas as faixas etárias, na maioria dos países. Ao longo da vida há um aumento progressivo da gordura corporal e diminuição da massa magra, em ambos os sexos, entretanto, dentre as mulheres, o climatério e a menopausa parecem desempenhar um papel facilitador para o acúmulo de gordura (MEIRELLES, 2001).

Werutsky (2001) destaca que o padrão de atividade física representa papel fundamental na regulação do peso corporal e das reservas de gordura, sendo o estilo de vida inativo fortemente implicado na etiologia da obesidade. A inatividade física ou comportamento sedentário pode ser definido como “um estado onde o movimento do corpo é mínimo e a energia dispendida se aproxima à taxa metabólica de repouso” (WHO,1997).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), pesquisas a respeito de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis - alcoolismo, obesidade, hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo – evidenciou que o sedentarismo é o que apresenta maior prevalência na população, independentemente do sexo.

Dentre as graves repercussões da obesidade, destaca-se o fato de ser o principal fator determinante de doenças crônicas tais como hipertensão arterial, doença coronariana, diabetes mellitus tipo II e algumas formas de neoplasias – mamas, endométrio, cólon, vesícula, rim e próstata - além de maior risco de morte prematura (WHO, 2003a).

Estudo de Gigante *et all* (1997) realizado em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, revelou prevalência de obesidade entre adultos de 21% e sobrepeso em 40%, sendo que a prevalência de obesidade foi significativamente mais elevada entre mulheres do que em homens (25% e 15% respectivamente). Também evidenciou que a proporção de obesidade

aumenta acentuadamente com a idade, sendo quatro vezes mais elevada após os 40 anos do que no grupo de idade entre 20 e 29 anos e que embora as prevalências de obesidade sejam semelhantes para ambos os sexos até os 40 anos, após esta idade as mulheres passam a apresentar prevalências duas vezes mais elevadas que os homens. Mulheres que tiveram um filho apresentaram risco de obesidade quase duas vezes maior do que as nulíparas, e entre aquelas que tiveram três ou mais filhos este risco chegou a cerca de três vezes. Observou-se associação inversa entre obesidade e escolaridade, confirmando os achados de Hopsu & Sogaard (1997), que realizaram pesquisa dentre zeladoras finlandesas e evidenciaram que aquelas de menor escolaridade apresentavam sobrepeso (IMC superior a 26 kg/m<sup>2</sup>), enquanto que as de maior escolaridade apresentavam IMC dentro dos limites da normalidade (abaixo de 24 kg/m<sup>2</sup>). Estes autores ressaltam que as dimensões corporais influenciam as posturas no trabalho, o esforço, as técnicas de trabalho e mesmo o desenho de ferramentas adequadas; enfatizam que o peso corporal é um importante fator para o esforço cardiovascular e muscular e pode inclusive aumentar o risco de distúrbios músculo-esqueléticos.

Estudo prospectivo de coorte abrangendo 8.833 empregados, realizado por Bultmann *et all* (2002), evidenciou que dentre os homens, estar com sobrepeso e ser fisicamente inativo durante o tempo de lazer relacionam-se intensamente com o com o começo do processo de fadiga, enquanto que dentre as mulheres, estar com baixo peso relaciona-se com aumento do risco de futura fadiga.

Estudo de seguimento abrangente foi realizado por Lahti-Koski *et all* (2002) ao longo de quinze anos, concluindo que tanto em homens quanto em mulheres, a percepção geral da saúde, a atividade física durante o tempo de lazer e o consumo diário de vegetais relacionam-se inversamente com a obesidade.

A associação inversa entre o IMC e a atividade física dentre as mulheres mostrou-se evidente durante todo o tempo do estudo. São apontados como fatores que aumentam as chances de ter

um peso normal: um estilo de vida saudável, abstenção do tabagismo, consumo moderado de bebidas alcoólicas e consumo de alimentos saudáveis.

Estudos de Seitsamo & Ilmarinen (1997) evidenciaram que as dimensões do estilo de vida, capacidade para o trabalho e percepção da saúde estão fortemente associadas e são diretamente proporcionais.

## **CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA**

### **3.1 Modelo de Estudo**

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de levantamento, do tipo descritivo correlacional, sendo que a pesquisa descritiva permite descrever com exatidão os fatos e fenômenos de uma determinada realidade, relacionando-os (TRIVIÑOS, 1987). As características de uma população específica - as mulheres trabalhadoras da indústria frigorífica - foram descritas e vários dados foram analisados considerando-se sua correlação.

### **3.2 População e Amostra**

A região Oeste do Estado do Paraná destaca-se economicamente pela sua atividade agropecuária e por constituir-se num pólo de indústrias frigoríficas em expansão, que emprega grandes contingentes de mão-de-obra feminina.

No presente estudo, a população foi constituída por trabalhadoras de uma empresa de grande porte do ramo frigorífico, especificamente um frigorífico de suínos, em que a população feminina é constituída por 348 mulheres, cuja jornada diária de trabalho é de oito horas e quarenta e oito minutos, durante cinco dias da semana.

A amostra foi composta, de maneira intencional, pelas mulheres que compareceram ao ambulatório do Serviço de Medicina Ocupacional da empresa para realizarem o exame médico periódico, durante o mês de julho de 2003, perfazendo um total de 102 mulheres.

### **3.3 Instrumentos Utilizados**

Neste estudo foi utilizado um questionário para obter os dados pessoais e renda mensal individual e uma ficha para registrar os dados antropométricos, a fim de se obter o IMC. Também foram utilizados dois questionários auto-administráveis para avaliação do estilo de vida e capacidade para o trabalho.

Os dados pessoais e de renda mensal individual foram registrados em uma ficha onde constavam questões que permitiram categorizar os indivíduos quanto à idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, rendimentos, ter outro trabalho remunerado, tempo de permanência na função atual, frequência com que desempenha trabalhos domésticos e se há colaboração de outras pessoas nas tarefas domésticas (Anexo 1). Estas variáveis possibilitaram o delineamento do perfil socioeconômico da população estudada.

O “Fantastic Lifestyle” consiste num questionário obtido a partir de *Fantastic Lifestyle Assessment* (1985) adaptado pela *Canadian Society for Exercise Physiology* (2003, Anexo 2). Este instrumento permite determinar a taxa de benefício à saúde baseada em vários hábitos e atitudes que compõem o estilo de vida com o propósito de ser uma ferramenta auto administrada para a promoção da saúde. Aborda um conjunto de temas que representam uma influência sutil porém extremamente importante sobre a saúde como: apoio familiar e de amigos, atividade física, nutrição, uso de tabaco e tóxicos, uso de bebidas alcoólicas, sono,

uso de cinto de segurança, resposta ao estresse, sexo seguro e perspectiva de vida. O indivíduo deve assinalar a alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no último mês. Para o item família e amigos, as questões são se há alguém com quem conversar assuntos importantes e se o indivíduo dá e recebe afeto; as alternativas são: quase nunca, raramente, algumas vezes, com relativa frequência e quase sempre. Quanto à atividade física, questiona-se se o indivíduo é vigorosamente ativo pelo menos por trinta minutos por dia e se é moderadamente ativo; as respostas são: menos de 1 vez por semana, 1-2 vezes por semana, 3 vezes por semana, 4 vezes por semana, 5 ou mais vezes por semana. Referente à nutrição, pergunta-se se a dieta é balanceada (há explicação a respeito) e as respostas possíveis são quase nunca, raramente, algumas vezes, com relativa frequência, quase sempre; a outra questão é se o indivíduo frequentemente ingere em excesso açúcar, sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos, sendo as respostas quatro, três, dois, um ou nenhum destes itens. Pergunta-se também qual é o intervalo em que se encontra o indivíduo em relação ao peso considerado saudável: mais de 8 kg, 8 kg, 6 kg, 4 kg, 2 kg. No que diz respeito ao item tabaco e tóxicos, pergunta-se a respeito de fumar cigarros: mais de 10 por dia, 1 a 10 por dia, nenhum nos últimos 6 meses, nenhum no ano anterior, nenhum nos últimos 5 anos. A respeito do uso de maconha e cocaína as respostas possíveis são algumas vezes e nunca. Quanto ao uso ou abuso de remédios, as respostas são: quase diariamente, com relativa frequência, ocasionalmente, quase nunca, nunca. A respeito da ingestão de bebidas que contém cafeína, o questionamento é se o faz mais de 10 vezes ao dia, de 7 a 10, de 3 a 6, de 1 a 2 vezes ao dia ou nunca. Referente a ingestão de álcool, pergunta-se a média de doses ingeridas por semana (há explicação a respeito): mais de 20, de 13 a 20, de 11 a 12, de 8 a 10, de zero a 7. Pergunta-se também qual a frequência com que o indivíduo ingere mais de 4 doses em uma única ocasião: quase diariamente, com relativa frequência, ocasionalmente, quase nunca, nunca. Aborda-se a questão de dirigir após beber, sendo as alternativas de resposta algumas vezes e

nunca. Quanto ao uso de cinto de segurança, a resposta pode ser: nunca, raramente, algumas vezes, a maioria das vezes, sempre. Para todas as demais questões a seguir, as respostas possíveis são: quase nunca, raramente, algumas vezes, com relativa frequência, quase sempre. Quanto ao sono, o questionamento é se dorme bem e sente-se descansado; quanto ao estresse, se é capaz de lidar com o mesmo em seu dia-a-dia; relaxamento e se desfruta de seu tempo de lazer, se pratica sexo seguro (há explicação a respeito), se aparenta estar com pressa, se apresenta raiva e hostilidade, se pensa de forma positiva e otimista, se sente tensão e desapontamento, se sente tristeza e depressão e a respeito de satisfação com seu trabalho ou função.

O escore obtido indicará uma zona de benefício à saúde, conforme o Quadro 3.1 e proporciona indicações para mudanças de hábitos. O escore de 85-100 é considerado excelente; de 74-80, muito bom; de 55-69, muito bom; de 35-54, regular e de 0-34, necessita melhoria.

QUADRO 3.1 - Classificação do EV

<b>Classificação do EV</b>	<b>Escore</b>
excelente	85-100
muito bom	70-84
bom	55-69
regular	35-54
necessita melhoria	0-34

*Fonte:* The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal, 2003.

Para avaliar a capacidade para o trabalho utilizou-se o questionário desenvolvido pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), na sua versão traduzida e adequada para a língua portuguesa desenvolvido pelo grupo “Brasilidade”, formado por pesquisadores de instituições brasileiras (BELLUSCI, 1998). É

um instrumento para ser utilizado em Serviços de Saúde do Trabalhador e tem o objetivo de avaliar a capacidade para o trabalho em que o trabalhador se encontra.

O ICT é determinado pelas respostas das várias questões que o compõem, que levam em consideração as demandas físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e as capacidades do trabalhador. É um questionário preenchido pelo próprio trabalhador, sendo composto por sete itens:

1. capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida;
2. capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho;
3. número atual de doenças diagnosticadas por médico;
4. perda estimada para o trabalho devido às doenças;
5. faltas ao trabalho por doenças no último ano;
6. prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos;
7. recursos mentais.

Cada item compreende uma, duas ou três questões e a cada resposta é creditado um número de pontos cuja somatória de pontos fornece um escore, que varia de 7 a 49, classificados da seguinte forma: de 7 a 27 pontos = baixa capacidade para o trabalho ; de 28 a 36 pontos = moderada capacidade para o trabalho ; de 37 a 43 = boa capacidade para o trabalho ; e de 44 a 49 = ótima capacidade para o trabalho (TUOMI *et all*, 1997). Para a análise dos dados serão utilizados os escores finais, que revelam o conceito que o próprio trabalhador tem sobre a sua capacidade para o trabalho (Anexo 3).

Os dados antropométricos foram obtidos através da técnica descrita por Alvarez & Pavan (1999). A técnica consiste na utilização de uma balança mecânica com precisão de 100g, para medir a massa corporal e de um estadiômetro, acoplado a balança, com precisão de 1mm para medir a estatura. Para verificação da massa corporal realiza-se apenas uma medida. O indivíduo deve ficar posicionado em pé no centro da plataforma da balança, em posição

ortostática, pés afastados à largura do quadril, com o peso dividido em ambos os pés, ombros descontraídos, braços soltos lateralmente, cabeça no plano de Frankfurt; deve também vestir roupas leves e estar sem calçado. Para a estatura o indivíduo deve estar em posição ortostática, com os pés descalços e unidos, ficar de costas para a escala de medidas do estadiômetro, com os calcanhares, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital em contato com a escala de medidas e a cabeça orientada no plano de Frankfurt. A medida deve ser realizada em apnéia inspiratória. A medida da estatura é obtida através do valor médio de três medições consecutivas. O IMC é calculado através da razão entre a massa corporal e o quadrado da estatura. O valor de IMC obtido é classificado conforme descrito no Quadro 3.2.

QUADRO 3.2 – Classificação do IMC

<b>Classificação</b>	<b>IMC</b>
Peso baixo	< 18,5
Normal	18,6-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidade	>30

*Fonte:* World Health Organization: diet, nutrition and the prevention of chronic diseases (2003)

### 3.4 Coleta de Dados

Primeiramente as trabalhadoras com agendamento de exames periódicos para o mês de julho de 2003 que compareceram ao ambulatório de saúde ocupacional da empresa foram convidadas a participar do estudo através do consentimento por escrito para tomar parte da

pesquisa. Em seguida foi entregue o instrumento de avaliação composto pelos dados pessoais e de renda mensal individual, questionário “Fantastic Lifestyle” e questionário de Índice de Capacidade para o Trabalho. Logo a seguir foram realizadas as medidas antropométricas pela própria autora.

### **3.5 Análise dos Dados**

Os dados coletados foram registrados e armazenados em banco de dados utilizando-se o programa Excel 2000 para Windows.

Efetou-se o tratamento dos dados através da distribuição de freqüências simples e conjunta, percentuais, médias, medianas, moda, desvios-padrão e valores máximos e mínimos, através do programa SPSS 11.0.

As variáveis foram tratadas por meio de estatística descritiva. Para verificar as diferenças entre as variáveis quantitativas com as categorias tanto do EV quanto para as categorias do IMC, foi utilizada ANOVA ONE WAY. Para testar a diferença significativa adotou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Quando as variáveis eram do tipo qualitativo, utilizou-se o teste de independência ( $X^2$ ), adotando-se o mesmo nível de significância ( $p < 0,05$ ).

Para poder realizar as Anovas, nas variáveis do tipo quantitativo, foi testada a normalidade das variáveis do EV pelo teste de Shapiro-Wilk, sendo que a variável atendeu o critério no limite, o que permitiu realizar todas as análises de ANOVA ( $p < 0,054$ ).

Quanto ao ICT, foi testada a normalidade pelo teste de Kolmogorov-Sminof, que foi significativo ( $p = 0,2$ ).

## **CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Características da Amostra Estudada**

Participaram deste estudo todas as mulheres trabalhadoras que estavam agendadas para realizar o exame médico periódico no mês de julho de 2003, perfazendo um total de 102 mulheres. Os questionários “Fantastic Lifestyle” e o ICT foram respondidos adequadamente por todas as 102 trabalhadoras. Para avaliar a composição corporal através do cálculo do IMC, foram tomadas as medidas de massa corporal e estatura e então calculado o IMC de toda a amostra.

A idade variou de 20 a 46 anos, sendo a idade média de 29 anos e 8 meses ( $dp = 7,0$  anos), o que vai ao encontro com a média de idade das mulheres trabalhadoras da indústria do Estado de Santa Catarina, que foi de 29 anos e 2 meses ( $dp = 8,2$  anos) (BARROS & NAHAS, 2001). Para análise, a amostra foi dividida por faixas etárias decenais a partir dos 20 anos, por ser a menor idade encontrada, obtendo-se uma distribuição de 48,0 % na faixa etária de 20 a 29 anos, cuja média de idade encontrada foi de 23,5 anos; 41,2 % na faixa etária de 30 a 39 anos, com idade média de 33,8 anos e 10,8 % na faixa etária de 40 a 49 anos, com média de idade de 42,4 anos (Tabela 4.1). Esses dados indicam que a amostra constitui-se de adultos jovens, confirmando dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2000), em que a faixa etária feminina com maior taxa de emprego é a de 18 a 24 anos, enquanto que as mulheres a partir da idade de 40 anos apresentam menores taxas de participação no mercado de trabalho.

TABELA 4.1 – Distribuição da amostra por faixas etárias (n=102)

CLASSIFICAÇÃO POR IDADE	N (%)	MÉDIA DE IDADE (ANOS)
De 20 a 29 anos	48,0	23,5
De 30 a 39 anos	41,2	33,8
De 40 a 49 anos	10,8	42,4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>29,8</b>

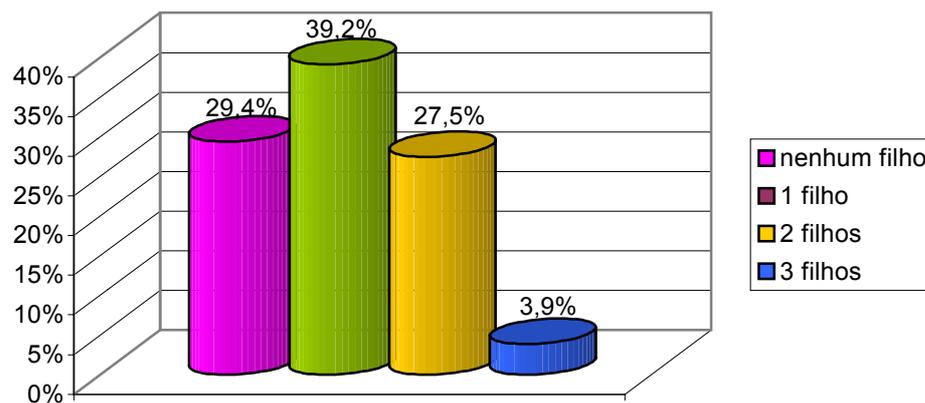
Quanto ao estado civil, observou-se que das 102 trabalhadoras 68,6 % eram casadas, 29,4% eram solteiras e 2 % dividiram-se entre a condição de viuvez e separada, conforme demonstrado na Tabela 4.2. Esta característica confirma dados da pesquisa de Leone (2000), que evidenciou que há maiores proporções de mulheres casadas inseridas no trabalho formal e há a tendência de permanecerem no trabalho mesmo após mudarem o estado civil de solteira para casada. Outro indicador deste fenômeno, de acordo com a Fundação Carlos Chagas (2004), é a crescente participação das mulheres casadas no mercado de trabalho, que num período de 22 anos – entre 1980 e 2002 - tiveram as taxas elevadas de 20% para 56%.

TABELA 4.2 – Distribuição da amostra de acordo com o estado civil

FAIXA ETÁRIA	ESTADO CIVIL (%)				TOTAL
	Solteira	Casada	Separada	Viúva	
De 20 a 29 anos	17,6	30,4			48,0
De 30 a 39 anos	7,8	31,4	1,0	1,0	41,2
De 40 a 49 anos	3,9	6,9			10,8
<b>TOTAL</b>	<b>29,4</b>	<b>68,6</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>100</b>

Considerando-se o número de filhos (Figura 4.1), a moda encontrada foi de “um filho”, em 39,2 % das mulheres. Dentre as demais, observou-se que 29,4 % das mulheres não têm filhos, enquanto que 27,5% têm dois filhos e 3,9% têm três filhos. Portanto, neste estudo, 66,7% das mulheres têm um filho ou dois filhos; neste aspecto, confirmam-se os achados de Barros e Nahas (2001) de que os trabalhadores da indústria constituem famílias nucleares com até quatro pessoas e em sua maioria têm um ou dois filhos. Também se evidencia percentual significativo de mulheres que não têm filhos, o que tem sido observado em estudos de Rocha & Ribeiro (2001) dentre analistas de sistemas, dentre bancárias por Emslie & Kate Hunt (1999) e dentre professoras universitárias por Blanco & Feldman (2000). É possível que a prevalência de pequeno número de filhos ou mesmo a ausência de filhos esteja relacionada com o fato de as mulheres reconhecerem que se encontram com muitas responsabilidades e demandas e então optarem por ter famílias menores.

FIGURA 4.1 – Distribuição da amostra quanto ao número de filhos por trabalhadora



Com relação ao número de filhos conforme o estado civil, observou-se que dentre as solteiras, a proporção de mulheres sem filhos foi de 16,6%, com um filho foi de 10,8% e com dois filhos foi de 2,0%. Entre as casadas, 12,7% referiram não ter filhos, 27,5% têm um filho,

24,5% têm dois filhos e 3,9% têm três filhos. A mulher desquitada referiu ter dois filhos e a viúva referiu ter um filho (Tabela 4.3).

TABELA 4.3 – Distribuição conforme estado civil e número de filhos

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE FILHOS (%)				TOTAL
	Nenhum	01 Filho	02 Filhos	03 Filhos	
Solteira	16,6	10,8	2,0	---	29,4
Casada	12,7	27,5	24,5	3,9	68,6
Desquitada	---	---	1,0	---	1,0
Viúva	---	1,0	---	---	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>29,4</b>	<b>39,2</b>	<b>27,5</b>	<b>3,9</b>	<b>100,0</b>

Quando se investigou a escolaridade, verificou-se que a maioria tem segundo grau completo, correspondendo a 49%; enquanto que 16,7% têm segundo grau incompleto, 25,5% apresentaram primeiro grau completo, 7,9% têm primeiro grau incompleto e 1% têm terceiro grau completo, conforme demonstrado na Tabela 4.4.

TABELA 4.4 – Caracterização da amostra segundo a escolaridade

FAIXA ETÁRIA	ESCOLARIDADE (%)				
	1º Grau Incompleto	1º Grau Completo	2º Grau Incompleto	2º Grau Completo	3º Grau Completo
De 20 a 29 anos	---	6,9	8,8	31,4	1,0
De 30 a 39 anos	5,9	13,7	6,9	14,7	---
De 40 a 49 anos	2,0	4,9	1,0	2,9	---
<b>TOTAL</b>	<b>7,9</b>	<b>25,5</b>	<b>16,7</b>	<b>49,0</b>	<b>1,0</b>

Dados da Fundação Carlos Chagas (2004) indicam que o crescimento da atividade remunerada feminina no Brasil têm sido maior entre as mulheres que possuem tempo de escolaridade superior a 8 anos, que é o tempo necessário para concluir o primeiro grau, escolaridade considerada obrigatória no Brasil. No presente estudo, 66,7% das mulheres apresentam escolaridade superior a 8 anos, percentual este superior ao encontrado por Barros & Nahas (2001) dentre as mulheres trabalhadoras da indústria catarinense, que foi de 48,2%. Neste mesmo estudo, o percentual de trabalhadores de ambos os sexos que não haviam concluído o primeiro grau foi de 37,3%, enquanto no presente estudo o percentual de mulheres que não concluíram o primeiro grau foi de 7,9%.

Culturalmente estão estabelecidos os papéis sociais, assim sendo, tradicionalmente cabe às mulheres a responsabilidade pela execução das tarefas domésticas e esta responsabilidade se mantém mesmo quando estão inseridas no mercado de trabalho formal. Esta premissa ficou evidente no presente estudo, em que 99% das mulheres referiram executar trabalhos domésticos, sendo que 71,5% referiram desempenhar trabalhos domésticos habituais diariamente, enquanto 5,0% da amostra afirmaram desempenhar trabalhos domésticos em quatro dias da semana, 12,7% o fazem em três dias por semana, 9,8% em um ou dois dias por semana, conforme demonstra a Tabela 4.5.

TABELA 4.5 – Distribuição de Frequências para Trabalho Doméstico

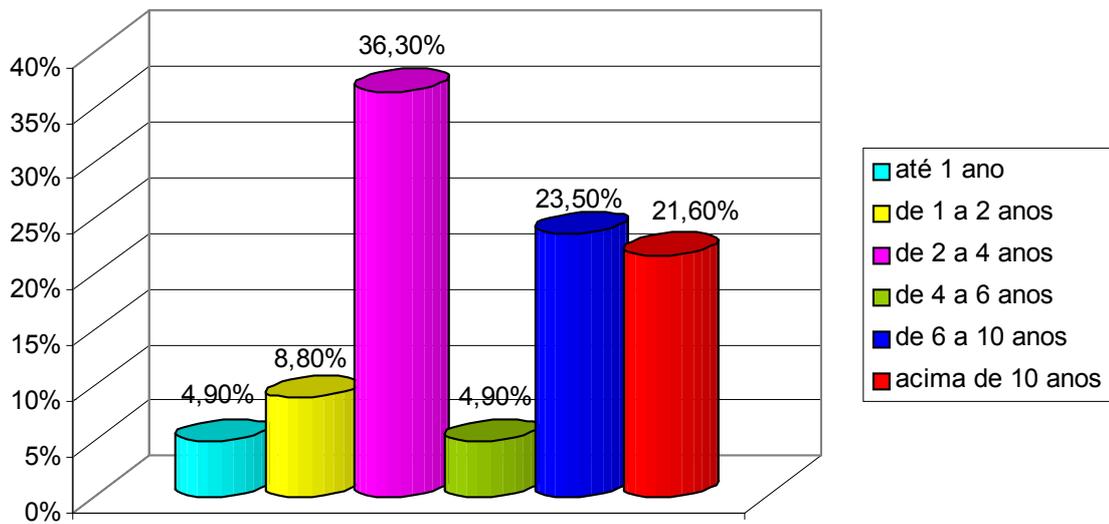
FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA SEMANAL DE REALIZAÇÃO DE TRABALHO DOMÉSTICO (%)				
	Diariamente	4 dias	3 dias	1 ou 2 dias	Nenhum dia
De 20 a 29 anos	34,3	2,0	6,9	3,9	1,0
De 30 a 39 anos	29,4	1,0	5,8	4,9	
De 40 a 49 anos	7,8	2,0		1,0	
TOTAL	71,5	5,0	12,7	9,8	1,0

Este achado é compatível com dados encontrados por Cavalcante (2003) que pesquisou o trabalho feminino em uma comunidade de baixa renda no interior do Estado de São Paulo, evidenciando que a totalidade das mulheres executava trabalhos domésticos, ao mesmo tempo em que 56,3% delas apresentavam trabalho remunerado.

Neste grupo estudado, a grande maioria referiu contar com ajuda para a realização dos trabalhos domésticos (73,5%), o que vai de encontro com estudos de Mirowsky & Ross (1989) que relatam o envolvimento do homem nas atividades anteriormente desempenhadas exclusivamente pelas mulheres quando estas passam a desenvolver um trabalho remunerado, o que contribui para diminuir a sobrecarga das mulheres. Neste sentido, a realidade das trabalhadoras industriais do presente estudo se assemelha àquela das professoras universitárias venezuelanas, que conforme Blanco & Feldman (2000), em sua grande maioria conta com ajuda para realizar os trabalhos domésticos.

Com relação ao tempo de trabalho na função (Figura 4.2) observou-se que 21,6 % das mulheres trabalham há mais de 10 anos na mesma função, 23,5% entre 6 a 10 anos, 4,9% pelo período entre 4 a 6 anos, 36,3% entre dois a quatro anos, 8,8% de 1 a 2 anos e 4,9% por menos de um ano. Pode-se notar que este grupo apresenta em geral longo tempo na ocupação, pois 86,2% encontram-se há mais de dois anos na mesma ocupação que desempenhavam por ocasião da pesquisa. Neste sentido, confirmam-se os dados da Fundação Carlos Chagas (2004) que evidenciaram a tendência de as mulheres se manterem em atividade produtiva fora do lar mesmo após o casamento e a maternidade.

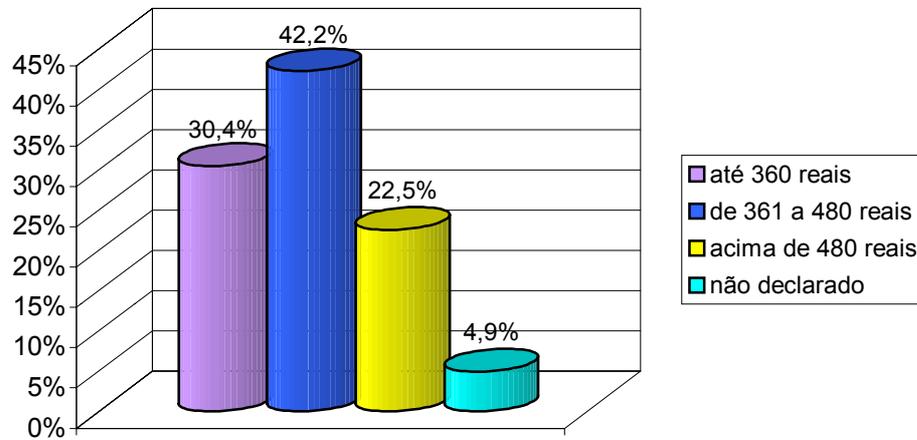
FIGURA 4.2 – Distribuição da amostra quanto ao tempo de trabalho na função



A permanência em uma mesma função tanto pode indicar que estas mulheres estão adaptadas bem como pode indicar falta de oportunidades para mudar de função ou ascender profissionalmente.

A Figura 4.3 mostra os dados referentes à renda mensal individual das trabalhadoras na época da pesquisa, em que 30,4% recebem até 360 reais (equivalente a 1,5 salários-mínimos), 42,2% recebem entre 361 e 480 reais (equivalente a 1,5 a 2 salários-mínimos), 22,5% acima de 480 reais (equivalente a 2 salários-mínimos) e 4,9% não declararam seus rendimentos. Portanto, 72,6% das mulheres percebiam até dois salários mínimos, havendo então percentual superior aos achados das pesquisas da Fundação Carlos Chagas (2002) que indicaram que em 1998, 44% das mulheres percebiam até dois salários-mínimos. Destaca-se que apesar da longa jornada de trabalho, duas mulheres (1,96%) declararam ter outro trabalho remunerado.

FIGURA 4.3 – Distribuição da amostra quanto ao rendimento mensal individual



## 4.2 Estilo de Vida

Vive-se atualmente a denominada “Era do Estilo de Vida”, uma vez que as pesquisas têm demonstrado que as principais causas de morbidade e mortalidade estão prioritariamente associadas ao modo como os indivíduos vivem, além das evidências de que mudanças no estilo de viver são efetivas na prevenção, controle ou mesmo reabilitação de uma série de enfermidades (BLAIR, 1993; BOUCHARD, 1994; XAVIER, 1997).

No presente estudo, foi utilizado o teste “Fantastic Lifestyle”, instrumento que permite determinar a associação entre o EV e a saúde, cujos resultados caracterizam o grupo como sendo de indivíduos cujo EV está associado a muitos benefícios à saúde, tendo como escore mínimo de 65 e máximo de 92 e a média de 78,23. Quanto à distribuição da amostra por classificação dos escores, ficou da seguinte forma: 71,57% das trabalhadoras percebem o estilo de vida adotado como sendo muito bom, 17,65% como excelente e 10,78% como bom.

Através destes dados pode-se inferir que as trabalhadoras conseguem manter um estilo de vida satisfatório apesar da multiplicidade de papéis que acumulam e da longa jornada de trabalho. Este resultado obtido é relevante, pois se considera que quanto mais satisfatórios forem os níveis do EV, maiores são as chances de manter a saúde e obter longevidade.

Na Tabela 4.6 fez-se uma análise do estilo de vida por faixas etárias, obteve-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 16,3 % trabalhadoras com um bom estilo de vida; 65,3 % com muito bom estilo de vida e 18,4 % com excelente estilo de vida. Na faixa etária de 30 a 39 anos, 4,8 % tem bom estilo de vida, 73,8% muito bom estilo de vida e 21,4% excelente estilo de vida. Dentre as onze mulheres, na faixa etária de 40 a 49 anos de idade, foi observado para uma mulher bom estilo de vida, enquanto as demais (90,9 %) apresentam muito bom estilo de vida. A análise estatística indicou que o fator idade não teve influência no estilo de vida destas trabalhadoras.

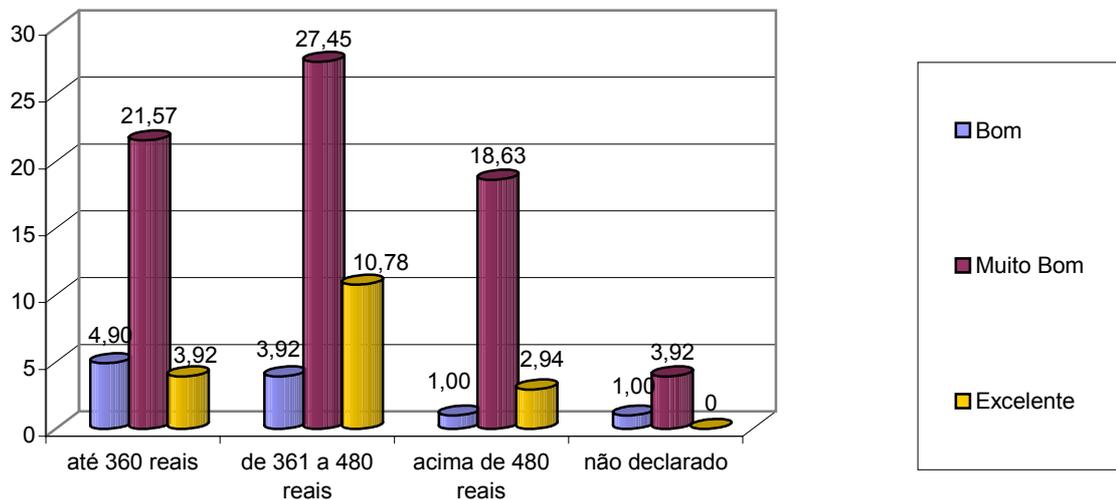
TABELA 4.6 - Estilo de vida em relação à faixa etária

FAIXA ETÁRIA	ESTILO DE VIDA (%)		
	Bom	Muito bom	Excelente
De 20 a 29 anos	16,3	65,3	18,4
De 30 a 39 anos	4,8	73,8	21,4
De 40 a 49 anos	9,1	90,9	-

Quando se relacionou a renda mensal individual das trabalhadoras com as categorias do estilo de vida (Figura 4.4), observou-se que 4,9 % das mulheres que recebem até 360 reais mensais têm um bom estilo de vida, 21,57% têm estilo de vida muito bom e 3,92 % têm um excelente estilo de vida. Com renda mensal de 361 a 480 reais, 3,92 % tem estilo de vida bom, para 27,45% é muito bom e para 10,78 % é excelente. Para uma renda mensal acima de 480 reais,

1,0 % das mulheres tem estilo de vida bom, 18,63% muito bom EV e 2,94% têm excelente EV. Dentre as mulheres que não declararam valores de renda mensal, 1,0% tem bom estilo de vida e 3,92% têm muito bom estilo de vida. Observa-se que em sua maioria as trabalhadoras têm um estilo de vida muito bom, condição esta que perfaz o total de 71,57% das mulheres. Por outro lado, quando estes dados foram submetidos à análise de ANOVA One way, não se evidenciou relação de significância entre EV e renda mensal.

FIGURA 4.4 – Estilo de Vida das trabalhadoras em relação à renda mensal individual



Na Tabela 4.7 são apresentados os resultados da análise entre o estilo de vida e o estado civil das trabalhadoras onde se notou que no grupo das solteiras a média dos escores do “Fantastic Lifestyle” foi de 76,97, no grupo das casadas foi de 78,76, para a trabalhadora desquitada foi de 84 e para a viúva foi de 73. Estes escores se encontram todos dentro da mesma classificação, ou seja, apontam para um estilo de vida muito bom. A análise de ANOVA one way não evidenciou diferenças significativas entre as variáveis EV e estado civil, nem tampouco entre EV e idade, EV e escolaridade, EV e tempo na função, EV e número de filhos, EV e trabalho doméstico.

TABELA 4.7 – Resultado dos escores de EV em relação ao estado civil da amostra

ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	ESCORE MÍNIMO	ESCORE MÁXIMO
Solteira	30	76,97	65	92
Casada	70	78,76	65	90
Desquitada	1	84,00	84	84
Viúva	1	73,00	73	73
TOTAL	102	78,23	65	92

### 4.3 Índice de Capacidade para o Trabalho

Considerando-se que a sociedade ocidental é essencialmente a sociedade do consumo (BELL, 1977), a capacidade para o trabalho consiste na base para a participação do indivíduo nesta sociedade, proporcionando-lhe os meios para a obtenção de renda e assegurando as condições de vida e bem-estar a si próprio e à sua família.

Neste estudo, demonstrou-se que a capacidade para o trabalho, avaliada através do ICT, para a grande maioria das mulheres situa-se em níveis satisfatórios, exceto para 3,92% das mesmas, que apresentaram baixos níveis de capacidade para o trabalho. Somando-se às mulheres que apresentaram moderada capacidade para o trabalho (28,42%), obtêm-se o percentual de 32,36%, o qual reflete a proporção de mulheres que necessitam ter sua capacidade para o trabalho melhorada ou restaurada. Contudo, estes percentuais encontram-se em níveis bastante inferiores aos encontrados por Bellusci & Fischer (1999) dentre trabalhadores do Tribunal Regional Federal de São Paulo, que foi de 61,1% de indivíduos que necessitam melhorar ou restaurar sua capacidade para o trabalho. Conforme Tuomi *et all* (1997), recomenda-se que indivíduos com baixo ICT sejam submetidos a uma ampla análise pelo serviço de saúde ocupacional e segurança do trabalho da empresa, verificando-se as condições

físicas, psicológicas e sociais, bem como as condições ambientais do trabalho, a fim de se implementar medidas de melhorias ambientais, de apoio e de reabilitação para se restaurar a capacidade de trabalho.

Ao se analisar os escores do ICT por faixas etárias (Tabela 4.8) observou-se que na faixa de 20 a 29 anos de idade 2,94% das trabalhadoras apresentaram capacidade para o trabalho baixa, 13,72% moderada, 20,59% boa capacidade, e 10,78% ótima capacidade. Na faixa de 30 a 39 anos 1% apresentaram baixa capacidade para o trabalho, 10,78% moderada, 21,57%, boa, e 7,84% ótima capacidade. Na faixa de 40 a 49 anos 3,92% apresentaram capacidade para o trabalho moderada, 4,90% boa capacidade, 1,96% ótima e nenhuma com baixa capacidade para o trabalho.

TABELA 4.8 – Índice de Capacidade  
para o Trabalho em relação à faixa etária das trabalhadoras

FAIXA ETÁRIA	CLASSIFICAÇÃO DO ICT %			
	Baixa	Moderada	Boa	Ótima
20 a 29	2,94	13,72	20,59	10,78
30 a 39	1,0	10,78	21,57	7,84
40 a 49	-----	3,92	4,90	1,96
TOTAL	3,94	28,42	47,06	20,58

Não se evidenciaram diferenças significativas na capacidade para o trabalho de acordo com a faixa etária, contrariamente às pesquisas de Boldori (2002), que evidenciaram redução desta capacidade com o envelhecimento dos trabalhadores. Nem tampouco foram evidenciadas diferenças significativas do ICT na medida em que aumenta o tempo na função, diferentemente do encontrado por Metzner & Fischer (2001) dentre trabalhadores da indústria

têxtil, em que o ICT apresentou tendência a diminuir em função do aumento de tempo na função.

Quanto ao escore médio do ICT obtido, de 39,04, indica boa capacidade para o trabalho e é similar ao encontrado por Wainstein (2000) entre mulheres telejornalistas.

Os escores mostrados na Tabela 4.9 revelam a capacidade para o trabalho das mulheres considerando-se o estado civil, onde se observa para as solteiras um escore médio de 38,85, com escore mínimo de 25 e máximo de 48, para as casadas um escore médio de 39,13, com escore mínimo de 25 e máximo de 49, para a desquitada um escore médio de 42 e para a viúva um escore médio de 36. Quando analisada a média do ICT do grupo de trabalhadoras, verificou-se que todas se situam dentro da mesma classificação de ICT, qual seja, boa capacidade para o trabalho, com exceção da trabalhadora viúva que apresentou moderada capacidade para o trabalho. Foi utilizada a análise de ANOVA one way para verificar as diferenças entre as variáveis ICT e estado civil, ICT e escolaridade, ICT e número de filhos, ICT e trabalho doméstico, ICT e ajuda nos trabalhos domésticos, não sendo encontrada relação estatisticamente significativa.

TABELA 4.9 – Resultado dos escores de ICT em relação ao estado civil da amostra

ESTADO CIVIL	N	MÉDIA	ESCORE MÍNIMO	ESCORE MÁXIMO
Solteira	30	38,85	25	48
Casada	70	39,13	25	49
Desquitada	1	42	42	42
Viúva	1	36	36	36
TOTAL	102	39,04	25	49

Na Tabela 4.10 são apresentados os resultados de escores do ICT, relacionando-os com a renda mensal individual das trabalhadoras, em que se observa que as trabalhadoras que ganham até 360 reais mensais tiveram a seguinte distribuição: 10,3% com ICT moderado, 14,4 % com ICT bom e 7,2% com ICT ótimo. Para aquelas com ganho mensal de 361 a 480 reais: 2,1% com ICT baixo, 14,4% com ICT moderado, 18,6% com ICT bom e 9,3% ótimo. Para as trabalhadoras com ganho mensal acima de 480 reais obteve-se: 5,2% com ICT moderado, 14,4% com ICT bom, e 4,1% ótimo. Através destes dados pode-se inferir que não há relação entre a capacidade para o trabalho e a renda mensal individual, pois os escores do ICT classificaram as trabalhadoras nas categorias moderada, boa e ótima em todas as faixas de renda mensal. Entretanto, na literatura não foram encontrados estudos com esta abordagem.

TABELA 4.10: Índice de Capacidade para o Trabalho em relação à Renda Mensal

RENDA MENSAL	ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (%)				TOTAL
	Baixo	Moderado	Bom	Ótimo	
Até R\$ 360,00	---	10,3	14,4	7,2	32
Entre R\$ 361,00 e R\$ 480,00	2,1	14,4	18,6	9,3	44,3
Acima de R\$ 480,00	----	5,2	14,4	4,1	23,7
<b>TOTAL</b>	<b>2,1</b>	<b>29,9</b>	<b>47,4</b>	<b>20,6</b>	100,0

#### 4.4 Composição Corporal

No presente estudo, a composição corporal foi analisada através do Índice de Massa Corporal, do seguinte modo: IMC baixo para escores abaixo de  $18,5 \text{ kg/m}^2$ , IMC adequado ou normal

quando escores entre 18,6- 24,9 kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso com escores de 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> e obesidade escores acima de 30 kg/m.

Na Tabela 4.11 foi analisada a classificação do IMC em relação à faixa etária da amostra, observou-se que na faixa etária de 20 a 29 anos 2,94% das mulheres apresentam IMC baixo, 43,13% normal, 2,94% sobrepeso e nenhuma delas apresenta obesidade. Na faixa etária de 30 a 39 anos, observou-se que 35,29% têm IMC normal; 3,92% têm sobrepeso, 1,0% obesidade e nenhuma delas apresenta baixo IMC. Na faixa etária de 40 a 49 anos, 9,80% têm IMC normal; 1,0% apresentou sobrepeso e nenhuma tem IMC baixo ou obesidade. Na classificação geral do IMC obteve-se a média de 22,06 kg/m<sup>2</sup>, similar ao encontrado por Wainstein (2000) dentre telejornalistas, que foi de 23,34 kg/m<sup>2</sup>.

TABELA 4.11 – IMC em relação à faixa etária das trabalhadoras

FAIXA ETÁRIA	CLASSIFICAÇÃO DO IMC (%)			
	Baixo	Normal	Sobrepeso	Obesidade
20 a 29	2,94	43,13	2,94	--
30 a 39	--	35,29	3,92	1,0
40 a 49	--	9,80	1,0	--
TOTAL	2,94	88,22	7,86	1,0

Ressalta-se que no presente estudo 88,22% das mulheres apresentam IMC dentro dos limites da normalidade, 2,9% apresentam baixo IMC e a prevalência de obesidade e sobrepeso foi 1,0% e 7,86% respectivamente, diferentemente dos dados do Ministério da Saúde referentes ao Inquérito sobre Saúde e Nutrição (1989), que evidenciou prevalência de obesidade na população adulta de 8%, sendo 70% deste percentual correspondente ao sexo feminino. Quanto ao sobrepeso, este mesmo inquérito indicou que 38% das mulheres apresentam sobrepeso. Também as pesquisas de Gigante *et all* (1997) dentre mulheres de Pelotas,

município do Estado do Rio Grande do Sul, indicaram prevalência de obesidade de 25% e evidenciaram que a proporção de mulheres obesas aumenta acentuadamente com a progressão da idade, sendo quatro vezes mais elevada após os 40 anos em relação à faixa etária de 20 a 29 anos.

Através da análise dos dados da Tabela 4.12, constata-se que dentre as mulheres solteiras, 2,9% apresentam IMC baixo, 22,5% normal, 2,9% sobrepeso e 1,0% obesidade; dentre as casadas, 63,7% têm IMC normal e 4,9% sobrepeso; tanto a desquitada quanto a viúva apresentaram IMC normal. Estes dados mostram elevada prevalência de mulheres (88,2%) com IMC normal e que dentre as solteiras há mulheres em todas as categorias de IMC, sendo que baixo IMC e sobrepeso são evidentes. Desta forma, não se pode inferir que o estado civil seja um fator determinante para o IMC destas trabalhadoras.

TABELA 4.12 – IMC em relação ao estado civil

ESTADO CIVIL	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (%)				TOTAL
	Baixo	Normal	Sobrepeso	Obesidade	
Solteira	2,9	22,5	2,9	1,0	29,4
Casada	---	63,7	4,9	---	66,8
Desquitada	---	1,0	---	---	1,0
Viúva	---	1,0	---	---	1,0
TOTAL	2,9	68,6	1,0	1,0	100,0

No que tange à relação entre IMC e renda mensal, demonstrada na Tabela 4.12, as trabalhadoras com remuneração mensal de até 360 reais distribuem-se em: 1,0% com IMC baixo e 30,9% com IMC normal. Com remuneração de 361 a 480 reais, em 2,1% com IMC baixo, 37,1% com IMC normal e 5,2% sobrepeso. Aquelas com remuneração superior a 480 reais distribuem-se em: 20,6% com IMC normal, 2,1% sobrepeso e 1,0% obesidade. A partir da análise estatística (ANOVA) observou-se que não há relação entre a renda mensal com o

IMC, pois em todas as faixas salariais o maior percentual encontrado foi de trabalhadoras com IMC dentro dos limites da normalidade. Embora se observe que as mulheres que apresentam sobrepeso e obesidade são as que percebem os maiores valores de remuneração, constituem-se em um grupo pequeno, o que não permite estabelecer uma relação de causa e efeito.

No presente estudo, todas as participantes pertencem à faixa de baixa renda, contudo a prevalência de sobrepeso e obesidade é baixa (8,86%), contrariamente ao observado em estudos de Cavalcante (2003) dentre mulheres de uma comunidade de baixa renda, em que a prevalência de sobrepeso e obesidade foi de aproximadamente 50%.

TABELA 4.13 – IMC em relação à renda mensal

RENDA MENSAL	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (%)				TOTAL
	Baixo	Normal	Sobrepeso	Obesidade	
Até R\$ 360,00	1,0	30,9	---	---	31,9
Entre R\$ 361,00 e R\$ 480,00	2,1	37,1	5,2	---	44,4
Acima de R\$ 480,00	---	20,6	2,1	1,0	23,7
TOTAL	3,1	88,6	7,3	1,0	100,0

#### 4.5 Relações entre Estilo de Vida, Capacidade para o Trabalho e Índice de Massa Corporal

Quando se relacionou o estilo de vida das trabalhadoras com as categorias de ICT (Tabela 4.14) observou-se que as mulheres classificadas na categoria de ICT baixo obtiveram escore médio de EV de 70,33 com escore mínimo de 69 e máximo de 71. As classificadas na categoria de ICT moderado obtiveram escore médio de 76,50 com escore mínimo de 65 e

máximo de 90, as da categoria de ICT bom tiveram escore médio de 78,69 com escore mínimo de 65 e máximo de 92. as com ICT ótimo tiveram escore médio de 80,76 com escore mínimo de 70 e máximo de 88. Observou-se que conforme ocorre aumento dos escores obtidos referentes ao ICT, ocorre aumento dos escores do EV. Através da análise por meio do ANOVA one way ( $p= 0,016$ ), sendo utilizado o teste Post Hoc de Tukey, demonstrou-se que há diferenças significativas para as categorias ótimo e baixo do ICT, em relação ao EV. As mulheres que apresentam ICT baixo também apresentam EV inferior e aquelas que apresentam ICT ótimo apresentam melhor EV; entretanto, estes escores médios situam-se dentro de uma mesma classificação de EV, a qual corresponde à categoria muito bom. Portanto, também no presente estudo, confirmam-se as evidências apontadas por Seitsamo & Ilmarinen (1997) de que as dimensões do estilo de vida e capacidade para o trabalho estão fortemente associadas e são diretamente proporcionais.

TABELA 4.14 – Associação entre as categorias de ICT e os escores do EV

ICT	N	MÉDIA	DP	ESCORE MÍNIMO	ESCORE MÁXIMO
Baixo	3	70,33	1,15	69	71
Moderado	30	76,50	7,45	65	90
Bom	48	78,69	6,01	65	92
Ótimo	21	80,76	5,10	70	88
TOTAL	102	78,23	6,49	65	92

A Tabela 4.15 mostra as diferenças dos escores do IMC por categorias de EV. Para o grupo de mulheres com EV bom o escore do IMC ficou em 21,94, para o grupo de EV muito bom o escore do IMC ficou em 22,20, e para o grupo com EV excelente o escore do IMC ficou em 21,55. Estes valores revelam que a categoria do estilo de vida em que a mulher se encontra não interferiu nos resultados do IMC, já que os escores médios indicam um IMC normal.

Através da análise pelo ANOVA one way , constatou-se que não há relação de significância entre EV e IMC.

TABELA 4.15 – Escores médios de IMC em relação às categorias do EV

EV	N	MÉDIA	DP
Bom	11	21,94	1,89
Muito Bom	73	22,20	2,70
Excelente	18	21,55	1,55
TOTAL	102	22,06	2,46

A Tabela 4.16 representa a distribuição da amostra quanto aos resultados do IMC por categorias do EV, em que o grupo que apresentou IMC baixo ficou assim distribuído: em 1,96% com EV bom, muito bom para 12,74% e excelente para 1,96%; o grupo com ICM normal teve em 8,82% EV bom, 50% EV muito bom e 15,68 EV excelente; o grupo com IMC correspondente a sobrepeso ficou concentrado em EV muito bom, com 7,84%, e a trabalhadora com IMC correspondente a obesidade obteve EV muito bom.

TABELA 4.16 – Distribuição da amostra em relação às categorias de IMC e EV

CLASSIFICAÇÃO DO IMC	ESTILO DE VIDA (%)			TOTAL
	Bom	Muito bom	Excelente	
Baixo	1,96	12,74	1,96	16,66
Normal	8,82	50,0	15,68	74,50
Sobrepeso	---	7,84	---	7,84
Obesidade	---	1,0	---	1,00
TOTAL	10,78	71,58	17,64	100,0

Deste modo, evidencia-se que a maioria das mulheres avaliadas apresenta EV muito bom e IMC dentro dos limites da normalidade; ambas as características representam repercussões positivas para a saúde e bem-estar, e sobretudo, indicam que estas mulheres têm conseguido manter o complexo entrelaçamento de variáveis que compõem o estilo de vida e a composição corporal dentro de um intervalo adequado para a saúde e o trabalho.

## **CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES**

A sociedade contemporânea - urbana e industrializada – é fruto de inúmeras transformações econômicas, políticas e sociais, que promoveram também mudanças nos comportamentos e hábitos das coletividades, ou seja , em seu estilo de vida. Notadamente dentre as mulheres, cuja inserção no mercado de trabalho ocorreu a partir do Século XX, evidenciou-se substancial transformação, resultando no envolvimento em múltiplos papéis sociais.

De acordo com os objetivos deste estudo procurou-se verificar a relação entre o estilo de vida, a capacidade para o trabalho e a composição corporal de um grupo de mulheres trabalhadoras da indústria frigorífica.

Conforme os resultados obtidos no presente estudo, quanto ao primeiro objetivo específico, pode-se concluir que o grupo era constituído predominantemente por mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos, casadas, com escolaridade equivalente ao segundo grau completo, tendo um filho e tendo dentre suas atribuições desempenhar trabalhos domésticos.

O segundo objetivo específico considerado foi identificar o EV das trabalhadoras da indústria frigorífica, neste aspecto, os dados apontam para um estilo de vida muito bom e que o EV destas mulheres se relaciona a consideráveis benefícios à saúde. Portanto, conclui-se que a multiplicidade de papéis não pode ser traduzida como um risco potencial para o estilo de vida.

Quanto ao terceiro objetivo específico, identificar o ICT destas trabalhadoras, os escores mostraram predominância de uma boa capacidade para o trabalho, exceto para 3,92% das mulheres, que apresentaram baixos níveis de capacidade para o trabalho. Somando-se às mulheres que apresentaram moderada capacidade para o trabalho obtêm-se percentual equivalente a aproximadamente um terço das trabalhadoras, o qual reflete a proporção de mulheres que necessitam ter sua capacidade para o trabalho melhorada ou restaurada.

O quarto objetivo específico propôs verificar a composição corporal das trabalhadoras, o que foi demonstrado através do Índice de Massa Corporal (IMC). Neste aspecto, pode-se concluir que essas mulheres, em sua maioria, apresentam IMC dentro dos padrões da normalidade e que a obesidade é pouco prevalente e não representou risco à saúde na amostra estudada.

No que tange ao quinto objetivo específico, correlacionar o EV com o ICT e com o IMC, observou-se que as mulheres com maior ICT são aquelas com melhor EV. Evidenciou-se que as mulheres que apresentam ICT baixo também apresentam EV inferior e que as que apresentam ICT ótimo apresentam melhores escores de EV; contudo, estes escores médios situam-se todos dentro da mesma classificação do EV, que corresponde ao EV muito bom. Quanto à relação entre EV e IMC evidenciou-se que não há relação estatística significativa entre ambos.

O objetivo geral, relacionar o EV de um grupo de trabalhadoras da indústria frigorífica com o ICT e com o IMC, foi deste modo alcançado, permitindo-se concluir que os achados do presente estudo são concordantes com as teorias de que no contexto atual o trabalho feminino consiste na alternância entre trabalho remunerado e trabalho doméstico, resultando num extenso tempo de atividade e com elevadas demandas físicas e mentais. Entretanto, neste grupo analisado, o EV, o ICT e a composição corporal indicam, de modo geral, níveis satisfatórios para a saúde, levando-nos a inferir que as mulheres avaliadas pelo presente estudo têm desempenhado múltiplos papéis de tal modo que tem sido possível manter o complexo entrelaçamento de variáveis que compõem os indicadores de estilo de vida, capacidade para o trabalho, bem como a composição corporal dentro de um intervalo adequado para a saúde e para o trabalho.

Dentre as limitações deste estudo, cabe destacar que o estudo é transversal e que foram avaliadas trabalhadoras em atividade, assim, as mulheres que não se adaptaram ao trabalho não faziam parte do grupo.

Dada a atualidade, a relevância e a escassez de pesquisas do tema trabalho feminino e suas repercussões sobre a saúde, o estilo de vida e a capacidade para o trabalho, recomenda-se que nas avaliações periódicas a que são submetidas as mulheres através dos programas de saúde ocupacional das empresas, sejam incluídos tanto o “Fantastic Lifestyle Checklist” como o Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho como ferramentas complementares para otimizar o seguimento de saúde ocupacional contribuindo para estudos com o objetivo de melhorar as condições de saúde e as condições de trabalho, levando-se em conta a perspectiva de gênero.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEL, T. **Measuring health lifestyles in a comparative analysis:** theoretical issues and empirical findings. Soc Sci Med, 1991.

ALMEIDA, D.; MAGGS, J.; GALAMBOS, N. **Wive's employment hours and spousel participation in family work.** J Fam Psychol, 1993; 7(2); 223-344 pp.

ALVAREZ, B.R.; PAVAN, A.L. Alturas e comprimentos. In: PETROSKI, E.L. **Antropometria: técnicas e padronizações.** Porto Alegre: Pallotti, 1999, 29-51 pp.

AMATEA, E. S.; FONG, M. L. **The impact of roles stressors and personal resources on the stress experience of professional women:** Psychology of women Quarterly, 1991, 15, 419-430 pp.

ANESHENSEL, C. **Marital and employment role-strain, social support and depression among adult women:** Stress, Social Support and Women, Washington, D.C.: Hemisphere, 1986, 99-114 pp.

ANJOS, L.A. Índice de massa corporal ( $\text{massa corporal}/\text{estatura}^2$ ) como indicador do estado nutricional de adultos: uma revisão da literatura. In: REVISTA SAÚDE PÚBLICA, v.6, 1992, 431- 436 pp.

BARNETT, R.C.; MARSHALL, N.L. **Worker and mother roles, spillover effects and psychological distress:** Women and Health. 1992, 9-40 pp.

BARNETT, R.C.; MARSHALL, N.L.; SAYER, A. **Positive-spillover effects from job to home: a closer look:** Women and Health. 1992, 13-41 pp.

BARROS, M.V.G.; NAHAS, M.V. **Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria.** In: REVISTA SAÚDE PÚBLICA, v. 35, n. 6, 2001, 554-563 pp.

BARTLEY, M.; POPAY, J. ; PLEWIS, I. **Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health:** Sociology of Health and Illness, 1992, 313-343 pp.

BARUCH, G.K.; BARNETT, R.C. **Role quality, multiple role involvement and psychological well-being in midlife women.** In: JOURNAL OF PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY, 1986, 578-585 pp.

BELL, D. **O advento da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Cultrix, 1977.

BELLUSCI, S.M. **Envelhecimento e Condições de Trabalho em Servidores de uma Instituição Judiciária**: Tribunal Regional Federal da 3ª Região. São Paulo, 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP.

BELLUSCI, S.M.; FISCHER, F.M. **Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses**. In: REVISTA SAÚDE PÚBLICA, v. 33, n. 6, dez/99, 602-609 pp.

BLAIR, S.N.C.H. **McCloy research lecture: physical activity, physical fitness and health**. In: RESEARCH QUARTERTY FOR EXERCISE AND SPORTS, 1993, 365-376 pp.

BLANCO, G.; FELDMAN, L. **Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora**. In: SALUD PUBLICA MÉX, v. 42, n.3, 2000, 217-225 pp.

BOLDORI, R. **Aptidão física e sua relação com a capacidade de trabalho dos bombeiros militares do estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R.; Mc PHERSON, B.D. **Exercise, fitness and health: the consensus statement**. Champaign: IL, Human Kinetics, 1990.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T. **Physical Activity, Fitness and Health**. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1994.

BRITO, J.C.; OLIVEIRA, S. Divisão sexual do trabalho e desigualdade nos espaços de trabalho. In: SILVA FILHO, J.F.; JARDIM, S.R. organizadores. **A danação do trabalho: relações de trabalho e o sofrimento**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1997, 245-64 pp.

BRITO, J.C. **Enfoque de gênero e relação saúde-trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho**. In: CAD. SAÚDE PÚBLICA, v.16, 2000, 195-204 pp.

\_\_\_\_\_. **Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero**. In: CAD. SAÚDE PÚBLICA, v.13, supl.2, 1997, 141-144 pp.

BULLERS, S. **Women's roles and health: the mediating effect of perceived control**. In: WOMEN AND HEALTH, 1994, 11-30 pp.

BULTMANN, U. *et all*. **Lifestyle factors as risk factors for fatigue and psychological distress in the working population: prospective results from the Maastricht Cohort Study**. In: J OCCUP MED, v. 44, n. 2, 2002, 116-24 pp.

CAMPANELLI, L. **The aging workforce: implications for organizations**. In: OCCUP MED, v.5, n. 4, 1990, 817-26 pp.

CASTELLS, M. A era da informação – economia, sociedade e cultura. Vol. 1. In: **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios). **Documento de Consenso**. Anais CONGRESSO INTERNACIONAL “WOMEN, WORK, HEALTH”. Barcelona, 1996.

CAVALCANTE, M.C. **O trabalho da mulher e suas condições de saúde**: pesquisa desenvolvida em uma comunidade de baixa renda. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo.

CHOR, D. **Saúde Pública e mudanças de comportamento**: uma questão contemporânea. In: CAD. SAÚDE PÚBLICA, v. 15, n. 2, 1999, 423-425 pp.

CORREIA, A.C. Um instante de reflexão sobre o homem e o trabalho. In: CADERNO DE PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO, v. 1, n. 11, 2000, 132-140 pp.

DARES (Direction de l'Animation, de la Recherche, des Études et des Statistiques). **Conditions, Organisation du Travail et Nouvelles Technologies en 1991**. In: RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CONDITIONS DE TRAVAIL. Paris: DARES, 1993.

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

EDINGTON, C.R. **Leisure and Life Satisfaction**. Dubuque: Brown & Benchmark, 1995.

EMSLIE, C.; KATE HUNT, S.M. **Problematizing gender, work and health**: the relationship between gender, occupational grade, work conditions and minor morbidity in full-time bank employees. In: SOC. SCI. MED., 1999, 48:33-48.

ESCRIVÃO, M.A.M.S.; TADDEI, J.A.A.C. **Estratégias para a prevenção da obesidade**. ANAIS 9º CONGRESSO BRASILEIRO DE OBESIDADE, Foz do Iguaçu, 2001.

ESTEVES, M.J.L. **Implicações fisiológicas em trabalhadores expostos a ambientes frios na produção industrial dos abatedouros**. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina.

FIALHO, F.; CRUZ, R. **O objetivo da psicopatologia do trabalho**. Apostila 2 (Disciplina de Ergonomia e Psicologia do Trabalho – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas), 1999.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Banco de dados sobre o trabalho das mulheres**. (disponível em [www.fcc.org.br/servlets/mulher/séries\\_históricas?pg=mtf.html](http://www.fcc.org.br/servlets/mulher/séries_históricas?pg=mtf.html), acesso em 15/08/2004).

GIGANTE, D.P.; BARROS, F.C.; POST, C.L.A.; OLINTO, M.T.A. **Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco**. In: REV. SAÚDE PÚBLICA, 1997, 236-46 pp.

GOMES, K.R.O. **Morbidade referida por mulheres em idade fértil, uso dos serviços e qualidade da assistência**: estudo da Região Sul do município de São Paulo. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da USP.

GOMES, K.R.O.; TANAKA, A.C.d'A. **Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo.** In: REV. SAÚDE PÚBLICA, v. 37, n.1, 2003, 75-82 pp.

GOODE, W.J. A theory of role strain. **American Sociological Review**, 1960, 483-496 pp.

GRADISKI, D.M.G.; MARCON, C.L.; PETROSKI, E.L. **Percepção da forma corporal e aspectos morfológicos em universitárias: um estudo piloto.** ANAIS 9º CONGRESSO BRASILEIRO DE OBESIDADE, Foz do Iguaçu, 2001.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. R. P. **Controle do peso corporal: composição corporal, atividade física e nutrição.** Londrina: Midiograf, 1998.

GYARFAS, I. **Doenças cardiovasculares: inimigo n.1 de saúde pública em todo o mundo.** In: A Saúde do Mundo. Órgão de divulgação da OMS, 1992.

HOPUSU, L. ; SOGAARD, K. **Physical capacity and anthropometry.** Proceedings of an International Expert Meeting on Women at Work 10-12 november 1997, Espoo, Finland. People and work – research reports 20. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki, 1998.

JOFFE, M. **Biases in research on reproduction and women's work.** International Journal of Epidemiology, 1985, 118-123 pp.

KANDEL, B.D.; DAVIES, M.; RAVEIS, V.H. **The stressfulness of daily social roles for women, marital, occupational and household roles.** In: JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOUR, 1985, 64-78 pp.

KILBOM, A. **Work-related musculoskeletal disorders in women – a question of low capacity and/or high demands?** Proceedings of an International Expert Meeting on Women at work 10-12 November 1997 Espoo, Finland. People and Work Research reports 20 Finnish Institute of Occupational Health Helsinki, 1998.

LAHTI KOSKI, M. et al. **Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982-1997.** FINRISK Studies. Am J Clin Nutr, v. 75, n. 5, 2002, 809-17 pp.

LEONE, E.T. Renda familiar e trabalho da mulher na região metropolitana de São Paulo nos anos 80 e 90. In: ROCHA, M.I.B. (org.), **Trabalho e Gênero.** São Paulo: Editora 34, 2000. 85-100 pp.

LEPARGNEUR, H. **O novo quadro mundial da mulher.** In: **Mundo Saúde**, 1999, 69-78 pp.

MACRAN, S. ; CLARKE, L. ; JOSHI, H. **Women's health: dimensions and differentials.** In: Soc Sci Med, 1996, 1203-16 pp.

MAJID, E; LOPEZ, A.D.; RODGERS, A.; HOORN, S.V.; MURRAY, C.J.L. **Selected major risk factors and global and regional burden of disease.** Lancet, 360 (9343) 1347-1360, 2002.

MARTINS, M.S.; WALTORTT, L.C.B. Antropometria: uma revisão histórica. In: PETROSKI, E. L. **Antropometria: técnicas e padronizações**. Porto Alegre: Palotti, 1999, 9-28 pp.

MEIRELLES, R.M.R. **Obesidade e climatério**. ANAIS 9º CONGRESSO BRASILEIRO DE OBESIDADE, Foz do Iguaçu, 2001.

MENDES, R. **Aspectos históricos da patologia do trabalho: patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

METZNER, R.J.; FISCHER, F. M. **Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas**. In: REV. SAÚDE PÚBLICA, v. 35, n. 6, 2001, 548-533 pp.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**. PSNS, 1989. (disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), acesso em 02/06/04).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”**: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. In: REV. SAÚDE PÚBLICA, v.36, n.2, 2002, 254-256 pp.

MIROWSKY, J. ; ROSS, C.E. **Social causes of psychological distress**. New York: Aldine de Gruyter, 1989.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Human Development Reports 1995**. (disponível em [www.undp.org/reports/global/1995/em](http://www.undp.org/reports/global/1995/em), acesso em 28/06/04).

PEGADO, P. **Aptidão física, saúde e produtividade: Esporte e Lazer na Empresa**. MEC/SEED, Brasília, 1990.

PETROSKI, E.L. Equações Antropométricas: Subsídios para uso no Estudo da Composição Corporal. In: PETROSKI, E.L.(organizador). **Antropometria: técnicas e padronizações**. Porto Alegre: Palotti,1999. 105-132 pp.

POLIT, E. **Age as the determinant of the physiological cost of work in men and women**. Proceedings of an International Expert Meeting on Women at Work 10-12 November 1997, Espoo, Finland. People and work – Research reports 20. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki, 1998.

POWER, C.; MANNOR, O.; FOX, J. **Health and Class: The Early Years**. London: Chapman and Hall, 1991.

RABELO, R. **Controle do gasto calórico**. ANAIS 9º CONGRESSO BRASILEIRO DE OBESIDADE, Foz do Iguaçu, 2001.

ROCHA, L.E.; RIBEIRO, M.D. **Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas**. In: REV. SAÚDE PÚBLICA, v. 35, n. 6, 2001, 539-547 pp.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C.R. **Sistema de avaliação para a promoção e gestão do estilo de vida saudável e da aptidão física relacionada à saúde de policiais militares.** Florianópolis, 2003. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina.

ROHFFS, I. Et al. **Influence of paid work on the perceived health state in women.** In: Med Clin Barc, 1997, 566-71 pp.

ROSENFELD, S. **Sex differences in depression: Do women always have higher rates?** In: JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOUR, 1980, 33-42 pp.

SANTANA, V. S.; LOOMIS, D. P.; NEWMAN, B. **Trabalho doméstico, trabalho assalariado e sintomas psiquiátricos.** In: REV. SAÚDE PÚBLICA, v. 35, n.1, 2001, 16-22 pp.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de análise de Dados. **Mercado de trabalho feminino no Estado de São Paulo 1994/1998.** 2000.  
(disponível em [www.seade.gov.br/mulher/index01.html](http://www.seade.gov.br/mulher/index01.html), acesso em 03/08/03).

SEITSAMO, J.; ILMARINEN, J. **Life-style, aging and work ability among Finnish workers in 1981-1992.** Scand J Work Environ Health, n. 1, suppl. 23, 1997, 20-6 pp.

SILVA, D.K.; PETROSKI, E.L. **Percepção da forma corporal e aspectos morfológicos em adultos de meia idade.** In: REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, set., 1999.

SILVA, M.A.S.; MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho.** São Paulo: Best Seller, 1997.

SOBRINHO, O. S. Psicologia, sociologia e antropologia do trabalho. In: VIEIRA, S. I. (coordenador). **Medicina Básica do Trabalho.** v. 4. Curitiba: Gênese, 1995.

SOBRINHO, O. S.; VIEIRA, S.I. Estresse e sua prevenção. In: VIEIRA, S. I.(coordenador) **Medicina Básica do Trabalho.** v. 4. Curitiba: Gênese, 1995.

SOUZA-LOBO, E. **A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência.** São Paulo: Editora Brasiliense/ Secretaria Municipal de Cultura, 1991.

THE CANADIAN PHYSICAL ACTIVITY, FITNESS & LIFESTYLE APPRAISAL. **CSEP'S Plan for healthy active living.** Canadian Society for Exercise Physiology. 3 nd. Edition, November, 2003. Ottawa, Ontário, CA.

THOMPSON, P.G. **Aging in the 1990s and beyond.** In: OCCUP MED, v. 5, n. 4, 1990, 807-16 pp.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TUOMI, K.; ESKELINEN, L.; TOIKKANEN, J.; JARVINEN, E.; ILMARINEN, J.; KLOCKARS, M. **Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees.** In: Scand J Work Environ Health. n. 1, suppl 17, 1991, 128-34.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; MARTIKAINEN, R.; AALTO, L.; KLOCKARS, M. **Aging, work, lifestyle and work ability among finnish municipal workers in 1981-1992.** Scan J Work Health, 1997, 58-65 pp.

UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR. **Bureau of Labor Statistics: American time-use survey.** 2004 (disponível em [www.bls.gov/tus/](http://www.bls.gov/tus/))

VALLS-LLOBET, C. Salud laboral y movilidad. **Cuadernos Mujer Salud**, 1997, 56-60 pp.

VERBRUGGE, L.M. **Multiple roles and physical health of women and men.** In: JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR, v. 24, n. 3, 1983, 16-30 pp.

XAVIER, G. N.A. **Aspectos Epidemiológicos e Hábitos de Vida das Servidoras da UFSC: Diagnóstico e Recomendações para um Programa de Promoção da Saúde da Mulher,** Florianópolis, 1997 (disponível em [www.eps.ufsc.br/disserta97/Xavier/index.html](http://www.eps.ufsc.br/disserta97/Xavier/index.html), acesso em 25/11/01).

WAINSTEIN, S. **Estresse, índice de capacidade para o trabalho, atividade física e composição corporal em telejornalistas.** Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina.

WERUTSKY, C.A. **Exercício emagrece?** ANAIS 9º CONGRESSO BRASILEIRO DE OBESIDADE, Foz do Iguaçu, 2001.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia – método & técnica.** São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Aging and work capacity: report of a WHO study group.** Geneva: WHO, 1993. WHO technical report series, n 835.

\_\_\_\_\_. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases,** 2003a.

\_\_\_\_\_. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health,** 2003b.

\_\_\_\_\_. **Health promotion glossary.** Geneva, 1998.

\_\_\_\_\_. **Report of a WHO Consultation on Obesity.** Geneva, 3-5 June 1997.

# **ANEXOS**

## ANEXO 01 – QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS

Você está participando de uma pesquisa sobre saúde e trabalho.  
Por favor, responda com atenção. Agradecemos sua colaboração.

1- Qual é a sua idade? .....anos (em número de anos completos)

2- Qual é a sua escolaridade?

- a- primeiro grau incompleto
- b- primeiro grau completo
- c- segundo grau incompleto
- d- segundo grau completo
- e- terceiro grau incompleto
- f- terceiro grau completo

3- Qual é o seu estado civil?

- a- solteira
- b- casada
- c- vive junto
- d- separada
- e- viúva

4- Você tem filhos?

- a- sim                      Quantos? .....
- b- não

5- Com qual frequência você faz serviços domésticos ( lavar louças ou roupas, limpar casa, cozinhar)?

- a- todos os dias
- b- 5 a 6 dias por semana
- c- 4 dias por semana
- d- 3 dias por semana
- e- 1 ou 2 dias por semana
- f- não faço serviços domésticos

6- Você conta com a ajuda de outras pessoas para fazer os serviços domésticos?

- a- sim
- b- não

7- Você tem algum outro tipo de trabalho remunerado além do seu emprego?

- a- sim            Qual?.....
- b- não

8- Há quanto tempo você está em sua função atual atual?.....

9- Qual a sua renda mensal?        R\$......

## ANEXO 02 – QUESTIONÁRIO “FANTASTIC LIFESTYLE”<sup>1</sup>

*Instruções:* Ao menos que de outra forma especificado, coloque um X dentro da alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no mês passado. As explicações às questões que geram dúvidas encontram-se no verso.

Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu dou e recebo afeto	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Eu como uma dieta balanceada (ver explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu freqüentemente como em excesso 1) açúcar 2) sal 3) gordura animal 4) bobagens e salgadinhos	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Eu estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável	Mais de 8 Kg	8 Kg	6 Kg	4 Kg	2 Kg
Tabaco e tóxicos	Eu fumo cigarros	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos
	Eu uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes				Nunca
	Eu abuso de remédios ou exagero	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Eu ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou coca-cola)	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Álcool	A minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (veja explicação)	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Eu bebo mais de 4 doses em uma ocasião	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Eu dirijo após beber	Algumas vezes				Nunca
Sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro	Eu durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu uso cinto de segurança	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Eu sou capaz de lidar com o stress do meu dia-a-dia	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu pratico sexo seguro (veja explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre

<sup>1</sup> *Fantastic Lifestyle Assessment* (1985) adaptado pela *Canadian Society for Exercise Physiology* (2003).

Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Eu me sinto com raiva e hostil	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Instropecção	Eu penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu sinto tenso e desapontado	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Eu me sinto triste e deprimido	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Eu estou satisfeito com meu trabalho ou função	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

*Instruções:*

Dieta balanceada (para pessoas com idade de 4 anos ou mais).

Pessoas diferentes necessitam de diferentes quantidades de comida. A quantidade de comida necessária por dia dos 4 grupos de alimentos dependem da idade, tamanho corporal, nível de atividade física, sexo e do fato de estar grávida ou amamentando. A tabela abaixo apresenta o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos. Por exemplo, crianças podem escolher o número menor de porções, enquanto que adolescentes do sexo masculino podem escolher um número maior de porções. Para a maioria das pessoas o número intermediário será suficiente.

GRÃOS E CEREAIS	FRUTAS E VEGETAIS	DERIVADOS DO LEITE	CARNES E SEMELHANTES	OUTROS ALIMENTOS
Escolha grãos integrais e produtos enriquecidos com maior frequência	Escolha vegetais verde-escuro e laranja com maior frequência	Escolha produtos com baixo conteúdo de gordura	Escolha carnes magras, aves e peixes assim como ervilhas, feijão e lentilha com mais frequência.	Outros alimentos que não estão em nenhum dos grupos possuem altos conteúdos de gordura e calorias e devem ser usados com moderação
<b>PORÇÕES RECOMENDADAS POR DIA</b>				
5-12	5-10	Crianças (4-9 anos) 2-3 Jovens (10-16 anos) 3-4 Adultos 2-4 Grávidas e amamentando 3-4	2-3	

Álcool. 1 dose= 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml).

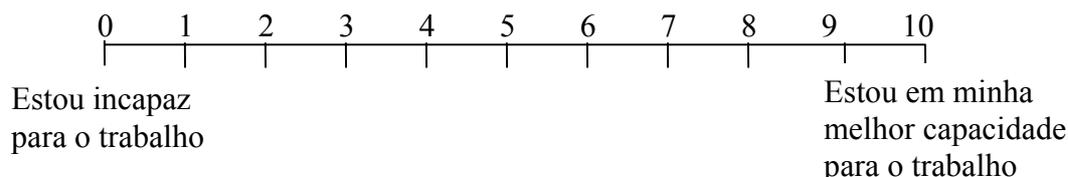
Sexo seguro. Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção.

## ANEXO 03 – QUESTIONÁRIO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Este questionário é sobre como você percebe a sua capacidade para o trabalho. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

### 1-Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida:

Numa escala de 0 a 10, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?



### 2- Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho:

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

- muito boa
- boa
- moderada
- baixa
- muito baixa

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.

- muito boa
- boa
- moderada
- baixa
- muito baixa

### 3- Número atual de doenças diagnosticadas por médico:

Na **sua opinião** quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque **também** aquelas que foram **confirmadas pelo médico**.

	LESÕES POR ACIDENTES OU DOENÇAS	Em minha opinião	Diagnóstico médico
01	Lesão nas costas		
02	Lesão nos braços/mãos		
03	Lesão nas pernas/pés		
04	Lesão em outras partes do corpo Onde? Que tipo de lesão?		
05	Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes.		
06	Doença da parte inferior das costas com dores freqüentes		
07	Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)		
08	Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores freqüentes		

LESÕES POR ACIDENTES OU DOENÇAS		Em minha opinião	Diagnóstico médico
09	Artrite reumatóide		
10	Outra doença músculo-esquelética Qual?		
11	Hipertensão arterial (pressão alta)		
12	Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)		
13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana.		
14	Insuficiência cardíaca		
15	Outra doença cardiovascular Qual?		
16	Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)		
17	Bronquite crônica		
18	Sinusite crônica		
19	Asma		
20	Enfisema		
21	Tuberculose pulmonar		
22	Outra doença respiratória Qual?		
23	Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)		
24	Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)		
25	Problema ou diminuição da audição		
26	Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)		
27	Doença neurológica (avc, enxaqueca, epilepsia)		
28	Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos Qual?		
29	Pedras ou doença da vesícula biliar		
30	Doença do pâncreas ou o fígado		
31	Úlcera gástrica ou duodenal		
32	Gastrite ou irritação duodenal		
33	Colite ou irritação do colon		
34	Outra doença digestiva Qual?		
35	Infecção das vias urinárias		
36	Doença dos rins		
37	Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex. problema nas trompas ou na próstata)		
38	Outra doença geniturinária Qual?		
39	Alergia, eczema.		
40	Outra erupção Qual?		
41	Outra doença da pele Qual?		
42	Tumor benigno		
43	Tumor maligno (câncer) Onde?		
44	Obesidade		
45	Diabetes		
46	Bócio ou outra doença da tireóide		
47	Outra doença endócrina ou metabólica Qual?		
48	Anemia		
49	Outra doença do sangue Qual?		
50	Defeito de nascimento Qual?		
51	Outro problema ou doença Qual?		

4- Perda estimada para o trabalho devido às doenças:

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.

- não há impedimento/eu não tenho doenças
- eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas
- algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- freqüentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
- na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

5- Faltas ao trabalho por doenças no último ano:

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

- nenhum
- até 9 dias
- de 10 a 24 dias
- de 25 a 99 dias
- de 100 a 365 dias

6- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos:

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?

- é improvável
- não está muito certo
- bastante provável

7- Recursos mentais:

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

- sempre
- quase sempre
- às vezes
- raramente
- nunca

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

- sempre
- quase sempre
- às vezes
- raramente
- nunca

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

continuamente

quase sempre

às vezes

raramente

nunca