



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTES
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - BACHARELADO**

REGINALDO CAMPOS DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO
DISTRITO INDUSTRIAL DE PECÉM-SÃO GONÇALO DO AMARANTE**

FORTALEZA – 2021

REGINALDO CAMPOS DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE VIDA E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO
DISTRITO INDUSTRIAL DE PECÉM-SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Educação Física – Bacharelado, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial da obtenção do grau Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Alex Soares Marreiros Ferraz (*in memorian*)

Co orientadora: Profa. Dra. Marcela de Castro Ferracioli Gama

FORTALEZA – 2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O51a Oliveira, Reginaldo Campos de.
Avaliação da qualidade de vida e saúde dos trabalhadores do distrito industrial de Pecem-São Gonçalo do Amarante / Reginaldo Campos de Oliveira. – 2021.
46 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Instituto de Educação Física e Esportes, Curso de Educação Física, Fortaleza, 2021.
Orientação: Prof. Dr. Alex Soares Marreiros Ferraz.
Coorientação: Profa. Dra. Marcela de Castro Ferracioli Gama.

1. Qualidade de vida. 2. Saúde. 3. Trabalhadores industriais. I. Título.

CDD 790

REGINALDO CAMPOS DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE VIDA E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO
DISTRITO INDUSTRIAL DE PECÉM-SÃO GONÇALO DO AMARANTES

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Educação Física – Bacharelado, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial da obtenção do grau Bacharel em Educação Física.

Aprovação em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Marcela de Castro Ferracioli Gama
Universidade Federal do Ceará (UFC).

Prof. Dr. João Airton de Matos Pontes
Universidade Federal do Ceará (UFC).

Prof. Dr. Yuri Alberto Freire de Assis
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida dos Trabalhadores do Complexo Industrial Portuário do Pecem, localizado no estado do Ceará. Participaram do estudo 50 trabalhadores com idades entre 20 e 60 anos, 39 homens e 11 mulheres. Para avaliação da Qualidade de Vida foi utilizado o questionário WHOQOL-breve elaborado pela OMS. Estatística descritiva foi utilizada para apresentar os resultados quanto à avaliação geral, por gênero e faixa etária. A avaliação dos resultados geral para todos trabalhadores foi de satisfação na Qualidade de vida com valor médio de 74,35. Independentemente do gênero ou faixa etária, a classificação em satisfação na Qualidade de Vida se manteve. Apesar disso, as trabalhadoras mulheres apresentaram média do escore do WHOQOL-breve próxima ao limite inferior de 70 para classificação de satisfação no valor de 70,85. Esses resultados indicam que a qualidade de vida dos entrevistados não teve interferência pela jornada de trabalho, porém com perfil subjetivo da pesquisa, faz-se necessário ainda mais pesquisas. Os resultados podem servir de fonte para que empresas e órgãos públicos possam criar e implantar ações voltadas para promoção da qualidade de vida de seus trabalhadores.

Palavras-chave: Trabalhadores industriais, Qualidade de vida, Complexo Industrial Portuário do Pecem.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frequência relativa (%) de participantes do presente estudo por faixa etária.....	32
Figura 2. Escores obtidos através do questionário WHOQOL-BREVE por faixa etária dos participantes do presente estudo.	33
Figura 3. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão por todos os participantes do estudo.....	33
Figura 4. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes do gênero masculino.....	34
Figura 5. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes do gênero feminino.....	34
Figura 6. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes da faixa etária 20-30 anos.....	35
Figura 7. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes da faixa etária 31-40 anos.....	35
Figura 8. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes da faixa etária 41 a 50 anos.	36
Figura 9. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelo participante da faixa etária 51 a 60 anos.	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OJETIVOS	10
	2.1 Objetivo Geral	10
	2.2 Objetivo Específico	10
3	REFERÊNCIAL TEORICO	11
	3.1 Promoção da Saúde	11
	3.2 Qualidade de Vida no Trabalho	14
	3.3 Saúde do Trabalhador	17
	3.3.1 Gênero:	17
	3.3.2 Regime de Trabalho.....	18
	3.3.3 Idade	19
	3.3.4 Tempo de trabalho	20
	3.3.5 Tabagismo.....	20
	3.3.6 Hipertensão, Triglicerídeos, Colesterol, Glicemia e Ácido Úrico.....	21
	3.3.7 Obesidade e Sobrepeso.....	22
	3.3.8 Estresse	22
	3.3.9 Sono.....	23
	3.3.10 Risco Hepático.....	23
	3.3.11 Condicionamento Físico	24
	3.4 Atividade Física e Saúde do Trabalhador	25
4	JUSTIFICATIVA	28
5	MÉTODO	29
	5.1 Tipo de Pesquisa	29
	5.2 Participantes	29
	5.3 Materiais	29
	5.4 Procedimento	30
	5.5 Análise dos Dados	30
6	RESULTADOS	32
7	DISCUSSÃO	37
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
	ANEXO - WHOQOL-breve.....	44
	APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVER E ESCLARECIDO	48

1 INTRODUÇÃO

O Complexo Industrial e Portuário do Pecém é uma área da Região Metropolitana de Fortaleza, no estado do Ceará, que aglomera várias estruturas, empreendimentos e companhias industriais, em especial o Terminal Portuário do Pecém, a Zona de Processamento de Exportação do Ceará, Companhia Siderúrgica do Pecém e as termelétricas Energia Pecém (MPX e EDP) e MPX Pecém II. A região industrial também faz parte do projeto do Eixão das Águas. Com esses investimentos, toda a região possui, atualmente, milhares de trabalhadores, exercendo as mais diversas funções, em horários variados e em condições diferenciadas de funções (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO CEARA, 2013). Os incentivos empresariais e buscas por oportunidades de trabalhos fazem com que, pessoas de vários lugares do país sejam atraídas para as oportunidades geradas em todo Complexo Industrial e Portuário do Pecém, criando uma heterogenia de indivíduos.

Em toda jornada de vida de um trabalhador, seu cotidiano torna-se uma busca constante de conforto e melhor condição de vida. Durante todo esse processo, muitas vezes são negligenciados conceitos e cuidados com sua saúde e condição física, seja por excesso de horas de trabalho, alimentação desregrada, ambientes insalubres, ergonomia imprópria e maus hábitos (DYNIEWICZ et al., 2009). Tais temas, hoje muito explorados em pesquisas acadêmicas com os mais diversos grupos da população em geral, são também muito difundidos em mídias atuais na forma de programas discursivos e documentários.

A condição física e a qualidade de vida podem ter relação direta com bem-estar, satisfação pessoal e profissional e essa percepção pode ser diferente para cada profissional ou trabalhador presente no Complexo Industrial e Portuário do Pecém (CIPP). A Qualidade de Vida é definida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações”.

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de trabalhadores nas indústrias do CIPP. Acredita-se que esse estudo poderá ajudar em possíveis diretrizes administrativas para manter e/ou programar ações que possam colaborar diretamente na satisfação e no trabalho, com reflexos diretos na vida pessoal de cada um desses trabalhadores (DYNIEWICZ et al., 2009). Tratando-se de um tema muito abrangente e complexo, ficamos

somente com tratativa da condição física dos trabalhadores e sua qualidade de saúde (CECAGNO et al., 2002).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores do Complexo Industrial e Portuário do Pecém.

2.2 Objetivo Específico

- Avaliar a qualidade vida dos trabalhadores por gênero e faixa etária.

3 REFERÊNCIAL TEORICO

3.1 Promoção da Saúde

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, o que significa que saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas; dependerá da época e lugar em que vive cada pessoa, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas, etc. (NOGUEIRA, 2010). Hipócrates de Cós (460-377 a.C.) via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado, palavras do homem considerado “pai” da medicina ocidental (NOGUEIRA, 2010).

Para Gutierrez (1994), (apud GUITERREZ et al., 1997):

Promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo.

A OMS (1986), na Carta de Princípios de 7 de abril de 1948 – desde então, o Dia Mundial da Saúde – disse que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Conforme BUSS (2000), a Carta de Ottawa acerta promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Em 2010, a OMS afirmou que essa definição reflete como a compreensão da saúde ocupacional evoluiu de um foco quase exclusivo no ambiente físico de trabalho para a inclusão de fatores psicossociais e de prática de saúde pessoal. O local de trabalho é cada vez mais usado como um ambiente para promoção da saúde e atividades preventivas de saúde. Não apenas para prevenir lesões ocupacionais, mas para avaliar e melhorar a saúde geral das pessoas.

A Promoção de saúde possui um aspecto multifatorial e pode ser entendida, de acordo com Buss (2000, p. 165), “a partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propondo a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de

recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução”. Quando se fala em Promoção de Saúde, devemos desvincular seu conceito do conceito de prevenção da saúde, esses conceitos que parecem estar interligados, e que podem gerar confusões, quando considerados como sinônimos. Ambos se permeiam e devem ser complementares. Uma breve diferenciação se segue, apesar de que muitas vezes só é possível no campo conceitual, ao passo que no âmbito das práticas, fica difícil a visualização (CZERESNIA, 2003).

Como distinguem Souza e Grundy (2004, pp. 1354-55):

”à prevenção baseia-se, geralmente, na concepção de risco ou da probabilidade de se tornar doente; a prevenção para a saúde envolve a transmissão de informações relativas à saúde, visando à mudança de comportamento e à adoção de estilo de vida saudável, em que o indivíduo passa a ser o principal responsável pelo seu estado de saúde..., a promoção da saúde implica um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam efetividade da educação para a saúde”

Em Ottawa, no ano de 1986, foi feita uma Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sua importância trouxe um maior respaldo tanto conceitual quanto político. Foi conceituado que a Promoção da Saúde “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

A promoção da Saúde está reunida em dois grandes grupos conceituais. O primeiro atribui as atividades dirigidas à transformação dos comportamentos das pessoas nos seus estilos de vida, ocorre pela iniciativa própria, sendo possível promover mudanças comportamentais. O segundo, relacionado à constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições individuais de saúde através de políticas públicas e a criação de ambientes favoráveis, suas atividades estariam voltadas ao coletivo e ao ambiente. No último conceito, o indivíduo, sozinho, não é capaz de promover transformações nos seus condicionantes de saúde (BUSS, 2000; CZERESNIA, 2003).

Para Czeresnia (2003), a primeira perspectiva é conservadora, centrando a responsabilidade de cuidados à saúde no próprio sujeito e a outra progressista, pôs ressaltar a importância da elaboração de políticas intersetoriais, voltada para a melhoria da qualidade de vida das populações. Assim, novas formas de trabalhar a saúde em uma perspectiva mais multifatorial e complexa produzindo discursos e práticas que marquem novas relações com outras áreas do conhecimento científico. Candeias (1997), quando se reporta às diferentes

perspectivas, afirma que ações de educação em saúde podem provocar as mudanças comportamentais individualizadas, ao passo que para se abranger a coletividade, é preciso recorrer à abordagem mais ampla, proveniente do movimento da Promoção da Saúde.

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, definiu que “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Nesse sentido, é essencial que o ser humano deve ser visto inserido em um contexto social, com seu equilíbrio físico e mental dependente das condições do meio em que vive (BLANCO, 2008).

O Brasil criou a Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, reforçando o movimento e inserindo-o na realidade nacional. Mostra-se nesta política um programa em defesa da Vida, que constitui um conjunto de compromissos sanitários e estes deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Dentre as prioridades deste programa estão a promoção, informação e educação em saúde, com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica entre outros cuidados (BLANCO, 2008).

Nessa Política, destacam-se alguns pontos importantes: a) Diretrizes: pesquisa incentivada para promoção de saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; b) Estratégias de implementação: estímulo à inserção de ações de Promoção da Saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo. c) Ações prioritárias para o biênio 2006-2007: Prática Corporal/Atividade Física (BLANCO, 2008).

Especificamente a respeito da Atividade Física, a política refere-se, em pontos de ações na rede básica de saúde e na comunidade: atividade física na lógica da educação permanente, incluindo como parte do processo; incentivar articulações entre dos os setores para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais; criar parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho; desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais / atividades físicas no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (BLANCO, 2008).

3.2 Qualidade de Vida no Trabalho

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) inspirou uma série de estudos ao longo do tempo, mesmo que com outras designações, os trabalhos neste sentido sempre estão voltados para a facilitação da compreensão da satisfação ou não do homem em seu ambiente de trabalho (TEIXEIRA, 2010). Os estudos referentes a este tema tiveram origem nas pesquisas realizadas por Eric Trist e seus colaboradores, no Tavistock Institute of Human Relations, criado em Londres, no ano de 1946 (SILVA, 2009). Segundo Ortsman (1984 apud SILVA, 2009), esse instituto foi criado por uma equipe de investigadores de ciências sociais que tinha resolvido alguns problemas práticos na Segunda Guerra Mundial.

Nos anos 60, cria-se uma nova proposta em termos de experimentação social, que valoriza a organização do trabalho e os benefícios por ela causados. Assim temos que "...em relação aos estudos da QVT, a primeira fase, que teve início em meados da década de 60 se estendeu até 1974 e sua marca foi preocupação de cientistas, líderes sindicais, empresários e governantes, pelas formas de como influenciar a qualidade das experiências do trabalhador num determinado emprego" (RODRIGUES, 2008). Já nos anos 70, teve-se uma menor preocupação com os estudos sobre QVT, retornando os estudos em 1979, em que surgiram abordagens novas, baseados em modelos japoneses, tendo como base técnicas em administrar. Para Ortsman (apud SILVA, 2009):

"...quer nos reportemos à expressão escandinava de democracia industrial, à expressão anglo-saxônica de qualidade de vida no trabalho, à expressão germânica de humanização do trabalho ou à expressão mais latina de reconciliação do homem com o seu trabalho. Trata-se em qualquer dos casos: de favorecer a melhoria das condições de vida no trabalho; de respeitar cada vez mais a necessária diversidade das expectativas individuais; de modificar profundamente a natureza das atividades e os tipos de relações ligadas ao trabalho, especialmente porque se põe em causa o modelo hierárquico tradicional".

Referente aos conceitos de qualidade de vida, segundo Milioni (2003), as expressões têm livre interpretação, sem uma regra geral, porquanto dependente da tônica que a ela se queira dar, conforme os valores, filosofia e propósitos das pessoas e entidades que a queiram usar como referência para o trabalho que desenvolvem na busca da felicidade do ser humano. Limongi-França (2004) conceitua-a como a sensação bem-estar proporcionada pelo atendimento das necessidades individuais, do ambiente social e econômico e das expectativas de vida.

Para Teixeira (2010), a qualidade de vida refere-se, portanto, a uma condição de vida favorável ou desfavorável, considerando aspectos como: alimentação, habitação, transporte, educação, saúde, trabalho, lazer, saneamento. Ela envolve o indivíduo em todas as suas dimensões, quais sejam, mental, social, física, emocional e espiritual. Nas empresas, ela tem sido um dos maiores objetivos da gestão estratégica de pessoas, por via de ações de melhoria do ambiente e condições de trabalho, emprego de técnicas de ginástica laboral, sessões de relaxamento, atividades lúdicas e muitos outros recursos ortodoxos e criativos.

Tornar-se-á salutar que a organização possa ser um local onde o indivíduo realize seus anseios pessoais em sincronia com os objetivos organizacionais. Para Fernandes (1996 apud SILVA, 2009), "...somente atendendo às necessidades das pessoas e as desenvolvendo, maximizando as suas potencialidades, é que a empresa também se desenvolverá atingindo suas metas". Assim, surge a qualidade de vida no trabalho, como uma importante tecnologia voltada à satisfação das necessidades das pessoas. Segundo Rodrigues (1994), esta possui diferentes conotações, sendo a mais objetiva e clara, facilitar e satisfazer as necessidades dos trabalhadores no desenvolver de suas atividades.

Segundo Hackman e Suttle (apud BÚRIGO, 1997) "...A qualidade de vida no trabalho refere-se à satisfação das necessidades da pessoa. Ela afeta atitudes pessoais e comportamentais, tais como criatividade, vontade de inovar ou aceitar mudanças, capacidade de adaptar-se a mudanças no ambiente de trabalho e o grau de motivação interna para o trabalho, que são fatores importantes para a produtividade do indivíduo"

Em um programa de qualidade de vida para uma empresa são contempladas ações que abordam alguns aspectos: qualidade e produtividade, segurança e saúde no trabalho e considerando os conteúdos relacionados aos recursos humanos, capacitação, motivação e desenvolvimento pessoal. Segundo Bergeron (1992), ela consiste na aplicação de uma filosofia humanista pela introdução de métodos participativos, visando modificar vários aspectos do meio ambiente de trabalho, a fim de criar uma nova situação, mais favorável à situação dos empregados da empresa. Para Teixeira (2010), qualidade de vida no trabalho está ligada às condições favoráveis ou desfavoráveis de um ambiente de trabalho para os funcionários.

Para Walton et al., citado por Rodrigues (1994: 21) "...A Qualidade de Vida no trabalho é resultante direta da combinação de diversas dimensões básicas da tarefa e de outras dimensões não dependentes diretamente da tarefa, capazes de produzir motivação e satisfação em diferentes níveis, além de resultar em diferentes tipos de atividade e condutas dos indivíduos pertencentes a uma organização". Quando isso não ocorre temos como

consequência da insatisfação dos profissionais, um aumento do absenteísmo, a rotatividade de funcionários se eleva, ocorre diminuição do rendimento, reclamações e greves que produzem efeitos na saúde física e mental dos profissionais e, em decorrência, na qualidade e rentabilidade empresarial (TEIXEIRA, 2010).

Rodrigues (1994, p.150) afirma que a “qualidade de vida no trabalho tem como base para sua mensuração a motivação e a satisfação em diferentes níveis”. Deixando claro interligação da motivação dos funcionários com tema Qualidade de Vida. Para ocorrer mudanças eficazes, é fundamental um diagnóstico da qualidade de vida no trabalho relacionado à motivação e à satisfação dos funcionários que compõem a empresa. De acordo com Chiavenato (1994: 99), “a motivação constitui um importante campo da natureza humana e da explicação do comportamento humano”, sobre o qual se trata a seguir.

A QVT deve ser vista com dinamismo na gestão, porque as organizações e as pessoas mudam continuamente e depende da realidade de cada empresa no contexto em que ela atua. Fernandes descreve a influência dos fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos que afetam na cultura e no clima organizacional, influenciando no bem estar do trabalhador, “...Além disso, pouco resolve atender-se apenas para fatores físicos, pois aspectos sociológicos e psicológicos interferem igualmente na satisfação dos indivíduos em situação de trabalho; sem deixar de considerar os aspectos tecnológicos da organização do próprio trabalho que, em conjunto, afetam a cultura e interferem no clima organizacional com reflexos na produtividade e na satisfação dos empregados” (FERNANDES, 1996 apud SILVA, 2009).

De Marchi, fundador da Associação Brasileira de Qualidade de Vida, e seu ex-presidente, define que “...nos anos 1998-1999, qualidade de vida é estar saudável, desde a saúde física, cultural, espiritual até a saúde profissional, intelectual e social. Segundo Cooper citado por Lima (2009) os sistemas de produção criados ao longo dos anos e ainda em uso, já não mais atendem às necessidades da força de trabalho, o que fica evidenciado pelo crescimento dos problemas de relações industriais, pelos indicadores sociais negativos (rotatividade, absenteísmo, acidentes) e pela pior qualidade dos produtos. Quando implantação de uma instalação ou equipe de trabalho é necessário não esquecer da motivação do trabalhador, que é ligada de perto à sua satisfação com a empresa, com o ambiente de trabalho, com a variedade e os desafios impostos pelas tarefas e com o nível salarial, não bastando simplesmente que tenha habilidades, conhecimento e experiência, segundo Moreira (1993) citado por Lima (2009).

Assim seguindo esse raciocínio, Fernandes e Gutierrez (1988) citado por Lima (2009), consideram que o desempenho eficaz depende acima de tudo do querer fazer e não tanto do

saber fazer e a tecnologia de QVT pode ser utilizada exatamente para que as pessoas queiram fazer mais, como decorrência de um envolvimento maior com o trabalho que realizam.

Com intenção em melhorá-la, segundo Werther e Davis (1983) citado por Lima (2009), espelha a evolução da sociedade em geral e do nível de instrução dos trabalhadores. De Lucca Neto (1999) citado por Limongi-França (2004: 43) afirma que “os programas de qualidade de vida no trabalho são exigência dos tempos. Expressam um compromisso com os avanços da ciência, da civilização, da cidadania. E ainda, por isso, um desafio para muitos”.

Algumas organizações tem como incentivo os salários altos pra motivar os empregados a trabalhar com mais produção, pois o dinheiro, segundo Corrêa (1993) apud Lima, (2009), em um mundo movido pelo mercado, em quase todos os segmentos sociais, é o elemento de troca por excelência. Este princípio, segundo Carvell (1982) citado por Lima (2009), é uma simplificação do comportamento humano, mesmo sendo um fator capaz de atrair e manter bons trabalhadores, diminuindo a rotatividade e aumentando a segurança do empregado, o salário não contribui diretamente para que o trabalhador deseje ser um empregado melhor e aprimore seu desempenho. Para Teixeira (2010), “o interesse em realizar um serviço melhor liga-se a uma combinação de aspectos, que inclui o conjunto de objetivos, valores e ambições do próprio trabalhador e a satisfação intrínseca que ele encontra por executar o serviço”.

3.3 Saúde do Trabalhador

Temos hoje estudos que buscam encontrar os parâmetros relacionados a saúde do trabalhador para seu acompanhamento, e também a validação das ações ou controles entre a interface de hábitos saudáveis de vida. Para Teixeira (2010), fatores como gênero, regime de trabalho, tabagismo, hipertensão arterial, triglicérides, colesterol, glicemia, ácido úrico, obesidade e ganho de peso, condicionamento físico, absenteísmo, segurança física, estresse, sono e risco hepático, são importantes para a relação qualidade de vida do trabalhador e saúde.

3.3.1 Gênero:

O gênero é um fator avaliado em alguns estudos onde esses tendem a relacioná-lo ou não a um fator de risco para a saúde do trabalhador. Lin, Chen e Luo (2008) fizeram um estudo onde verificaram 1890 relatos de acidentes de trabalho registrados no Council of Labor Affairs (CLA), Taiwan, e avaliaram o gênero de uma maneira presente como fator

contribuinte. Esse estudo indicou que gênero possui influência no tipo de acidente de trabalho, onde gênero masculino teve uma maior incidência de acidentes fatais no trabalho em relação ao gênero feminino.

No Canadá, no ano de 2003, foram avaliados 75.184 trabalhadores, com idade entre 15 e 75 anos de ambos os gêneros. Esse estudo foi realizado por Wilkins e Mackenzie através do Levantamento de Saúde da Comunidade Canadense (Canadian Community Health Survey – CCHS). Os autores demonstraram que o gênero masculino tem maior incidência de lesões no trabalho que o gênero feminino, independente do setor de trabalho. Corroborando com o estudo acima, na França, onde 6.214 trabalhadores do gênero masculino e feminino, foram estudados por Bhattacharjee et al. (2003), houve uma grande diferença entre os gêneros nas lesões de trabalho, sendo os homens o grupo de maior envolvimento em acidentes.

Wilkins e Mackenzie (2007) relataram que o gênero masculino tem maior incidência de relatos de acidente de trabalho, os mesmos sugerem que a explicação pode se dar devido as diferenças de tarefas e trabalho que ocorrem em um mesmo regime de trabalho, dando ênfase na diferença de percepção dos riscos e no comportamento dos gêneros. Apesar dos estudos na terem uma explicação para essa diferença de acidentes entre os gêneros, para Teixeira (2010), demonstra uma importância de incluir esse parâmetro nas avaliações periódicas dentro das organizações.

3.3.2 Regime de Trabalho

Trabalho em regime de turnos teve um acréscimo nas últimas décadas, em países industrializados em tempos recentes sua produção tornou-se contínua ao longo do dia. Assim para Kroemer e Grandjean (2005), o ajuste do ritmo circadiano e ocorrer possibilidade negativas para a saúde do trabalhador.

Após a Segunda Guerra Mundial o trabalho em turno cresceu muito, e nos tempos recentes todos os países industrializados se voltaram para uma produção contínua. Dessa forma, o ajuste do ritmo circadiano e a possibilidade de consequências negativas para a saúde do trabalhador tornaram-se importantes tópicos de estudo (KROEMER; GRANDJEAN, 2005), os autores relatam como efeitos negativos: as perturbações do sono, fadiga crônica, maior frequência de acidentes de trabalho e também aspectos sociais comprometidos em função desse regime de trabalho.

Bhattacharjee et al. (2003) realizaram uma pesquisa com 2.833 indivíduos da cidade de Lorraine, ao nordeste da França, onde esse estudo demonstrar que a categoria de trabalho tem influência na incidência de acidentes de trabalho. Os trabalhadores desse estudo tinham

idade acima de 15 anos, os autores verificaram que a categoria e o regime de trabalho era um fator importante para acidentes de trabalho, os mesmos ainda citam que o tipo de tarefa, o ambiente e a organização de trabalho também estão relacionados com esse fator. As condições de trabalho também têm impacto sobre a condição de saúde e na capacidade física e mental do trabalhador, acarretando maiores ocorrências de acidentes. Trazem ainda, que o turno noturno é mais comum entre operários e comparam que o distúrbio do sono é de 6 a 14 vezes mais comum nestes trabalhadores que nos que exercem a mesma tarefa no período diurno. Wilkins e Mackenzie (2007) corroboram com estudo citado, eles verificaram que trabalhadores onde suas horas semanais de trabalho ultrapassam o valor de 35 horas, tem uma probabilidade maior de lesões ocupacionais, assim as tarefas que necessitam de horas extras são mais prejudiciais aos trabalhadores. Os autores ainda demonstraram que os trabalhadores do período administrativo sofriam menor risco de acidentes de trabalho que os indivíduos que estavam no regime de turno de revezamento.

Assim os estudos corroboram para que o fator regime de turno seja também um importante parâmetro para ser considerado na triagem da saúde do trabalhador. Sendo observado pra diminuir os riscos dos trabalhadores e melhorar sua qualidade de vida. Todos estes estudos demonstram que o regime de trabalho é um importante parâmetro a ser avaliado quando busca uma triagem da saúde do trabalhador, objetivando minimizar os riscos e promover uma melhor qualidade de vida no trabalho.

3.3.3 Idade

A idade dos trabalhadores é um parâmetro de estudo para muitos pesquisadores, em que esses tentam relacionar com uma incidência maior de acidentes de trabalho. Para Teixeira (2010), verificou que um maior número de acidentes acontecia em indivíduos com idade inferior a 30 anos. Um dos fatores para essa condição tende a ser o ingresso no mercado de trabalho muito novo e sem os devidos treinamentos de segurança para as tarefas exercidas (CHAU et al., 2004; CHAU et al., 2002; BHATTACHERJEE et al., 2003). Os autores Saha, Kumar e Vasudevan (2008) fizeram um estudo com a participação de 726 trabalhadores de uma planta química, apesar de corroborarem com os estudos anteriores, as diferenças entre as faixas etárias não tiveram significância estatística, os indivíduos mais novos tendiam a ter uma pequena margem em maior número de acidentes.

Um estudo na França também apontou que a maior incidência de acidentes do trabalho nos indivíduos com idade inferior a 30 anos (BHANTTACHERJEE et al., 2003). Wilkins e Mackenzie (2007) concluíram que a faixa de idade de maior susceptibilidade de acidentes no

trabalho encontrasse entre 25 a 34 anos, sendo também o gênero masculino com maior risco de ocorrências de acidentes de trabalho e geralmente o risco de acidente de trabalho decresce com acréscimo de idade do trabalhador. Estes resultados demonstram a importância de se acompanhar o perfil sociodemográfico dos colaboradores e relacioná-lo a sua função, a fim de se prezar pela saúde e segurança física deste trabalhador (TEIXEIRA, 2010).

3.3.4 Tempo de trabalho

Saha, Kumar e Vasudevan (2008) relacionaram que trabalhadores com tempo menor que 5 anos em suas atribuições, são mais propícios a ocorrerem acidentes de trabalho do que trabalhadores mais experientes, esse estudo ocorreu na Índia, em uma planta química. Em um outro estudo realizado por Chau et al. (2004), onde 2.610 trabalhadores de uma ferrovia e com 1.760 trabalhadores da indústria de construção, verificaram uma significância somente para acidentes com afastamento maior que 15 dias, para essa faixa de tempo de trabalho. Dessa forma o fator tempo de trabalho tem sua importância para controle e estudo. Assim, o acompanhamento pode ser um parâmetro para o trabalhador na sua prevenção de saúde e qualidade de vida.

3.3.5 Tabagismo

O uso de tabaco traz a possibilidade de o trabalhador adquirir uma grande quantidade de enfermidades com alto índice de morbidade e mortalidade, não existindo uma faixa segura de consumo para os usuários de tabaco (COP-BLAZIC; ZAVOREO, 2009). O consumo de cigarros e derivados do tabaco afeta as funções físicas (equilíbrio, resistência, reflexo e postura) e as funções interativas e capacidades cognitivas, trazendo um maior risco do trabalhador se envolver com acidentes no trabalho (CHAU et al. 2004).

Chau et al. (2004), Bhattacharjee et al. (2003), Wilkins e Mackenzie (2007) e Saha, Kumar, Vasudevan (2008) demonstraram uma relação entre o consumo de tabaco e acidentes de trabalho, sendo que esses estudos ocorrem em diferentes setores de produção. Afim de correlacionar os acidentes de trabalho não fatais com consumo de tabaco, tanto usuários ativos e passivos, Nakata et al. (2006) pesquisaram com 2.302 trabalhadores de diferentes setores de produção. Foi verificado que os trabalhadores que consomem tabaco possuem um maior risco de acidentes de trabalho e comprometimento de sua saúde, reforçando assim os estudos anteriores. Porém os mesmos autores das pesquisas salientam que os usuários passivos também possuem um fator de risco para as mesmas adversidades.

Estes achados demonstram a necessidade de uma vez em busca de uma melhor saúde e maior segurança do trabalhador, um acompanhamento do índice de tabagismo nas empresas, bem como medidas que incentivem a extinção do hábito (TEIXEIRA, 2010).

3.3.6 Hipertensão, Triglicérides, Colesterol, Glicemia e Ácido Úrico

Na prática clínica, algumas condições de cronicidade das doenças, onde essas são acompanhadas e pesquisadas, para conhecer seus efeitos no organismo em decorrência de gerar um risco para saúde dos indivíduos. Assim a hipertensão arterial é uma dessas condições as ser verificada e controlada. Segundo Mion et al. (2003), no Brasil, ela eleva os custos médico-sociais atrelados as suas complicações, como doença vascular cerebral, arterial coronariana, arterial vascular de extremidade, insuficiência cardíaca e renal crônica.

Os triglicérides são uma forma de armazenamento energético que nosso organismo possui. Assim como o Colesterol, também são avaliados em exames periódicos, medindo seus níveis séricos. O colesterol é precursor dos hormônios esteroides, dos ácidos biliares, da vitamina D, além de ter importantes funções nas membranas celulares, influenciando na sua fluidez e no estado de ativação de enzimas ligadas a membranas. Com tudo uma alteração prolongada dos seus níveis normais acarretara problemas na saúde do trabalhador como possibilidade de aterosclerose (SANTOS et al., 2001).

O aumento e diminuição de glicose no sangue reflete a glicemia do trabalhador, seu controle e mantido por mecanismos reguladores do organismo, tendo a insulina com maior importância nesse processo. Quando seu índice glicêmico se encontra em uma concentração baixa, poderá levar o trabalhador para uma hipoglicemia, em uma quantidade superior aos níveis normais dá-se o nome de hiperglicemia, ambos são condições desfavoráveis para o indivíduo (TEIXEIRA, 2010). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005), trata a diabetes mellitus como a principal patologia relacionada com glicemia, essa patologia compromete os sistemas visual, cardíaco, circulatório, digestivo, renal, urinário, dermatológico e neurológico.

Também ocorre como um indicador do estado de saúde do trabalhador o ácido úrico, em que vários autores relatam uma associação com patologias como a gota, doenças cardiovasculares e hipertensão (TEIXEIRA, 2010). Quando acima do nível normal, trata-se como hiperuricemia, que tem forte correlação com risco cardiovascular, sendo um marcador importante para controle (GAGLIARDI, MINAME, SANTOS, 2009).

Assim, é possível que a hiperuricemia seja mais um marcador de risco que um fator de risco independente para aterosclerose (GAGLIARDI, MINAME, SANTOS, 2009). Estes parâmetros aumentam a possibilidade de o trabalhador envolver-se em acidentes de trabalho

(BHATTACHERJEE et al., 2003; KUNAR, BHATTACHERJEE, CHAU, 2008). Dessa forma, o controle dessas condições poderá aumentar a qualidade de avaliação do estado de saúde dos trabalhadores e sua negligência tenderá a diminuir a qualidade de vida dos mesmos.

3.3.7 Obesidade e Sobrepeso

A OMS trata a obesidade com caráter de enfermidade. A I Diretriz de Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Metabólicas (2005), informa que a obesidade é um componente da Síndrome Metabólica, como isso podemos dizer que o peso corporal dos trabalhadores influencia em sua condição de saúde. Para Teixeira (2010), estudos têm demonstrado que elevados índices de massa corporal se relacionam a um maior risco de acidentes.

Bhattacharjee et al. (2003) relataram em sua pesquisa que a ocorrência de acidente no trabalho aumente significativamente com o aumento do índice de massa corporal (IMC) do trabalhador, tendo ao menos um acidente com esse fator verificado. Segundo Wilkins e Mackenzie (2007), a obesidade como fator gerador de acidente de trabalho é ainda mais acentuada para mulheres, as quais demonstram aproximadamente duas vezes mais risco de lesão que aquelas com peso na faixa normal. Chau et al. (2004) encontraram que os acidentes com afastamento maiores que 8 dias são mais evidentes em indivíduos obesos, contudo, essa evidência não foi estatisticamente comprovada.

Para Mion et al. (2003), a relação entre obesidade e acidentes no trabalho pode se dar com aumento do risco cardiovascular, e para Chau et al. (2002) pelo distúrbio do sono e fadiga, assim como uma alteração em seu equilíbrio. Dessa forma, demonstra-se a importância da avaliação do IMC e do ganho de peso no acompanhamento da saúde do trabalhador e aumento da qualidade de vida (TEIXEIRA, 2010).

3.3.8 Estresse

Quando o organismo se encontra em situação de ameaça tende a reagir. Essa reação é chamada de estresse. Seu início se dá com uma reação em cadeia do sistema neurológico e endócrino do indivíduo, tem a excitação do cérebro posterior como ponto de partida, ocorrendo logo em seguida a secreção de hormônios da glândula adrenal, sendo eles a adrenalina e noradrenalina, despertando o corpo para o estado de alerta e aumentando a frequência cardíaca e a pressão arterial (TEIXEIRA, 2010). Essa reação tem sua importância nas condições de luta ou fuga que o indivíduo possa encontrar-se, mas se ocorre em demasia

continuidade e se mantem prolongada pode acarretar danos deletérios à saúde, principalmente nos sistemas gastrointestinal e cardiovascular (KROEMER; GRANDJEN, 2005).

Alguns autores correlacionam o aumento da reação de estresse com acréscimo de acidentes do trabalho. Ghosh, Bhattacharjee, Chau (2004) observaram o aumento do risco de acidentes do trabalho e lesões ocupacionais podem estar relacionados com trabalhos estressantes ou com agentes estressores de grande intensidade, também podem gerar reações desorganizadas ou exageradas que contribuem igualmente para o risco de acidentes e lesões no trabalho. Wilkins e Mackenzie (2007) relataram que mulheres possuem risco 3 vezes maior de acidente de trabalho, quando elas se encontram em tarefas extremamente estressantes comparadas as mulheres que trabalham em situações não estressante, mesmo que o estresse da vida pessoal tenha sido levado em conta. Observa-se, então, a importância de se avaliar o nível de estresse quando se deseja acompanhar a saúde do trabalhador e a qualidade de vida.

3.3.9 Sono

Atualmente já existem evidências que horas suficientes e sem perturbação do sono acarretam em bem-estar e auxiliam na saúde e também na eficiência das pessoas (KROEMER; GRANDJEN, 2005). Para Chau et al. (2004), um sono sem constância e perturbado trazem ao individuo fadiga, diminuem o estado de alerta e capacidade de avaliação e observação do local e as condições de trabalho. Tem-se assim um maior risco de quedas, pois com estado de alerta menos efetivo, a execução de tarefas e o controle da postura diminuídos o trabalhador ficará exposto a esse risco. Assim, Teixeira (2010) afirma que identificada a relação entre o sono e os acidentes de trabalho, torna-se necessário o acompanhamento da qualidade de sono nos trabalhadores, no intuito de melhorar sua saúde e qualidade vida.

3.3.10 Risco Hepático

Existem evidências plenas que o consumo e abuso de bebidas alcoólicas tornam-se um fator de risco para acidentes de trabalho, comprometimento da saúde e diminuição da qualidade de vida das pessoal. Um estudo de Kunar, Bhattacharjee e Chau (2008), consideram que o consumo de álcool afeta a grande maioria dos sistemas humanos onde esse tem sua origem neuropsicológica. O equilíbrio do corpo e seus movimentos tem sua regulação afetada devido a esse consumo as regiões responsáveis dessas que recebem o dano são núcleo

vestibular e o cerebelo, assim as execuções de tarefas de trabalho ficam comprometidas devido aos mecanismos de estabilização e orientação diminuírem sua coordenação.

No trabalho de Teixeira (2010), o álcool diminui a percepção e as repostar ao risco, incrementando a possibilidade de acidentes de trabalho acontecerem. O risco hepático é verificado com nível de da enzima glutamil transferase (gama GT), em nosso sangue. Quando esse nível se encontra elevado tende a ser um marcador para doenças hepáticas e desordem do sistema hepatobiliar, essas podem ter origem de uso de medicamentos e abuso de consumo de álcool ou drogas ilícitas. Tendo sua efetividade de monitoração mais abrangente em indivíduos já diagnosticado e em tratamento para o alcoolismo. Seus níveis séricos retornam à normalidade acerca de 15-20 dias após a interrupção do consumo de álcool. O mesmo autor ainda afirma que, a dosagem elevada dessa enzima pode ser também atribuída a doenças hepáticas em geral (hepatites agudas e crônicas, carcinomas, cirrose, colestase, metástases, etc.), pancreatites, infarto agudo do miocárdio, lúpus sistêmicos, obesidade patológica, hipertireoidismo, estados pós-operatórios, carcinoma de próstata, uso de medicamentos hepatóxicos.

Além disso, uma dosagem elevada pode indicar doenças hepáticas em geral (hepatites agudas e crônicas, carcinomas, cirrose, colestase, metástases, etc.), pancreatites, infarto agudo do miocárdio, lúpus eritematoso sistêmico, obesidade patológica, hipertireoidismo, estados pós-operatórios, carcinoma de próstata, uso de medicamentos hepatóxicos ou capazes de ativar indução enzimática (barbituratos, fenitoína, antidepressivos tricíclicos, acetaminofen). Para uma melhor situação de saúde e qualidade de vida do trabalhador, acompanhar o consumo de álcool entre os indivíduos seria um ponto assertivo em um programa de prevenção de acidentes, controlando assim um fator para risco hepático.

3.3.11 Condicionamento Físico

Chau et al. (2002) afirmam a importância da atividade física no cuidado da saúde em todos indivíduos da sociedade, com atenção especial ao grupo dos idosos. Já no grupo dos trabalhadores, muitos autores buscam correlacionar a prática de atividade física com ocorrências de acidentes de trabalho e lesões ocupacionais, mostrando assim um interesse na saúde do trabalhador e em sua qualidade de vida.

Muitos estudos afirmam que trabalhadores praticantes de atividades físicas sofrem um menor risco de acidentes de trabalho e lesões ocupacionais. Assim esses autores demonstram que quando os trabalhadores possuem condições físicas melhores sua habilidade nas tarefas do trabalho, tendem a ter menos lesões e afastamentos por enfermidades, e quando essas

acontecem seu tempo de recuperação é mais rápido que os demais trabalhadores menores (CHAU et al., 2004; CHAU et al., 2002).

Chau et al. (2004) ressaltam que a atividade física aumenta a qualidade de controle postural, pois melhora o desenvolvimento das informações sensitivas neuro sensores as quais possibilitam ajustes posturais antecipatórios. Relatam que sua prática permite uma detecção mais rápida das instabilidades e organização de mecanismos compensatórios para evitar as quedas. Entende-se assim que o incentivo a essa prática, bem como o acompanhamento da mesma são fatores que contribuem para a saúde do trabalhador e sua qualidade de vida.

3.4 Atividade Física e Saúde do Trabalhador

O interesse de medir a carga física corporal no trabalho possui uma antiga preocupação e pode ser realizado com diversos métodos, podemos citar o rendimento muscular, o ambiente de trabalho, as solicitações psíquicas e as avaliações posturais (WISNER, 1994; MERINO, 1996). Para Oliveira (2000), uma análise do ambiente de trabalho é fundamental para criação de programas e ações preventivas, na busca de melhorar os hábitos de vida dos trabalhadores, assim sua qualidade de vida. Assim, ao diagnosticar os locais de trabalho esses deveriam ser aproveitados para uma implantação de programas de promoção de saúde e qualidade de vida. O local de trabalho dessa forma favorecerá estratégias de motivação dos trabalhadores, abrangendo inclusive seus familiares, a prática de atividades físicas, tendo assim uma mudança de comportamento para melhorar sua qualidade de vida.

Para Addley et al. (2001), a saúde no trabalho tem três componentes básicos: 1) os efeitos do trabalho sobre a saúde; 2) os efeitos da saúde sobre o desempenho individual e 3) a oportunidade de promoção da saúde e pelo empregador, através de programas que melhorem a qualidade vida do trabalhador. Willet et al. (2006) destacam intervenções para promoção de saúde e qualidade vida, corroborando para o terceiro componente do estudo anterior, inserem a necessidade de pesquisas sobre os fatores de risco, campanhas educacionais de saúde e qualidade de vida, programas de atividades físicas, que possam acontecer em pequenas pausas durante ou após a jornada de trabalho.

Mutrie et al. (2002) trazem um exemplo em seu estudo ocorrido na Escócia, onde foi ofertado sugestões de autoajuda onde esse continha orientações sobre mudanças de comportamento, rotas para se deslocar através de caminhadas ao trabalho e dicas de segurança. Após a entrega, os autores verificaram um aumento da atividade física pelo emprego da caminhada até o posto de trabalho. Sendo assim os autores propuseram 5 estágios

de mudança no comportamento ativo, onde esses ganharam respaldo pelo Nahas (2006), são eles:

- 1º) Pré-Contemplanção – sem intenção de tornar-se mais ativo nos próximos 6 meses;
- 2º) Contemplanção – pensar sobre tornar-se mais ativo nos próximos 6 meses;
- 3º) Preparação – ter um plano de ação ou fazer alguma atividade, mas que não some 30min. na maior parte dos dias da semana;
- 4º) Ação – pessoas que se tornam ativos regularmente por 6 meses;
- 5º) Manutenção – manter atividade mais do que 6 meses.

Ferreira e Najar (2005), em levantamento de estudos da associação entre exercício e indicadores de morbidade e mortalidade, encontram diversas pesquisas que mostram uma relação positiva entre o nível de atividade física e a saúde de trabalhadores e sua qualidade de vida. Os trabalhos realizados por Paffenbarger et al. (1970), os quais observaram estivadores da Baía de São Francisco, têm como premissa verificar os níveis de atividade física, com condições de morbidade e acidentes de trabalho, concluíram que a atividade física pode ter uma grande influência na condição de infarto do miocárdio do que na aterosclerose. Os mesmos autores, na sequência do estudo em 1975, em que esses acompanharam um grupo de estivadores até a idade de 75 anos, verificaram que os homens que possuíam um trabalho onde esse exigia maior gastos calóricos, tinham menor risco de desenvolver doenças coronarianas.

Salles-Costa et al. (2003), utilizando como referência o estudo citado acima, verificaram a importância de avaliar o gasto energético associado ao tipo de trabalho desempenhado por diferentes grupos populacionais até o início da década de 80. Os autores verificaram um decréscimo na atividade física laboral após essa década, assim para avaliar o nível de atividade física da população em geral propuseram a mensuração também das práticas físicas ocorridas no tempo de lazer dos indivíduos.

Já Alvarez (2002), ao analisar estudos referentes ao nível de atividades físicas nos períodos de trabalho e lazer, chegou a muitas conclusões: os funcionários com nível socio econômico mais baixo tem menor aderência em programas de exercícios ofertados pelas empresas, a participação em atividade física no tempo de lazer, em geral, tem uma associação mais significativa com a saúde do que altos gastos calóricos no trabalho; os trabalhadores submetidos a altas cargas físicas no ambiente laboral, são menos ativos em seu tempo de lazer, ao passo que funcionários com exigências físicas mais leves no trabalho, são mais ativos fisicamente no seu tempo de lazer; a evidência da importância da atividade e física no lazer para a promoção de saúde e qualidade de vida é clara, pois, geralmente, esta vem

acompanhada de outros hábitos saudáveis, como por exemplo, redução ou interrupção no tabagismo, menor consumo de álcool, melhores práticas alimentares, etc.

4 JUSTIFICATIVA

Sendo eu um trabalhador industrial, com mais de 20 anos de carreira, percebi a oportunidade de avaliar a qualidade de vida dos funcionários no complexo industrial do porto do Pecem, local onde atualmente estou trabalhando.

Os trabalhadores presentes no CIPP fazem parte de inúmeras tarefas industriais em que podem estar sujeitos a fatores de risco à sua saúde, podem ficar em contato prolongado com agentes de estresse e agentes nocivos, de forma que sua qualidade de vida poderá ser comprometida, ocasionando perdas na sua condição de saúde, com isso seu potencial de serviço ficará abaixo do esperado. Empresas, organizações e os trabalhadores têm a qualidade de seus produtos e o trabalho como uma dimensão constantemente sendo buscada, isso devido à competição cada vez mais globalizada, mas a qualidade nas tarefas exercidas pelos trabalhadores é ainda extremamente variável, pois são realizadas por seres humanos, assim muitos fatores podem influenciar no resultado final. Um desses fatores é a qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores das empresas, são importantes para a garantia do sucesso nos processos produtivos. Assim a vontade de estudar a qualidade de vida surgiu para mostrar indicadores de estilo de vida dos trabalhadores do CIPP, criando um quadro de características desse grupo de pessoas dentro da sociedade em geral.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Pesquisa

O trabalho baseia-se em um estudo quantitativo, transversal e descritivo exploratório orientado por registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los. A pesquisa exploratória visa à descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes. A exploração representa, atualmente, um importante diferencial competitivo em termos de concorrência (GONÇALVES, 2014).

5.2 Participantes

Participaram do estudo 50 trabalhadores do Complexo Industrial Portuário do Pecém que trabalham em sistema de turnos de revezamento seguindo a escala da empresa a qual pertence, outros trabalham em horários administrativos de segunda a sexta-feira com pausa para almoço. O Complexo Industrial Portuário do Pecém está localizado entre os municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, à 60 quilômetros de Fortaleza-CE, em uma grande área de 13.337 hectares. Atualmente, o Complexo congrega 30 empresas, sendo que 22 estão em operação e as demais em fase de implantação, onde estão trabalhando de forma direta cerca 4.000 funcionários (ASSOCIAÇÃO EMPRESAS COMPLEXO INDUSTRIAL PORTUÁRIO PECEM, 2020).

O tamanho da amostra foi determinado utilizando a fórmula $n_0 = 1/(E_0)^2$, em que E_0 é erro, e ajustado com a fórmula $n_{ajus} = (N \times n_0) / (N + n_0)$, em que N é o tamanho da população (BARBETTA, 2001). Foi encontrado um valor de 363 indivíduos, para uma população de 4000 trabalhadores, com um erro amostral de 5% e um grau de confiança de 95 %. Tendo em vista o atual cenário de medidas de isolamento social em decorrência da pandemia de Covid-19, os pesquisadores conseguiram contatar apenas 50 participantes trabalhadores.

5.3 Materiais

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREVE) (ANEXO A). Este questionário foi criado pela OMS (1995) a partir do WHOQOL-100, visando uma necessidade de encurtamento do instrumento assim seu preenchimento tem um tempo menor, mas sem comprometer a característica

psicométricas, dentro do grupo qualidade de vida geral (FLECK, 2000). O WHOQOL-100 é um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 26 questões dentro de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Onde duas questões sobre a qualidade de vida geral e as demais divididas nos domínios do instrumento original (FLECK, 2000).

5.4 Procedimento

O questionário foi enviado via e-mail ou aplicativo de comunicação. Os participantes do estudo receberam um endereço eletrônico para responder via Google Forms. As orientações de preenchimento estavam no corpo do e-mail ou em mensagem de aplicativo de comunicações. Também estava presente um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice), em que o participante, após a leitura, concordava ou não em participar da pesquisa.

Todo envio do questionário e seu retorno aconteceu entre os meses de maio a julho de 2021. Todos os procedimentos ocorreram de modo remoto e virtual e não aconteceram reuniões ou explicações de modo presencial.

5.5 Análise dos Dados

Todos as respostas dos participantes ao questionário foram tabuladas em planilha eletrônica do Software Microsoft Office Excel 2016 desenvolvida por Pedroso, Pilatti e Reis (2010), onde todos os cálculos foram feitos usando o manual OMS (1998), para definição dos scores. Nesta, a escala de Lickert, que tem valores de 1 a 5 é usada para avaliação dos dados (Quadro 1) e o resultado é multiplicado por 4, totalizando uma representação em uma escala 4 a 20 para todas as facetas (PEDROSO; PILATTI; REIS, 2010). As 26 questões respondidas do questionário foram agrupadas e separadas pelas facetas que o questionário abrange. As duas primeiras questões são as impressões que o indivíduo tem sobre sua qualidade de vida e saúde. As demais 24 questões formam as facetas ou domínios do questionário, que são 4 (domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente). Cada domínio, ao ser respondido, oferecerá uma pontuação de 0 a 20, sendo os valores mais altos classificados como “muito bom” dentro da tabela do questionário.

Tabela 1. Representação da escala do WHOQOL.

Muito ruim	ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito Boa
------------	------	----------------------	-----	-----------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Para representar os dados gerais foi utilizada uma escala Score Transformado, proposto por Gomes et al. em 2014, em que a escala de 0 a 100 foi calculada com os dados e os valores foram organizados pela seguinte categoria: valores de 0 a 40 insatisfação, 41 a 69 indefinição e valores acima de 70 satisfação. Além disso, foi utilizada estatística descritiva da frequência relativa (%) de respostas às perguntas do questionário. Além disso, foram utilizadas média, valores mínimos e máximos em questões de pontuação. Utilizaremos o coeficiente de variação, como ferramenta de análise estatística para identificarmos as questões onde ocorreram maior variação de respostas. Seus valores são expressos em porcentagem e seguem a seguinte classificação: valores menor ou igual 15% baixa dispersão (dados homogêneos), valores entre 15% a 30% media dispersão e valores acima de 30% alta dispersão (dados heterogêneos). Os dados serão apresentados por faixa etária (com intervalo de 10 anos entre as faixas) e gênero.

6 RESULTADOS

Foram entrevistados um total de 50 trabalhadores com empregos no Complexo Industrial Portuário do Pecem (Homens = 39; Mulheres = 11). A Figura 1 apresenta a frequência relativa de participantes do presente estudo por faixa etária.

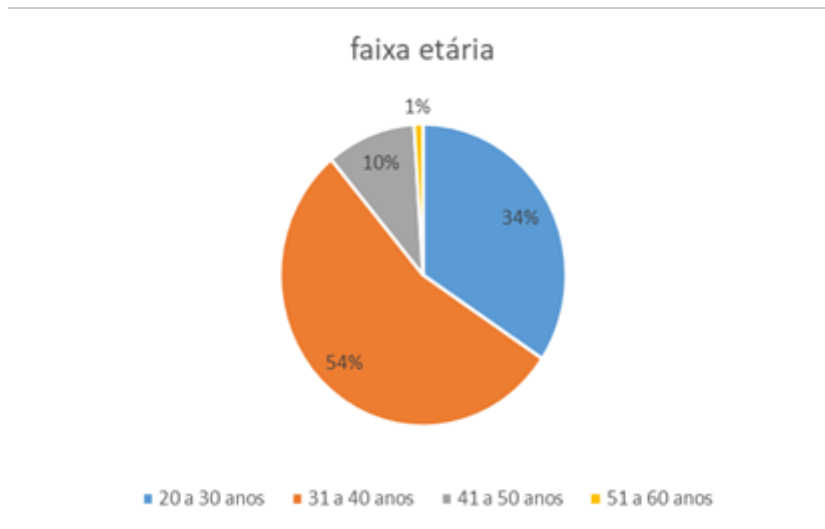


Figura 1. Frequência relativa (%) de participantes do presente estudo por faixa etária.

Na avaliação geral do grupo entrevistado tivemos uma média nas respostas para todos os domínios de 14,87 na escala 0 a 20. Recalculando o score transformado, obteve-se o score médio de 74,35, ou seja, uma categorização geral de satisfação da qualidade de vida, sendo o valor máximo encontrado 96,9 e o valor mínimo encontrado 52,3. Observando o score geral por gênero, os participantes do grupo masculino apresentaram score médio de 75,45 e as participantes do grupo feminino apresentaram score médio de 70,5. Todos esses scores representam a categoria de satisfação em sua qualidade de vida.

A Figura 2 mostra os dados dos scores médios obtidos por grupos de faixas etárias. Como observado, todos os grupos de faixas etárias apresentaram scores médios no WHOQOL-BREVE na categoria “satisfeito”.

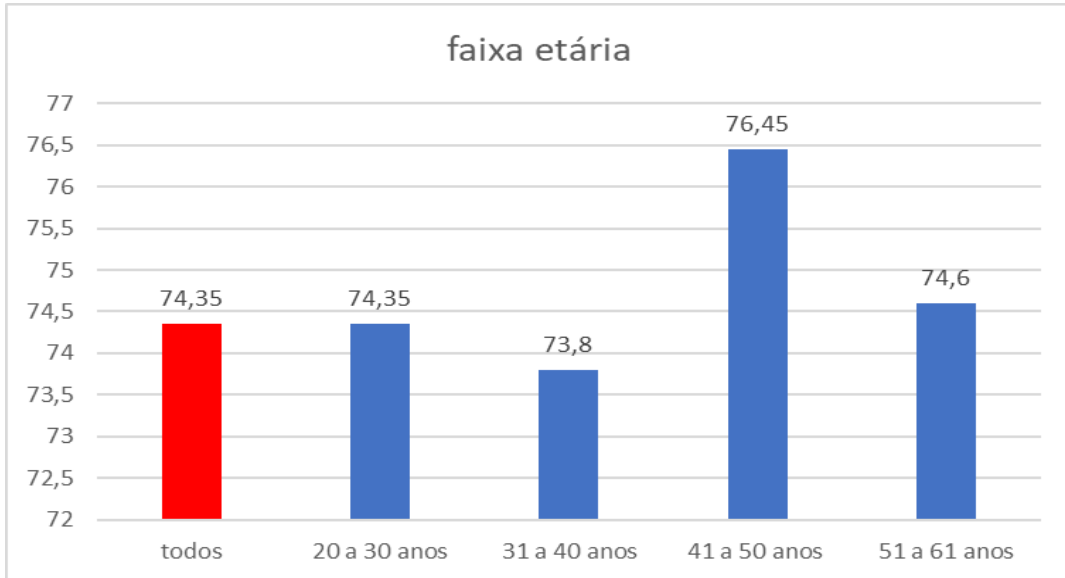


Figura 2. Escores obtidos através do questionário WHOQOL-BREVE por faixa etária dos participantes do presente estudo.

Analisando as facetas (respostas) e utilizando o coeficiente de variação para identificarmos onde ocorreram as maiores variâncias de respostas, assim verificamos essas ocorrências na questão Q4 (Quanto você precisa de algum tratamento médico?) com 52,1%, seguida pelas questões Q3 (Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer seu trabalho) com 45,18%, Q26 (Com que frequência você tem sentimentos negativos?) com 36,73% e Q14 (Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?) com 31,25% (Figura 3).

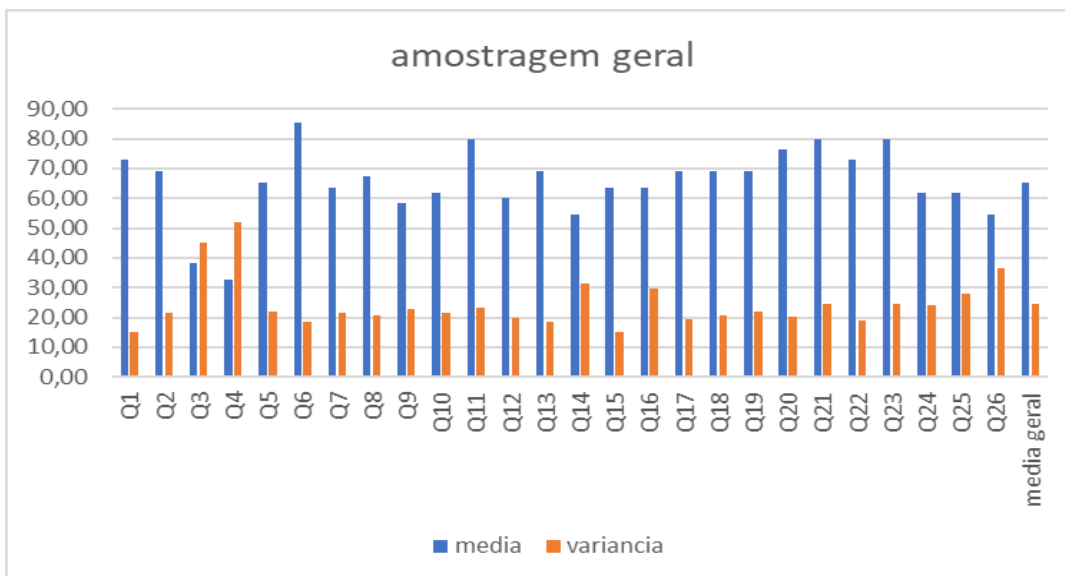


Figura 3. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão por todos os participantes do estudo.

Para os resultados do público masculino, verificamos que as maiores variações nas respostas do questionário foram somente a questão Q4 (Quanto você precisa de algum tratamento médico?) com valor de 53,84 % e a questão Q3 (Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer seu trabalho) com 45,99%. Como observado na Figura 4, as questões Q3, Q4 e Q26 ficaram com um valor de resposta bem abaixo da média masculina, sendo a questão Q26 referente aos pensamentos negativos que o entrevistado possa ter.

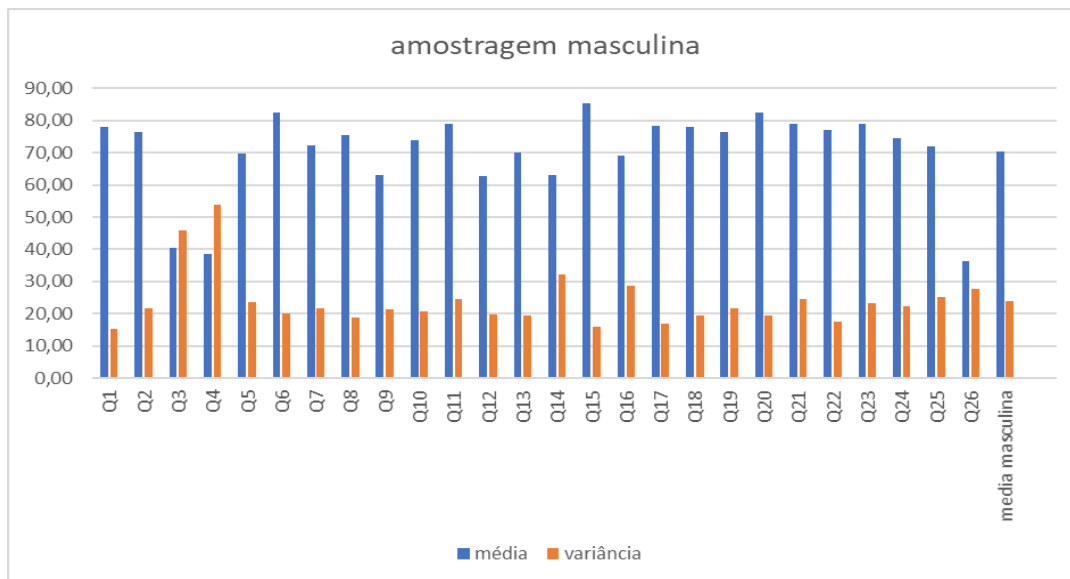


Figura 4. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes do gênero masculino.

Como mostra a Figura 5, as respostas das trabalhadoras foram mais dispersas, principalmente nas questões Q3 e Q4.

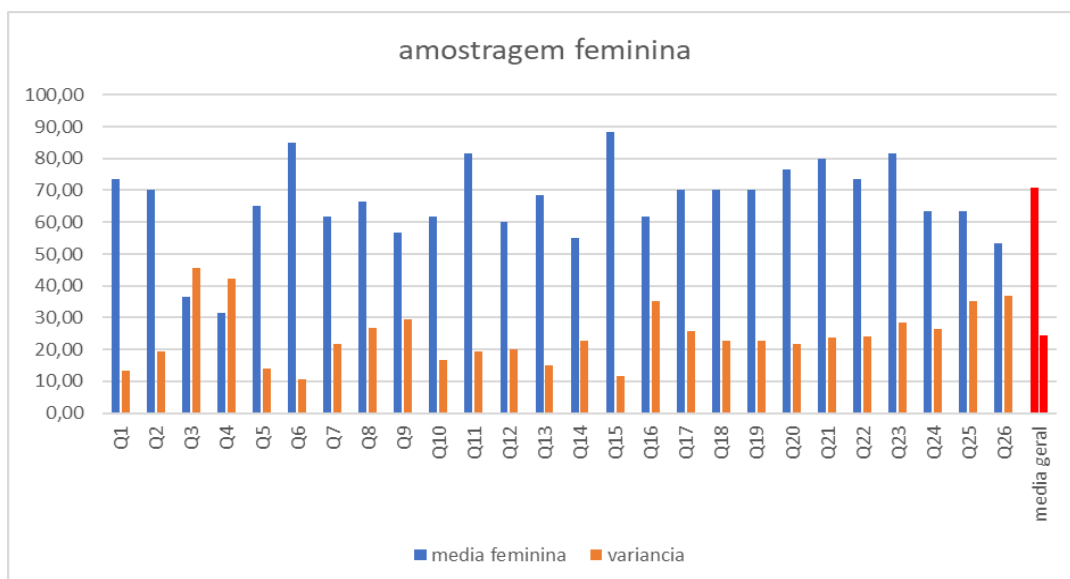


Figura 5. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes do gênero feminino.

As Figuras 6, 7, 8 e 9 apresentam os resultados por faixa etária. Assim, podemos ver os resultados das respostas começando pela primeira faixa etária analisada, que foi dos colaboradores com idades entre 20 e 30 anos. Tendo uma média geral de 74,35 igual a média geral de todos os entrevistados.

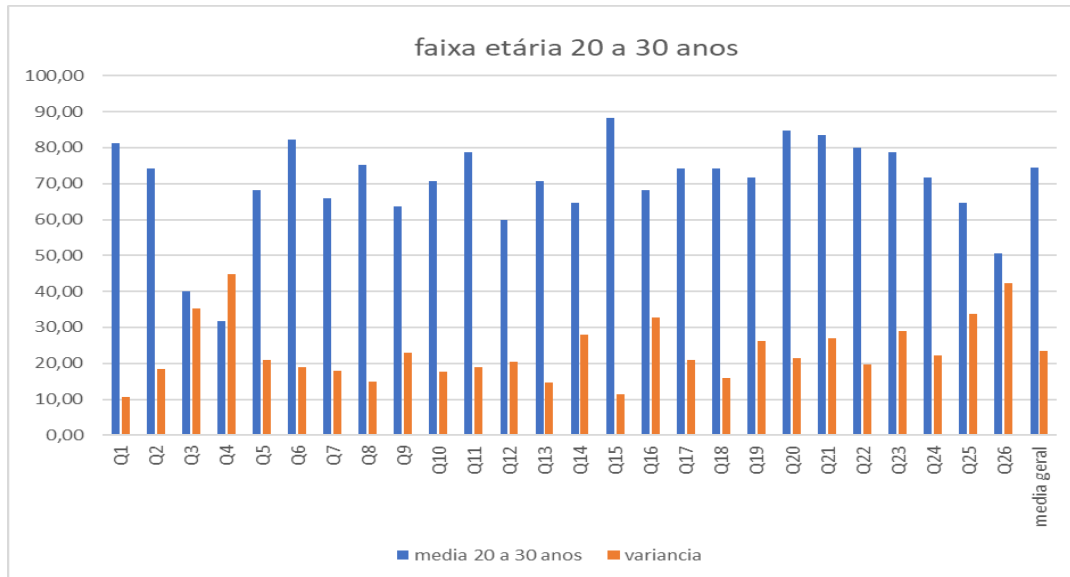


Figura 6. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes da faixa etária 20-30 anos.

Na faixa de etária de 31 a 40 anos (Figura 7) está a grande maioria dos entrevistados (28 trabalhadores).

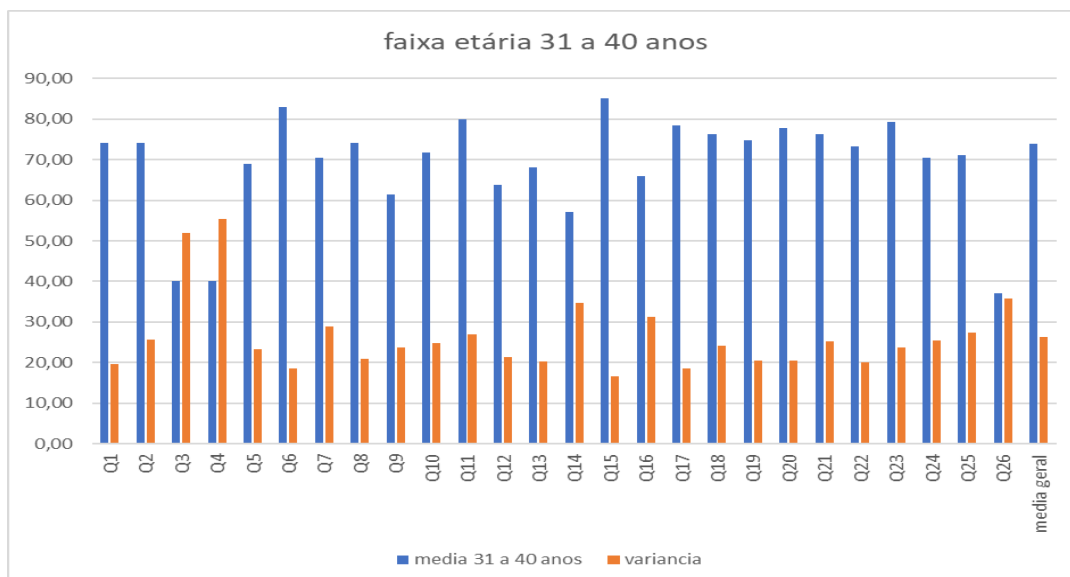


Figura 7. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes da faixa etária 31-40 anos.

Para os resultados da faixa etária 41 a 50 anos, obtivemos a maior média de score para

qualidade vida com 76,35. Temos também algumas questões em que não ocorrem variações nas respostas, nas questões Q1 e Q12. A questão Q1 trata-se e uma auto avaliação da sua qualidade de vida e a questão Q12 investiga se o entrevistado possui dinheiro suficiente para suas necessidades. Nessa faixa etária, apenas 5 trabalhadores foram entrevistados.

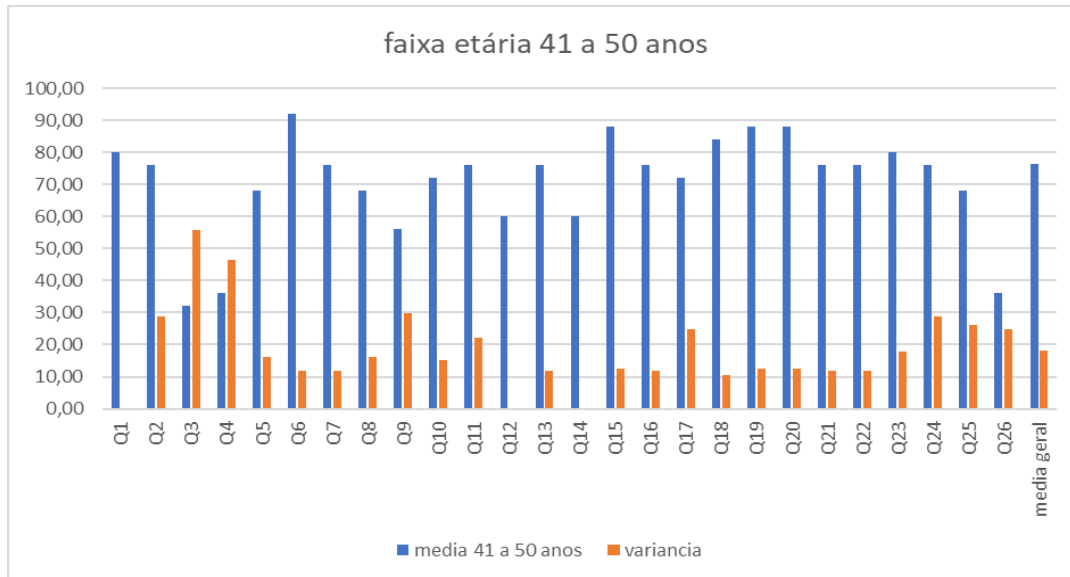


Figura 8. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelos participantes da faixa etária 41 a 50 anos.

Para a faixa etária entre 51 a 60 anos, temos apenas 1 representante na pesquisa, com valor 74,6 como média de suas respostas. O trabalhador é do sexo masculino.



Figura 9. Média e variância dos resultados obtidos em cada questão pelo participante da faixa etária 51 a 60 anos.

7 DISCUSSÃO

A pesquisa, realizada com os trabalhadores do Complexo Industrial Portuário do Pecem, avaliou a qualidade de vida dos participantes. A qualidade de vida dos trabalhadores foi classificada. Ainda, análises foram feitas quanto ao gênero e faixa etária. Ao avaliarmos a qualidade de vida desses trabalhadores construímos indicadores das características desse grupo de pessoal da sociedade cearense.

Ao avaliarmos a média final da qualidade de vida de todos os trabalhadores entrevistados obtivemos o score 74,35, tendo assim uma classificação geral de satisfação com sua qualidade de vida, porém esse valor está muito próximo do limite inferior dessa classificação que é 70. Se usar a margem do desvio padrão seu valor inferior ficaria em 65,5 em classificação de indefinido. Vemos também que as questões Q3 e Q4 ficaram com score abaixo 40, mas ainda assim ficando elas dentro da classificação indefinido.

Quando avaliamos o grupo dividido por faixa etária, os resultados mostram pequenas diferenças nas respostas. Todos os grupos mostraram uma maior variação de respostas nas questões Q3 (em que medida sua dor física impede você de fazer o que precisa?) e a questão Q4 (o quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?). Para o grupo na faixa etária 41 a 50 anos, não tivemos variação de respostas na questão Q1 (como você define sua qualidade de vida?) todos responderam que avaliam como boa sua qualidade de vida, e também na questão Q12 (você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?) a resposta aqui foi mais ou menos, uma explicação para isso pode ser devido a grau de endividamento financeira que boa parte dessa faixa etária pode estar, mais para verificarmos isso necessitamos de pesquisas mais específicas para comparação.

O grupo mais jovem 20 a 30 anos teve seu maior score na questão Q15 (Quão você é capaz de se locomover). Esse resultado corrobora o de Costa et al. (2012) que verificaram que os trabalhadores mais jovens apresentam maior capacidade funcional, podendo assim ser o motivo desse score nessa questão. Os trabalhadores entre 31 e 50 anos tiveram seu maior score também na questão Q5 e Q6 (O quanto você aproveita a vida?; Em que medida você acha que sua vida faz sentido?), isso pode estar ligado da consolidação de carreiras profissionais e formação de família estarem ligadas a essas idades.

Ao detalharmos por gênero encontramos todos os valores acima de do limite inferior de 70 para classificação de satisfação para qualidade de vida. Os entrevistados do grupo masculino com score médio de 75,45. O grupo feminino com score médio de 70,85, assim

esse grupo ficou muito próximo do valor mínimo para classificação de satisfação. Para Costa et al. (2012), a qualidade de vida feminina está intrinsicamente ligada atuação da mulher como operária, esposa, mãe e dona de casa, criando jornadas de trabalho de 24 horas, somando todos as ocupações. Desta forma, estes fatores podem contribuir para explicar menores índices na qualidade de vida para trabalhadoras.

Apesar de todos os grupos estarem classificados como satisfeitos com sua qualidade de vida, as empresas devem ficar atentas com esses indicadores, pois no cenário empresarial temos uma exigência pelo aumento da produção com menor número de trabalhadores. Essas pessoas têm seu corpo sujeito a uma demanda cada vez maior de trabalho. Nesse ponto, o setor de saúde tem papel importante, criando ações individuais ou comunitárias, tendo um caráter multidisciplinar, assim também temos a presença do profissional de educação física nesse setor (DYNIEWICZ et al., 2009).

A prática de atividades físicas como ferramenta de promoção de saúde em populações variadas possui comprovação científica há décadas. Reduzindo significativamente as taxas de morbidades e mortalidades de indivíduos e aumentando a qualidade de vida dos praticantes (OLIVEIRA et al., 2009). Esse mesmo autor cita que a atividade física vem sendo empregada por empresas em seus trabalhadores e seus gestores perceberam melhoras na produtividade e também na qualidade de vida dos empregados.

O questionário Whoqol-breve é um instrumento de investigação bem abrangente para qualidade de vida dos trabalhadores, avaliando suas várias dimensões. Para avaliarmos a qualidade de vida encontraremos diversas variáveis associadas com sua percepção (GOMES et al., 2014). As dimensões da qualidade de vida fazem relação com as múltiplas facetas do cotidiano humano, sempre em referências a situação, ambiente, sistemas de valores, cultura, expectativas, padrões e preocupações enfrentados pelo indivíduo (GOMES et al., 2014). Na pesquisa, buscamos conhecer e avaliar qualidade vida de trabalhadores, identificando suas percepções, de modo subjetivo, de todas as questões apresentadas nas entrevistas. Para Oliveira et al. (2009), “conhecer pela subjetividade e justamente conhecer no espaço físico do trabalho os sentimentos, as frustrações e as expectativas psicossociais, as pessoas não respondem ao ambiente tal como ele é, mas como elas o sentem”.

Acredita-se que essa pesquisa possa corroborar com um aprofundamento maior de investigação para esse grupo, pois o mesmo possui um perfil heterógeno dentro da comunidade em que se encontra. Assim, este estudo pode servir de apoio para os grupos privados e órgãos públicos para desenvolvimento e implantação de políticas de Promoção da Saúde, visando os indicadores de qualidade de vida dos trabalhadores. Apesar disso, tivemos

como limitação do estudo o baixo número de participantes e as condições restritas da pesquisa devido às medidas de isolamento social em decorrência da pandemia de Covid-19. Sugere-se que estudos futuros abranjam um maior número de participantes trabalhadores e que variáveis dos hábitos de vida também possam ser incorporadas às análises.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDLEY, K.; MCQUILLAN, P.; RUDDLE, M. Creating healthy workplaces in Northern Ireland: evaluation of a lifestyle and physical activity assessment programme. **Occupational Medicine**. v. 51, n. 7, p. 439-449, 2001.

ÁLVAREZ, B. R. **Estilo de vida e hábitos de lazer de trabalhadores, após 2 anos de aplicação de programa de ginástica laboral e saúde**. Florianópolis, UFSC p. 172., 2002.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA CEARÁ, **Cenário atual do complexo industrial e portuário do Pecém**, Fortaleza, p. 33-49, 2013.

ASSOCIAÇÃO EMPRESAS COMPLEXO INDUSTRIAL PORTUARIO PECEM. **Conheça a AECIPP**, <http://www.aecipp.com.br/pt-br/sobre-aecipp>, 2020.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 4 ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001

BERGERON, Jean-Luc Fortier. La qualité de vie au travail: de quoi parle-t-on? **Revue Commerce**, Montreal. n.1, 1982.

BHATTACHERJEE A.; CHAU N.; SIERRA C. O. Relationships of job and some individual characteristics to occupational injuries in employed people: a Community based study. **Journal of Occupational Health**, v. 45, 382, 2003.

BLANCO, R. A. **Atividade física e promoção da saúde: um estudo com os trabalhadores portuários avulsos (tpas) do porto do rio grande/rs**. Rio Grande, Universidade Federal do Rio Grande, 2008.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUSS, M. P. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BÚRIGO, C. C. D. **Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso na Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e promoção em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, 1997.

CECAGNO, D.; GALLO, C. M. C.; CECAGNO, S.; SIQUEIRA, H. C. H. Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 54-9, 2002.

CHAU N.; MUR J. M.; BENAMGHAR L. Relationships between certain individual characteristics and occupational injuries for various Jobs in the construction industry: a case-

control study. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 45, p. 84-92, 2004.

CHAU; GAUCHARD; SIEGFRIED. Relationships of job, age, and life conditions with the causes and severity of occupational injuries in construction workers. **Int Arch Occup Environ Health**, v. 77, p. 60-66, 2002.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3 ed. São Paulo: ed. Atlas, 1994.

COP-BLAZIC N.; ZAVOREO, I. There is no healthy level of smoking. **Acta Clin Croat**, n. 48, p. 371-376, 2009.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre a Prevenção e a Promoção**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DYNIEWICZ, A. M.; MOSER, A. D.; SANTOS, A. F.; PIZONE, H. Avaliação da qualidade de vida de trabalhadores em empresa metalúrgica: um subsídio à prevenção de agravos à saúde. **Revista Fisioterapia e Movimento**, v. 22, n. 3, p. 457-466, 2009.

FERREIRA, M. S; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, s.1, p. 207-219, 2005.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL bref". **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

GAGLIARDI, A. C. M.; MINAME, M. H.; SANTOS, R. D. Uric acid: a marker of increased cardiovascular risk. **Atherosclerosis**, v. 202, p. 11-17, 2009.

GHOSH, A. K.; BHATTACHERJEE, A.; CHAU, N. Relationships of working conditions and individual characteristics to occupational injuries: a case-control study in coal miners. **Journal of Occupational Health**, v. 46, p. 470-478, 2004.

GONÇALVES, H. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 2 ed, São Paulo, Avercamp, 2014.

GUTIERREZ, M. et al. **Perfil descriptivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia**. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 114 pp, 1996.

KROEMER K. H. E.; GRANDJEAN, E. **Trabalho noturno e em turnos: manual de ergonomia adaptando o trabalho ao homem**. 5 ed. Porto Alegre, ed. Bookman, 2005.

KUNAR, B. M.; BHATTACHERJEE, A.; CHAU, N. Relationships of job hazards, lack of knowledge, alcohol use, health status and risk taking behavior to work injury of coal miners: a case control study in India. **Journal of Occupational Health**, v. 50, 236-244, 2008.

LIMA, I. S. **Qualidade de Vida no Trabalho na construção de edificações: avaliação do**

nível de satisfação dos operários de empresas de pequeno porte. Florianópolis, UFSC, 2009.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade Vida no Trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial.** 2 ed., São Paulo, Atlas, 2004.

LIN, Y. H.; CHEN, C. Y.; LUO, J. L. Gender and age distribution of occupational fatalities in Taiwan. **Accid Anal Prev**, v. 40, n. 4, p. 1604-1610, 2008.

MERINO, E. A. D. **Efeitos agudos e crônicos causados pelo manuseio e movimentação de cargas no trabalhador.** Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

MION JR, D. et al. Diretrizes para Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Nefrologia e Cardiologia: abordagem geral. **J Bras Nefrol**, v. 25, n. 1, p. 51-59., 2003.

MUTRIE, N. et al. “Walk in to Work Out”: a randomised controlled trial of a self-interventio to promote active commuting. **Journal Epidemiology Community Health**, v. 56, p.407-412, 2002.

NAKATA, A. et al. Non-fatal occupational injury among active and passive smokers in small- and medium-scale manufacturing enterprises in Japan. **Social Science and Medicine**, v. 63, p. 2452-2463, 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 4 ed. Londrina, Midiograf, 2006.

NOGUEIRA, L. S. **Projeto de promoção de saúde para os funcionários do Google.** Belo Horizonte – UFMG, 2010.

OLIVEIRA, C. C. M. **Atividade Física de lazer e sua associação com variáveis demográficas e outros hábitos relacionados à saúde em funcionários de banco estatal.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ p 66, 2000.

OLIVEIRA, A. P.; ANDRADE D. R. **Influência da prática de atividade física nos Programas de Promoção da Saúde nas empresas privadas: uma revisão bibliográfica.** São Paulo, O mundo do saber p 192-200, 2013

OMS, **Carta de Ottawa, pp. 11-18. In: Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1986.

OMS, The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 10, p.1403-1409, 1995.

OMS, **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais.** Brasília; tradução do Serviço Social da Indústria. – SESI/DN, 2010.

PAFFENBARGER JR, R. S. et al. Work activity of longshoremen as related to death from coronary heart disease and stroke. **New England Journ**, 1970.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

RODRIGUES, M. V. R. Y.; ALVES, J.B. **Qualidade de vida dos professores: um bem pra todos**. IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras. Niteroi, 2008.

SAHA, A.; KUMAR, E. S.; VASUDEVAN, D. M. Factors of occupational injury: a survey in a chemical company. **Industrial Health**, v. 46, p. 152-157, 2008.

SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores sócio demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p.1095-1105, 2003.

SANTOS, R. D. et al. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 77 (supl III), 2001.

SILVA, S.N. **Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos**. Porto, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arq Bras Cardiol**, v. 84, Suppl 1, p. 1-28, 2005.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública, **Rio de Janeiro**, v. 20, n. 5, p.1354-1360, 2004.

TEIXEIRA, C. G. **Análise de um modelo estruturado de avaliação da saúde de trabalhadores de uma empresa mineradora de grande porte**. Lisboa, Instituto Universitário de Lisboa, 2010.

THE WHv.OQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): developmentand general psychometric properties. **Soc Sci Med**, v. 46, p. 1569-85, 1998.

WILKINS, K.; MACKENZIE, S. G. Work injuries. **Health Reports**, v. 18, n. 3, p. 25-42, 2007.

WILLET, W. C. et al. **Prevention of Chronic Disease by Means of Diet and Lifestylechanges**. 2 ed. New York: Oxford University, p. 833-850, 2006.

WISNER A. **A Inteligência no Trabalho, Textos selecionados de ergonomia**, São Paulo, UNESP, FUNDACENTRO, 1994.

ANEXO - WHOQOL-BREVE

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	nada	muito	mais ou	bastante	extremamente

			pouco	menos		
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Reginaldo Campos de Oliveira, aluno de graduação em Educação Física da Universidade Federal do Ceará (UFC), convido você a participar do estudo intitulado "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO DISTRITO INDUSTRIAL DE PECEM - SÃO GONÇALO DO AMARANTES", que tem os objetivos de investigar e classificar a qualidade de vida dos trabalhadores em geral.

Sua participação neste estudo é voluntária e consistirá em responder a um questionário sobre a qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde., fornecido através deste formulário eletrônico. Acredito que você precisará de 5-10 minutos para respondê-lo.

Você não receberá nenhum valor, nem terá alguma despesa para participar. Ainda, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome e/ou qualquer outra informação que possa, de qualquer forma, identificar você, serão mantidos em sigilo. Além disso, você poderá recusar-se a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar ou sofrer qualquer prejuízo por isso.

Este estudo é parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Educação Física da UFC orientado pela Profa. Marcela Ferracioli. Você poderá tirar dúvidas ou ter qualquer esclarecimento através dos contatos (24) 999536713 ou marcelaferracioli@ufc.br

Se você estiver suficientemente esclarecido(a) sobre sua participação nesse estudo, convido-o(a) a manifestar seu livre consentimento para participar da pesquisa, assinalando uma das opções abaixo. Se consentir, o questionário será lhe apresentado na próxima seção desse formulário eletrônico.

Tendo entendido o termo de consentimento, você aceita participar voluntariamente dessa pesquisa?

() sim

() não