UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI (UFSJ)
CAMPUS CENTRO-OESTE DONA LINDU (CCO)

FLÁVIA MENDES DA SILVA

SAÚDE, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

Divinópolis
2016

FLÁVIA MENDES DA SILVA

SAÚDE, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cristina da Penha Silveira

Divinópolis

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

Silva, Flávia Mendes da.
Saúde, estilo e qualidade de vida de trabalhadores coletores de resíduos sólidos em município de Minas Gerais / Flávia Mendes da Silva. – Divinópolis: UFSJ, 2016.
130p. : il.

Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal de São João Del-Rei, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cristina da Penha Silveira.

1. Trabalho. 2. Qualidade de vida. 3. Estilo de vida. I. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
INSTITUÍDA PELA LEI Nº 10.425, DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA, TCC, DISSERTAÇÃO OU TESE

CANDIDATO(A): *Flávia Mendes da Silva*

NÍVEL: ( ) Especialização (X) Mestrado ( ) Doutorado

DATA DA DEFESA: *17/02/2016* HORÁRIO DE INÍCIO: *14:00*

LOCAL: *Sala 303 - Bloco C - UFSJ/CCO*

MEMBROS DA BANCA		FUNÇÃO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
NOME COMPLETO	CPF			
Renata Cristina da Penha Silveira	278280748-08	Presidente	Doutora	UFSJ
Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi	980435288-53	Membro 1	Doutora	USP
Luciana Regina Ferreira da Mata	062324816-66	Membro 2	Doutora	UFSJ

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:
Saúde, Estilo e Qualidade de Vida de Trabalhadores Coletores de Resíduos Sólidos em Município de Minas Gerais

Em sessão pública após exposição de 48 min. O candidato foi arguido oralmente pelos membros da banca durante o período de ____ min., tendo a banca chegado ao seguinte resultado:

(X) Aprovação por unanimidade.

( ) Aprovação somente após satisfazer as exigências que constam na folha de modificações, no prazo fixado pela banca (não superior a quarenta e cinco dias).

( ) Reprovação.

Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata, que é abaixo assinada pelos membros da banca, na ordem acima relacionada e pelo candidato.

Local e data: Divinópolis, 17 de fevereiro de 2016.

Presidente: _____ Membro 1: _____

Membro 2: _____ Membro 3: _____

Candidato: Flávia Mendes da Silva

Obs.: O aluno deverá encaminhar à coordenação do curso, no prazo máximo de 30 dias os exemplares definitivos da dissertação ou tese.

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, os maiores amores da minha vida, aos quais dedico todas as minhas vitórias e sem os quais não conseguiria chegar até aqui. Obrigada de coração por estarem presente em todos os momentos de minha vida, apoiando-me e abrindo mão de seus sonhos para que eu realizasse os meus. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus.

“Graças a Deus que nos dá a Vitória por intermédio de nosso Senhor Jesus Cristo”.

(1 Cor. 15:57)

À orientadora, Profa. Dra. Renata Cristina da Penha Silveira, agradeço por tudo que me ensinaste durante esses dois anos, pela valiosa contribuição transmitida com sabedoria, atenção e perspicácia. Deus te abençoe!

Ao professor Dr. Richardson Miranda Machado pelo incentivo, atenção, conhecimentos e experiências compartilhados. Muito obrigada!

Ao prof. Dr. Juliano Teixeira, que sempre me incentivou a fazer este mestrado e é meu exemplo de dedicação e profissionalismo.

Aos meus irmãos Rômulo e Paula por terem compreendido o longo período de distância durante o período do mestrado. Vocês são um presente de Deus para mim.

Aos meus queridos e amados sobrinhos, Pedro Henrique e Sophia, por contribuir para que meus dias sejam muito mais especiais e felizes! Titia ama vocês!

Às minhas queridas amigas do mestrado, Ariana e Viviane, como foi gratificante estudar e partilhar experiências de vida com vocês! Como os dias intensos de estudos foram mais leves porque juntos nos ajudávamos. Eu aprendi muito com todos durante este período. Nunca vou esquecer de nossa parceria.

Ao meu grande amigo do mestrado Pedro, quão generoso, amigo, fiel e disposto a ajudar e contribuir você é!! Conheci poucas pessoas tão maravilhosas quanto você, isso faz com que você seja raro, uma pedra preciosa colocada em minha vida por Deus!

Aos meus queridos irmãos de coração Alexandre, Luciana e Késsia por ter convivido com vocês, hoje compreendo que “Amigos” são a família que Deus nos permitiu escolher. Obrigada pela amizade sincera.

À amiga querida Juciléia que tantas vezes esteve em orações por mim nos momentos de angústia.

Meu amigo fiel Paulo Henrique, como agradecer-lhe por tudo que fez por mim, sem você simplesmente tudo isso não estaria acontecendo.

Ao meu amor Fabrício, que esteve ao meu lado, apoiando-me a todo o momento e, principalmente, respeitando minhas ausências, fazendo de meus dias suaves e aconchegantes... como é bom ter você ao meu lado!

Aos coletores de resíduos por terem aberto as portas de suas casas e me recebido tão bem para que eu concluísse minha pesquisa. Deus abençoe a todos vocês.

À querida aluna da UFSJ Lidiane Teixeira, foi ótimo ter tê-la conhecido, obrigada pelo incentivo e pelas experiências vividas.

“Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas continue de qualquer jeito”.

Martin Luther King

SILVA, F. M. da. Saúde, estilo e qualidade de vida de trabalhadores coletores de resíduos sólidos em município de Minas Gerais. [Dissertação] (Mestrado em Ciências) – Divinópolis: Universidade Federal de São João Del-Rei, 2016.

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida e os hábitos adotados pela população tornaram-se um tema constante na atualidade em razão de sua abrangência multidisciplinar e do trabalho na atualidade, visto como fundamental e com grande influência dentro do estilo e da qualidade de vida das pessoas, tendo em vista que em boa parte das horas do dia dedicam-se a estas atividades laborais. Os coletores de resíduos sólidos são trabalhadores cujas demandas físicas e ocupacionais, decorrentes do processo de trabalho, são de relevância para investigação, visto que, para exercer sua função, o trabalhador realiza-o praticamente de forma manual, em que o próprio corpo se transforma em instrumento de transportar lixo. **Objetivo**: Analisar os aspectos do estilo de vida, da qualidade de vida e as possíveis alterações na saúde dos coletores de resíduos sólidos de um município de Minas Gerais. **Método**: Estudo quantitativo, transversal, analítico, correlacional, epidemiológico realizado junto a 43 coletores de resíduos sólidos, lotados no quadro de funcionários de uma empresa de engenharia ambiental, da cidade de Divinópolis-Minas Gerais. Para coleta de dados utilizaram-se três questionários: o "*Quality of Life-Bref Questionnaire* (WHOQOL-Bref)" e o questionário Estilo de vida Fantástico (EVF), traduzidos e validados para realidade brasileira e o questionário com variáveis socioeconômicas, demográficas e de dados relacionados ao trabalho. Foi realizada análise descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, univariada e multivariada (regressão logística binária), sendo adotado um nível de significância de 5% ($p<0,05$). **Resultados**: Entre os domínios de qualidade de vida, o de relações pessoais foi o de melhor valor (81,8) o de meio ambiente apresentou pior indicador (61,1) e a escala global de qualidade de vida apresentou escore de 81,7. Verificou-se que 84% dos coletores auto avaliaram sua qualidade de vida como boa e muito boa, 93% dos coletores estão satisfeitos e muito satisfeitos com sua saúde. O domínio relações pessoais apresentou correlação significativa com todos os outros domínios: relações pessoais e físico (correlação = 0,418, valor p=0,005); relações pessoais e psicológico (correlação=0,386, valor p=0,011); e meio ambiente e relações pessoais (correlação = 0,503, valor p=0,001). Nas condições de saúde, 55,8% apresentaram dor músculo - esquelética após terem se iniciado na função de coletor. Em relação ao "EVF", 72,1% dos coletores tiveram estilo de vida classificados como "bom" e "muito bom". Houve associação significativa entre os resultados do questionário WHOQOL-Bref e os resultados do questionário EVF ($p<0,05$), indicando que maiores escores de QV estão associados a melhores estilos de vida. Com o aumento de um ano na idade dos coletores a chance de apresentarem um estilo de vida muito bom ou excelente aumentou 1,11 vezes. Já, aqueles com QV elevada tinham 9,03 vezes mais chance de ter um estilo de vida muito bom ou excelente em relação com QV baixa. **Conclusão**: Apesar das condições de trabalho adversas e extensa carga horária diária, houve avaliação satisfatória para as questões que compõem a qualidade de vida geral, avaliação positiva sobre o estilo de vida e satisfação com a saúde e com trabalho.

Palavras-chave: Estilo de vida. Qualidade de vida. Coletores. Resíduos sólidos. Trabalho.

SILVA, F. M. da. Health, style and quality of life of solid residue collecting workers in a municipality of Minas Gerais, Brazil. 2016. [Thesis]. Divinópolis: Graduation program in academic masters in nursing, Universidade Federal de São João Del Rei; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The quality of life and habits adopted by the population has become a constant theme due to its multidisciplinary coverage and to the work that is seen as fundamental and as large influence over the style and quality of life of individuals, considering that a large portion of hours of the day are dedicated to labor activities. Residue collectors are workers of whom physical and occupational demands, originated of the working process, are relevant to the investigation, given that, to exercise the tasks, the worker must virtually perform manually, transforming the body in an instrument to transport garbage. **Objective**: Analyzing the aspects of lifestyle, quality of life and the possible changes in the health of the solid residue collectors in a municipality of Minas Gerais, Brazil. **Method**: This is a quantitative, transversal, analitycal, correlational, epidemiological study conducted with 43 solid residue collectors, allotted in the workforce of an environmental engineering company, of Divinópolis-Minas Gerais. For the data collection, we used three questionnaires: the "Quality of Life-Bref Questionnaire (WHOQOL-Bref)" and the "Fantastic lifestyle questionnaire (FLS)", both translated and validated for Brazilian reality. Finally, we used the questionnaire containing socioeconomic and demographic variables. A descriptive analysis was performed by means of univariate and multivariate absolute and relative frequencies (binary logistic regression), adopting a level of significance of 5% ($p<0.05$). **Results**: Among the quality of life domains, the personal relations presented the best valuing (81.8), environment presented the worst indicator (61.1) and the global scale of quality of life presented score of 81.7. We verified that 84% of the collectors auto-evaluated their quality of life as good and very good, 93% of the collectors are satisfied and very satisfied with their health. The domain of personal relations presented significant correlation with all other domains: personal relations and physical (correlation = 0.418, p value = 0.005); personal relations and psychological (correlation = 0.386, p value = 0.011); and environment and personal relations (correlation = 0.503, p value = 0.001). Regarding health conditions, 55.8% presented skeletal muscle pain after beginning the collector work. Regarding the FLS, 72.1% of the collectors had lifestyles classified as "good" and "very good". There was significant association between the results from the WHOQOL-Bref questionnaire and the results from the FLS questionnaire ($p<0.05$), indicating that higher QL scores are associated to the best lifestyles and that, with the increase of one year in age, the chance of the collectors presenting "very good" or "excellent" lifestyle increased in 1.11 times. Those with elevated QL presented 9.03 times more chance of presenting "very good" or "excellent" lifestyles than those with low QL. **Conclusion:** Despite the adverse working conditions and extensive workloads, in which the solid residue collectors live daily, there was satisfactory evaluation for the issues comprising general quality of life, positive evaluations regarding lifestyle and satisfaction with health and work.

Keywords: Life style. Quality of life. Collectors. Solid residue. Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AF	Atividade Física
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Acidentes de Trabalho
CA	Circunferência Abdominal
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Constituição Federal
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CRS	Coletores de Resíduos Sólidos
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EV	Estilo de vida
EVF	Estilo de Vida Fantástico
FR	Frequência Respiratória
GRS	Gerenciamento de Resíduos Sólidos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Pulso
PA	Pressão Arterial
QV	Qualidade de vida
QVT	Qualidade de vida no Trabalho
RS	Resíduos Sólidos
SESI	Serviço Social da Indústria
SUS	Sistema Único de Saúde
TAX	Temperatura Axilar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 13

1 INTRODUÇÃO 16
1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA 19
1.2 HIPÓTESES 19

2 OBJETIVOS 21
2.1 OBJETIVO GERAL 22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22

3 REVISÃO DE LITERATURA 23
3.1 BREVE HISTÓRICO DO TRABALHO E SAÚDE 24
3.2 COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS 29
3.3 QUALIDADE DE VIDA 35
3.4 ESTILO DE VIDA 39

4 MATERIAIS E MÉTODOS 44
4.1 TIPO DE ESTUDO 45
4.2 PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO 45
4.3 POPULAÇÃO 45
4.3.1 Critérios de inclusão 46
4.4 AMOSTRA 46
4.5 COLETA DE DADOS 47
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 48
4.6.1 Coleta de Dados Antropométricos 50
4.6.2 Circunferência Abdominal (CA) 51
4.6.3 Índice de massa corporal (IMC) 51
4.6.4 Sinais vitais 51
4.7 QUESTÕES ÉTICAS 52
4.8 TRATAMENTO DOS DADOS 52

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 54

6 ARTIGO 1 - QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DE COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE DIVINÓPOLIS/M.G 56

7 ARTIGO 2 -ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE DIVINÓPOLIS/M.G 79

8 CONCLUSÃO 100

REFERÊNCIAS **104**

APÊNDICES **114**

ANEXOS **121**

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O presente estudo surgiu de minha inquietação como enfermeira em compreender de forma científica, um pouco mais sobre uma categoria profissional tão conhecida pela sociedade, os coletores de resíduos sólidos. Diariamente estes trabalhadores estão presentes, nas ruas de nossas cidades, prestando um serviço que colabora com a limpeza e a saúde pública. Por onde passo, tenho a oportunidade de ver homens que durante o dia e a noite correm atrás de caminhões, subindo e descendo, carregando peso, recolhendo aquilo que a sociedade julga não precisar, porém, sempre com aparência alegre e sorridente, deixando nossas ruas limpas.

Se por algum motivo não cumprirem determinada rota de trabalho, a repercussão para a sociedade em geral é sempre muito séria; as ruas, praças e comércio ficam sujos, com odores desagradáveis, atraindo moscas e animais, contaminando nascentes, rios, encostas, entupindo bueiros, causando enchentes, levando, por fim, a diversos tipos de doenças.

É bem certo que os coletores de lixo constituem uma categoria trabalhadora que tem contato diário com riscos ocupacionais que podem desencadear uma série de agravos à saúde; por isso, investigar o estilo e a qualidade de vida destes profissionais é uma forma de tentar compreender como trabalhadores que têm uma profissão, muitas vezes, tão desvalorizada quanto à remuneração e *status* social, apresentam-se quanto a sua saúde e satisfação profissional.

Ao realizar um levantamento, em base de dados, percebi que os estudos relacionados ao estilo de vida (EV) e qualidade de vida (QV) de coletores de resíduos não são encontrados com muita frequência na literatura. Há poucas investigações internacionais e nacionais que abordam essa temática na área da saúde, especificamente, na enfermagem.

A enfermagem, como profissão da área da saúde, necessita estar atualizada nos principais problemas de saúde que acometem a população, para que dessa forma possa contribuir para que esses trabalhadores tenham melhores condições de vida. O enfermeiro, como profissional de saúde, é capaz de realizar atividades junto aos trabalhadores para que eles possam ser orientados quanto à promoção de saúde, prevenção de doenças e acidentes, além da manutenção de uma qualidade de vida. Além disso, salienta-se que o enfermeiro precisa apropriar-se desta condição e ter maior engajamento nas questões de saúde e também sociais, visando ao conhecimento do trabalhador.

Se não houver um aprofundamento relacionado a tal temática, não se consegue intervir cientificamente e com profissionalismo na questão. Assim, esta lacuna constatada sobre este assunto no âmbito da enfermagem, fiquei motivada a desenvolver o presente estudo.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os coletores de resíduos sólidos (CRS) são os profissionais encarregados da coleta, transporte e destinação final do lixo domiciliar – resíduo sólido descartado pela população – desenvolvendo uma atividade essencial à saúde pública (VELLOSO; SANTOS; ANJOS, 1997).

Em muitos países a limpeza urbana é realizada de forma manual, o que expõe o trabalhador a uma variedade de riscos ocupacionais, especialmente aqueles relacionados à sobrecarga física do trabalho como as lesões e acometimentos musculoesqueléticos (PATARO; FERNANDES, 2014).

O contato humano com os resíduos sólidos (RS) implica em riscos biológicos, químicos e físicos à saúde dos trabalhadores que lidam diretamente com a coleta, transporte e armazenamento. A diversificação do conteúdo dos RS, decorrentes da constante introdução de novos materiais descartáveis no mercado, modifica o potencial de exposição aos bioaerossóis nos trabalhadores que lidam diariamente com todos esses produtos (GRAUDENZ, 2009).

Os benefícios da limpeza urbana, para a sociedade, em geral, já estão bem estabelecidos. No entanto, questões relativas ao gerenciamento dos resíduos sólidos (GRS) no Brasil e o trabalho dos CRS tiveram poucas melhoras qualitativas no decorrer dos últimos anos e não se distanciou da precariedade e dos arranjos paliativos ou temporários (SANTOS; SILVA, 2009).

O aumento da geração de RS é proveniente das características do estilo de vida no qual a atual sociedade moderna ocidental, particularmente, em países da América Latina e Caribe estão buscando e esse aumento vem se agravando nos países em que ocorre maior demanda e menor oferta de serviços de limpeza pública. A diminuição dos espaços disponíveis, para o processamento e destino final dos resíduos e o aumento da densidade populacional, também, resultam na proximidade dos habitantes com os seus resíduos (GRAUDENZ, 2009).

O lixo comumente é desprezado, pois sua permanência no ambiente humano pode causar efeitos indesejáveis com repercussão na saúde e bem estar do homem; mesmo não constituindo fonte primária de contaminação, pode propiciar o desenvolvimento de fatores ecológicos que passam a constituir parte integrante da estrutura epidemiológica de algumas doenças (NUNES; CUNHA; MARÇAL JÚNIOR, 2006).

Nessa categoria profissional ocorre um menosprezo que se origina dos próprios trabalhadores, de suas condições econômicas e do trabalho realizado que interage com a imagem social da profissão. Os coletores lidam com uma realidade universalmente abjeta, sem receberem salários dignos e socialmente equitativos, por isso deveriam receber atenção,

informações necessárias à saúde, proteção e segurança no trabalho, bem como supervisão constante quanto à utilização adequada de equipamentos de proteção individual (VELLOSO; SANTOS; ANJOS; 1997).

Por apresentar um estereótipo semelhante ao de um atleta, o CRS, que atua sob uma enorme carga de trabalho diária, beneficia-se, igualmente, do condicionamento, pois deve desenvolver várias qualidades físicas imprescindíveis para executar movimentos essenciais da rotina – arremessos de entulhos e correria (indo e vindo), com objetos até o veículo em movimento, entre outras atividades (SILVA; MOREIRA, 2011).

O condicionamento físico é um importante recurso para o desenvolvimento das atividades diárias, especialmente, no âmbito do desempenho profissional. É o ato ou efeito de treinar as capacidades do corpo, de modo a deixá-lo apto para a realização de tarefas motoras específicas e de melhorar sua performance (BARBANTI, 2003).

Giovanelli (2011) estudou a situação dos coletores do município de Linhares/ES, a fim de conhecer suas capacidades físicas e a qualidade de vida e constatou que muitos trabalhadores não conseguem quase nenhum tempo para a família, exercícios físicos e lazer, contribuindo, então, para que não estejam devidamente preparados para tais execuções de movimentos, ocorrendo, assim, condições mais propícias para o surgimento de dores e acidentes, durante a jornada de trabalho e o maior desgaste do organismo, diminuindo a sua performance durante a sua carga horária.

A qualidade de vida (QV) tem sido amplamente discutida na sociedade contemporânea e, assim, permeando todas as áreas do conhecimento em razão de sua gama de significados e por refletir as experiências, os valores individuais e coletivos, constituindo-se um conceito social e cultural desejável nas políticas de saúde (SCATOLLIN, 2006). A QV está diretamente ligada à condição humana e diz respeito às aspirações, realizações, bem-estar e satisfação em todas as áreas, como vida profissional, pessoal e sentimental (ARAÚJO; SOUZA, 2011).

A QV, portanto, depende de mudança de atitudes e é essencial que os indivíduos promovam hábitos de vida que não comprometam a saúde, que adotem medidas capazes de prevenir inúmeras doenças crônicas, como o diabetes, hipertensão, obesidade, síndrome metabólica e diversos tipos de transtornos psíquicos (CARDOSO, 2014).

O estilo de vida é o conjunto de hábitos e ações conscientes do cotidiano do indivíduo que reflete as atitudes e valores e estão associados à percepção da QV que a pessoa traz consigo. Os componentes do estilo de vida podem sofrer mudanças ao longo do tempo, porém isso só vai acontecer se a pessoa verificar se há algum valor em algum comportamento que deva incluir

ou excluir, além de entender-se como capaz de realizar as mudanças almejadas (SALLIS; OWEN, 1999).

O trabalho pode ser visto como fundamental e com grande influência no estilo e na QV das pessoas, tendo em vista que boa parte das horas do dia elas dedicam-se às atividades laborais. Neste cenário das relações entre o homem e seu trabalho, são evidenciadas as questões relacionadas ao perfil do estilo e a qualidade de vida no trabalho, ambas se influenciando e sendo influenciadas constantemente (TIMOSSI, 2009).

Diante de tamanha complexidade e especificidade relacionada a essa profissão, faz - se necessário analisar os aspectos relacionados ao estilo e qualidade de vida dos CRS.

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Na condição de profissional da área da saúde, o enfermeiro deve conhecer melhor as questões relacionadas ao trabalho em geral e aquele exercido pelo CRS. Tal fato evidencia a relevância de compreender o universo desses trabalhadores no desempenho de suas atribuições e que se dedicam ao bem estar da sociedade executando suas atividades laborais insalubres.

Esses trabalhadores, presentes nas ruas das cidades, estão expostos ao trânsito, sol, chuva, frio e calor constantes de acordo com as estações do ano, podendo, também, estarem expostos aos materiais orgânicos, contato com material perfuro cortante e risco de acidentes de trabalho iminente. Pode-se afirmar que há uma carência de estudos que avaliem o estilo e a qualidade de vida desses trabalhadores que desempenham um papel essencial para a harmonia da vida urbana e o equilíbrio das relações em sociedade. Esse é o desafio imposto a este trabalho, com base na fundamentação teórica disponível, aplicada a este estudo.

Assim, o resultado desta investigação poderá contribuir para o aumento do conhecimento existente sobre o assunto, propiciar avanços no conhecimento sobre a temática para a comunidade acadêmica da saúde e da enfermagem, além da população em geral.

1.2 HIPÓTESES

As hipóteses para realização de tal investigação foram:

a) Os coletores de resíduos sólidos apresentam estilo de vida que pode comprometer sua saúde e causar doenças;
b) Os coletores de resíduos sólidos apresentam comprometimento na sua qualidade de vida;

c) O trabalho desenvolvido pelos coletores de resíduos sólidos favorece o aparecimento de alterações à saúde;

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os aspectos do estilo de vida, qualidade de vida e as possíveis alterações na saúde dos coletores de resíduos sólidos de um município de Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, laboral e clínico dos coletores e identificar se eles apresentam alterações na saúde;
b) Analisar a qualidade de vida dos coletores de resíduos sólidos;
c) Analisar o estilo de vida dos coletores de resíduos sólidos;
d) Comparar os escores de qualidade de vida com os escores estilo de vida dos coletores de resíduos sólidos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BREVE HISTÓRICO DO TRABALHO E SAÚDE

No período anterior à revolução industrial, a produção era realizada de forma manual e, no processo de desenvolvimento do capitalismo, duas etapas são bem definidas: o artesanato e a manufatura. A primeira caracterizou-se como forma de produção predominante no período da Baixa Idade Média, apresentava caráter familiar no qual o produtor, o artesão, realizava todas as etapas da produção sem uma divisão do trabalho ou de especialização, estando sua produção sob controle das corporações de ofício. A segunda predominou ao longo da Idade Moderna, ocorrendo, a partir deste período, um aumento na produtividade do trabalho, devido à divisão social da produção, de modo que cada trabalhador realizava uma etapa na confecção de um produto. Nota-se, também, que a partir deste momento houve a interferência do capitalismo no processo produtivo, principalmente por meio da compra de matéria-prima e determinação do ritmo de produção (TEIXEIRA, 2012).

A revolução industrial, trouxe drásticas consequências particularmente para a saúde do trabalhador. Este fato ocorreu, principalmente, devido às epidemias ocasionadas pelas mudanças sociais e alterações do sistema de produção. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, este processo saúde e trabalho é considerado ainda mais complexo, visto as marcas históricas em níveis cultural e econômico, como violência urbana, desemprego e concentração de renda que, como consequência, atingiu diretamente a vida e a saúde do trabalhador (CAVALCANTE et al., 2008).

Assim, os impactos da revolução industrial e dos períodos de guerra influenciaram de forma consistente a saúde dos trabalhadores. A presença dos homens na guerra significava que aconteceriam acidentes que poderiam mutilar e até levá-los à morte. Alguns movimentos de caráter social começaram a pressionar para que ocorresse modificação desta realidade e fossem introduzidas medidas legais de controle das condições no ambiente laboral. A categoria trabalho representa uma dimensão diversificada nas concepções do homem como ator ou autor de sua própria história, visto que estudar a organização do trabalho implica também elucidar a dimensão tecnológica, organizacional e a construção dos sujeitos coletivos (COHN; MARSIGLIA, 1993).

Em países industrializados, estudos sobre a patologia do trabalho concentraram-se no final do século XIX até meados do século XX, na questão das doenças profissionais. Casos

novos e graves de pessoas portadoras de doenças que procuravam as clínicas são citados em estudos, o que serviu para a erradicação de muitos problemas (CARAN, 2012).

Nesse cenário, as primeiras leis de acidentes do trabalho surgiram na Alemanha, no ano de 1884 e, nos anos seguintes, legislações a respeito desta temática passaram a vigorar em vários países da Europa. Reivindicações de trabalhadores apresentadas em congressos realizados durante a Primeira Guerra Mundial levaram a Conferência da Paz de 1919 a aprovar o chamado Tratado de Versailles, que na sua parte XIII dispôs sobre a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (TEIXEIRA, 2012).

No Brasil, a questão foi colocada pela primeira vez através do Decreto Legislativo n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919 (TEIXEIRA, 2012). A partir de 1930, a OIT começa a consolidar estudos e publicações, sendo referência clássica no Brasil o livro com temas de Medicina no Trabalho, escrito por René Mendes em 1980 (CARAN, 2012).

Após a Segunda Grande Guerra Mundial, além de uma piora nas condições de trabalho, ocorreu o desenvolvimento de novos processos industriais, baseados em uma nova divisão internacional do trabalho, o que ocasionou insatisfação e agravos à saúde dos trabalhadores, revelando a fragilidade da Medicina do Trabalho na intervenção dos problemas de saúde ocasionados pelos processos de produção (CAVALCANTE et al., 2008).

Com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, a saúde passou a ser reconhecida como um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos sem qualquer distinção (WHO, 2014). Diversas definições de saúde e doença vêm sendo utilizadas ao longo dos tempos e estas estão vinculadas como o homem tem se apropriado da natureza para suprir suas necessidades (CAVALCANTE et al., 2008).

Ramazzini, considerado o “pai” da Medicina do Trabalho cita, em 1700, que seus escritos não visavam a sua própria glória, porém deveriam ser úteis aos trabalhadores. O livro *De Morbis Artificum Diatriba* (Doenças do Trabalho) ainda é tão atual e útil quanto o foi em sua época. Ramazzini ensinou que o médico, ao atender o doente, não poderia limitar-se a aplicar a mão no pulso, com pressa, mas que deveria, sim, examinar sua fisionomia e buscar informações a seu respeito, dentre elas o que o paciente sentia, qual a causa de seu problema de saúde, desde há quantos dias o problema existia, se seu “ventre” (intestino) funcionava, que alimento ingeriu, dentre outros. Além dessa anamnese cuidadosa, era importante acrescentar outra pergunta: “Que arte exerce?”, obviamente entendendo-se a arte como o ofício, o trabalho realizado, tentando assim relacionar a alteração de saúde apresentada com o trabalho realizado pelo indivíduo enfermo. Contribuiu assim esse autor, de forma sistemática e eficaz, para a

classificação das doenças segundo a natureza e o seu grau de nexo com o trabalho (MENDES, 2003).

O homem modifica o meio em que vive, assim modificando, inclusive, a si próprio. Através da produção de bens e valores que ajudam construir a sociedade, o trabalhador reconhece-se, realiza-se e apresenta-se à sociedade produzindo, portanto, não só objetos, mas também uma condição que é efetivamente sua. Por representar essa trajetória, o significado do trabalho perpassa a estrutura socioeconômica, as necessidades, os valores e a própria subjetividade dos trabalhadores (VASCONCELOS, 2009).

O mercado de trabalho vem sofrendo cada vez mais com as transformações dos processos produtivos e de prestação de serviços ocorridos em todo o mundo. O desgaste das condições de trabalho é observado nas suas novas formas de organização, na flexibilização de suas jornadas (mais extensas e/ou irregulares), na precariedade no emprego, no crescente subemprego, na temporalidade dos contratos, levando à itinerância dos trabalhadores (FISCHER et al., 2005).

Atualmente, as condições de trabalho têm envolvido modelos de produção e prestação de serviços em ritmo acelerado e de modo intensificado, que determinam o aumento da produtividade por combinação do ritmo, da carga de responsabilidade e da redução dos intervalos de descanso na jornada de trabalho, que desencadeia a tendência progressiva de riscos ocupacionais, podendo apresentar efeitos crônicos à saúde e ao envelhecimento dos trabalhadores (HILLESHEIN; LAULERT, 2012).

Portanto, o trabalho dependendo da forma em que é realizado, os fatores de risco presentes dentro dos ambientes laborais, a forma de organização, a suscetibilidade do trabalhador pode favorecer o aparecimento de doença a quem trabalha (CARAN, 2012).

Por isso que o equilíbrio entre o indivíduo, o ambiente e a satisfação no trabalho faz-se necessário, pois a interação negativa do sujeito e as condições ambientais do seu trabalho podem ocasionar ansiedade e insatisfação, podendo levar até a doenças (TEIXEIRA et al., 2015).

Está se vivendo um momento de inovação tecnológica e de comprovação de que a tecnologia não consegue suprir as necessidades do ser humano, por isso pesquisas e estudos sobre QV têm crescido significativamente nos últimos anos, mostrando assim a preocupação dos pesquisadores em suprir o que o avanço tecnológico não foi capaz de fazer (LENTZ et al., 2000).

Assim, a saúde pode ser considerada o resultado de um amplo espectro associado com a QV, compreendendo um conjunto de valores como a justiça social, educação, renda, habitação, alimentação, nutrição, trabalho, dentre outros (FERREIRA, 2009).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

A Constituição Federal (CF) de 1988, no artigo 196, assim dispõe:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 116).

Em relação ao trabalho e saúde, a Constituição Federal em vigor, no seu art. 200, trata das atribuições e competências do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, do tema que diz respeito à saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho, assim se expressando:

> II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
>
> VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL,1988, p. 118).

O trabalho é fundamental na construção da saúde e identidade dos indivíduos e sua influência perpassa o tempo da jornada de trabalho e estende-se para toda a vida familiar e o tempo do não-trabalho (DEJOURS, 1992; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

O desejo do homem de libertar-se das fadigas e aflições do trabalho é tão antigo quanto a própria história da humanidade. A Era Moderna trouxe consigo a glorificação do trabalho, mas a sociedade demonstra que pode haver o contexto de trabalhadores sem trabalho. A existência humana tem relação direta com as condições gerais de vida no contexto de nascimento até a morte, em que o labor assegura, não apenas a sobrevivência do indivíduo, mas a vida da espécie. O trabalho tem também raízes na natalidade, na medida em que a tarefa é preservar o mundo para os recém-chegados. A condição humana compreende algo mais que as condições nas quais a vida é dada ao homem. A vantagem possível da fertilidade humana para a força de trabalho consiste em sua capacidade de prover as necessidades de um homem ou sua

família, em que este homem não usa seu corpo livremente, utiliza as mãos que são seus instrumentos primordiais, mas não exerce voluntariamente suas funções (ARENDT, 2007).

É fato, então, que dependendo da forma como é realizado, dos fatores de risco presentes nos ambientes laborais da organização e própria suscetibilidade do trabalhador, o trabalho pode favorecer a presença de adoecimentos e de acidentes em quem trabalha (CARAN, 2012).

O trabalho é considerado esforço enquanto processo de ação. Significa algo mais amplo do que a aquisição de bens e manutenção da sobrevivência; representa condição de realização por meio do qual o homem exterioriza-se e dignifica-se (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999). Sua concepção vai além da produção, sendo, sobretudo, espaço de relação, de convivência social que realimenta em cada um o sentido de inclusão social, de diferenciação numa comunidade profissional e institucional (FERREIRA; MENDES 2001).

A portaria n. 1.823 de agosto de 2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e vem assegurar melhorias à sua saúde, consoante o seguinte:

> Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012, p. 1).

Apesar da preocupação do Estado com o trabalho e o ser humano, ainda existem aqueles locais em que há a exploração do trabalhador. O processo de reestruturação produtiva no Brasil e seu impacto para a saúde de quem trabalha ocorreu e vem ocorrendo por formas inovadoras, porém, ainda precárias na gestão e organização do trabalho e sem que ocorra uma adequada qualificação profissional. Todo esse contexto tem contribuído com o aumento das doenças profissionais além de criar condições que favorecem o aumento de acidentes com sequelas temporárias ou permanentes e de mortes de trabalhadores (FERREIRA, 2009).

Atualmente, sabe-se que a rotina nas corporações revela a busca por resultados superiores em prazos mais apertados. As crescentes demonstrações corporativas de desafeto e ausência de atenção ao trabalhador geram falta de camaradagem nos interrelacionamentos organizacionais e a propagação do medo e da insegurança (VASCONCELOS, 2008).

Neste ponto, considera-se importante destacar que apresentar sugestões para o equilíbrio entre trabalho e vida saudável tornou-se uma importante forma de proporcionar melhorias da cultura preventiva de doenças relacionadas às atividades laborais (CANAVAL; SÁNCHEZ, 2011).

Outro agravo que influencia a saúde do trabalhador, diz respeito ao acidente de trabalho (AT), que para Oliveira (2013, p. 46), “é aquele evento, súbito ou paulatino, que causa danos à saúde do trabalhador, sendo decorrente do exercício da atividade profissional”. Os AT têm expressiva morbimortalidade, constituindo-se em importante problema de saúde pública. Os sistemas de informação em saúde no País são avançados, mas dados sobre AT continuam a demandar melhores registros, tanto de cobertura quanto de qualidade dos dados (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

Teixeira (2012) refere que no Brasil, no ano de 2009, foram registrados 723,5 mil AT, dos quais, aproximadamente, 2,5 mil terminaram em mortes, numa média de quase sete por dia. São índices considerados alarmantes, pois servem como alerta de que não basta o reconhecimento do direito à saúde do trabalhador para que ele seja efetivamente respeitado. Além disso, esses dados mostram a necessidade de reflexões e busca por alternativas, para que todo trabalhador possa desfrutar de um ambiente de trabalho saudável e digno.

Dados da Previdência Social através do anuário estatístico de acidentes de trabalho no Brasil no ano de 2013, mostra que nesse a quantitativo de acidentes de trabalho foi de 717.911 mil. Mantendo assim uma constante nos números alarmantes (BRASIL, 2013).

3.2 COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Durante toda história da espécie humana, o resíduo pode ser considerado uma variável inerente aos processos de manutenção e evolução da vida, mesmo entre os nômades (CARDOZO, 2009). De acordo com Santos (2008), o lixo é definido como todo e qualquer resíduo derivado das atividades humanas ou gerado pela natureza em aglomerações urbanas. Já os resíduos sólidos são conjunto dos produtos que, quando não aproveitados pelas atividades humanas como nos comércios, domésticos industriais, serviços de saúde ou gerados pela natureza, como, folhas, galhos, terra, areia, são retirados das ruas e logradouros pela varrição e enviados para locais próprios de destinação ou tratamento.

Para a Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT (2004, p. 10) o lixo é constituído por "restos das atividades humanas, considerados pelos geradores como inúteis, indesejáveis ou descartáveis por seus geradores, podendo se apresentar no estado sólido, semissólido ou semilíquido, desde que não seja passível de tratamento convencional".

O quantitativo de resíduos sólidos domiciliares gerados no Brasil por habitante é de cerca de 0,6 kg/dia e mais 0,3kg/dia de resíduos de varrição, limpeza de logradouros e entulhos (MONTEIRO et al., 2001).

O mundo está cada vez mais populoso, o que proporciona o uso crescente de produtos industrializados, aumentando, assim, a quantidade de resíduos, tornando-se fonte de problemas para a sociedade moderna. Por isso, para atender a esse aumento, faz-se necessária a presença dos trabalhadores da limpeza urbana, conhecidos popularmente como “gari ou lixeiro”, que são os responsáveis pela coleta e destinação final de resíduos sólidos gerados diariamente. Porém, apesar da importância deste trabalhador, as condições laborais nas quais eles estão inseridos leva à exposição de um ambiente de perigo constante (LOPES et al, 2012).

Por isso, na atualidade, um dos principais desafios dos centros urbanos diz respeito ao correto manejo dos resíduos sólidos, pois a quantidade de lixo produzido e coletado é um indicador tanto da saúde pública como da proteção ao meio ambiente (SILVA et al., 2011).

A crescente ampliação das áreas urbanas no Brasil e no mundo tem contribuído para o crescimento de impactos ambientais negativos, dentre os quais se destaca a produção de lixo (CARDOSO; ROMBALDI; SILVA, 2013).

A sociedade ocidental apresenta um modo de vida que é proporcionado por uma geração crescente de resíduos sólidos em toda a sua cadeia. Devido a isso, há uma problemática atual e crescente em diversos países da América Latina e do Caribe, em particular, países com maior demanda e menor oferta de serviços de limpeza pública tornando-se ainda mais grave. Somados a isso, houve uma diminuição de espaços disponíveis para o processamento e o destino final desses resíduos nas grandes cidades que resultam na proximidade do habitante de grandes aglomerados urbanos com seus resíduos (GRAUDENZ, 2009).

Recentemente, ainda, acreditava-se que os resíduos domiciliares causavam pouco risco tanto para o homem quanto para o meio ambiente, porém com a introdução de novas tecnologias e produtos, o aumento do consumo e o maior conhecimento dos impactos no meio ambiente, atualmente, os resíduos domiciliares são considerados como sendo capazes de interferir no ecossistema, tornando-se, assim, perigosos. Somados a isso, os resíduos infecciosos ou de riscos biológicos utilizados no tratamento domiciliar de doentes são encontrados no lixo domiciliar, como: curativos, fraldas, seringas e agulhas descartáveis (FERREIRA, 1997).

No Brasil, o contrato de serviço de limpeza urbana foi assinado pela primeira vez pelo francês Pedro Aleixo Gary, oficialmente, em 25 de novembro de 1880, na cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro, pelo Decreto nº 3024, aprovando-se o contrato de "limpeza e irrigação" da cidade. Vencido o contrato em 1891, ele foi ratificado, posteriormente, por seu primo Luciano Francisco Gary, cujo sobrenome deu origem ao termo “gari” que até na atualidade denomina os trabalhadores da limpeza urbana em muitas cidades brasileiras (MONTEIRO et al., 2001).

Atualmente um dos princípios básicos da Lei 11.445, de 5 de janeiro de 2007, estabelece as diretrizes nacionais e o direcionamento das políticas públicas federais para o saneamento básico, institui que o abastecimento de água, o esgotamento sanitário, a limpeza urbana e o manejo dos resíduos sólidos sejam realizados de forma adequada à saúde pública e à proteção do meio ambiente (BRASIL, 2007).

Frente a esse contexto, os coletores de resíduos são trabalhadores responsáveis por um serviço público essencial para a preservação ambiental e, consequentemente, para a saúde pública por meio do recolhimento dos lixos domiciliar e comercial (CARDOSO; ROMBALDI; SILVA, 2014).

> Por trás das cortinas" do "espetáculo" da produção destrutiva do capital, habitam os sujeitos sociais responsáveis pela coleta dos resíduos sólidos, ou do lixo descartado, nas cidades, expostos à toda sorte de precariedades que recai à classe trabalhadora, em especial seus extratos menos qualificados, como o são, em geral, os coletores de lixo domiciliar. Precariedades que cobrem desde os agravos à saúde do trabalhador e seu par correspondente à invisibilidade social, preocupando diversas pesquisadores de áreas distintas do conhecimento, como a Psicologia Social, a Ergonomia, a Sociologia e a Geografia do trabalho (SILVA; THOMAZ JUNIOR, 2013).

Muitos, ainda, confundem as expressões e denominam esse trabalhador como "lixeiro", uma forma vulgarizada da atividade profissional desse coletor de resíduos sólidos, que é uma profissão inscrita na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL MTE, 2010, p. 767), dentro do código 5142 onde estão inseridos os "Trabalhadores nos serviços de coleta de resíduos, de limpeza e conservação de áreas públicas". O código específico desta ocupação é o 5142-05 com os títulos de: Coletor de lixo domiciliar, Agente de coleta de lixo, Coletor de lixo e Lixeiro, na qual se obtém a descrição sumária:

> Trabalhadores nos serviços de coleta de resíduos, de limpeza e conservação de áreas públicas coletam resíduos domiciliares, resíduos sólidos de serviço de saúde e resíduos coletados nos serviços de limpeza e conservação de áreas públicas. Preservam as vias públicas, varrendo calçadas, sarjetas e calçadões, acondicionando o lixo para que seja coletado e encaminhado para o aterro sanitário. Conservam as área públicas lavando-as, pintando guias, postes, viadutos, muretas e etc. Zelam pela segurança das pessoas sinalizando e isolando áreas de risco e de trabalho. Trabalham com segurança, utilizando equipamento de proteção individual e promovendo a segurança individual e da equipe (BRASIL, 2010, p. 767).

Ainda, de acordo com CBO no código 5142, está inserido o grupo dos varredores de rua (CBO 5142-15) cujo sinônimo significa "gari" (BRASIL MTE, 2010), sendo a descrição sumária a mesma do coletor de lixo.

A coleta de lixo é um processo dinâmico, abrangendo vários aspectos dignos de análise e intervenção, visto que, durante a jornada de trabalho, os trabalhadores andam, correm, sobem

e descem ruas, levantam diferentes pesos e suportam sol, chuva, frio e variações bruscas de temperatura. Com esse panorama, observa-se que a saúde ocupacional, ou seja, as relações entre o processo de trabalho e o processo saúde/doença dessa classe profissional, apresenta aspectos para estudo e intervenção em saúde pública (LAZZARI; REIS, 2011). E, quanto à dinâmica do trabalho, os coletores costumam passar a maior parte do tempo correndo, eles sobem no caminhão apenas para descansar (MIGLIORANSA et al., 2003).

Quando se reflete sobre o cenário de trabalho desenvolvido pelos CRS, ele assume um lugar de extrema importância para toda sociedade, pois evita diversos problemas de saúde pública e problemas ambientais decorrentes da disposição inadequada do lixo no âmbito das cidades. O trabalho desenvolvido evita que o acúmulo de lixo na cidade traga a proliferação de vetores de doenças, a exalação de odores desagradáveis e a produção de chorume, que causa a contaminação do solo e dos recursos hídricos (SANTOS, 2009).

O trabalhador, em qualquer ocupação, precisa responder a diferentes racionalidades: de um lado, as exigências das empresas e consequente dos clientes, que aguardam determinados resultados e de outro, as cobranças pessoais de cada trabalhador, que busca atingir os resultados esperados pela empresa e cliente procurando economizar o uso de seu corpo e de sua mente. Porém, os imprevistos surgem e o trabalhador precisa organizar o trabalho de forma a dar conta dos resultados, quase sempre sob pressão e, muitas vezes, sem recursos necessários (VASCONCELOS, 2008).

Dentre as complexidades, há uma série de elementos que os coletores de lixo precisam praticar para realizar o seu trabalho, que vão desde características fisiológico-anatômicas a psicossociais, como observação, rapidez de percepção acuidade dos sentidos audição, tato, olfato e cooperação interpessoal dentre outros (PINHO; NEVES, 2010).

Apesar do trabalho realizado por esses indivíduos ter importância e utilidade social, visto que ajuda a minimizar um grande problema urbano, a visão social dessa categoria é quase sempre estigmatizada em virtude da profissão estar historicamente ligada a pessoas socialmente desqualificadas ou marginalizadas (prisioneiros, condenados de guerras e escravos). Associada a isso, há baixa escolaridade dos trabalhadores que ainda gozam de precárias condições econômicas e laborais, o que caracteriza o trabalho como insalubre (LOPES et al., 2012).

Estudo realizado no ano de 2012 com os 127 coletores de lixo de duas cidades do Rio Grande do Sul – Pelotas e Rio Grande – com o objetivo de determinar o nível de atividade física (AF) nos domínios: trabalho, lazer, domicílio e no deslocamento, mostrou que a média de AF relatada pelos trabalhadores, durante a jornada de trabalho, foi de 3.853 minutos por semana. A média de tempo dispendido em atividades de deslocamento foi de 257,9 min/semana. Durante

o período de lazer foi de 77,6 min/semana e em atividades no domínio doméstico foi de 103,5 min/semana. O escore médio de AF total relatado pelos participantes foi de 4.292,0 min/semana, ou seja, estes trabalhadores estavam expostos a uma carga extremamente elevada de AF, especialmente no domínio do trabalho e esta atividade poderia ocasionar prejuízo importante para a saúde se não fossem adotadas medidas adequadas de ergonomia, nutrição e recuperação física (CARDOSO; ROMBALDI; SILVA, 2013).

Observa-se, que esses trabalhadores da coleta, estão expostos em seu cotidiano de trabalho aos seis fatores/agente diferentes de riscos ocupacionais. Os riscos físicos (1) são caracterizados por ruído, vibração, calor, frio e umidade. Os químicos (2) são representado pelos gases, névoa, neblina, poeira e substâncias químicas tóxicas. Os riscos mecânicos (3) dizem respeito aos atropelamentos, quedas, esmagamentos pelo compactador de lixo e fraturas. Os ergonômicos (4) referem-se às sobrecargas da função osteomuscular e da coluna vertebral, com consequente comprometimento patológico e adoção de posturas forçadas incômodas. Os riscos biológicos (5) são caracterizados pelo contato com agentes biológicos patogênicos (bactérias, fungos, parasitas, vírus), principalmente, através de materiais perfuro-cortantes. E, por último, os riscos sociais (6) caracterizados pela falta de treinamento e condições adequadas de trabalho (FERREIRA; ANJOS, 2001).

> Salienta-se ainda, a importância de algumas ações para os agravos mais prevalentes nesses trabalhadores, como acompanhamento dermatológico, fornecimento de EPI's, complementação do esquema vacinal, profilaxia antitetânica, realização dos exames periódicos e treinamentos. Além disso, ressalta-se a necessidade do enfermeiro do trabalho estabelecer processo negocial junto aos gerentes da empresa de coleta e gestores públicos, buscando melhores condições de vida para os coletores (SOUZA, 2009, p. 3).

Além disso, o trabalho executado exige atenção constante, pois os coletores são responsáveis por sua própria segurança, além da segurança dos colegas, sendo eles que, também, precisam tomar decisões individualmente e em equipe e acompanhar o ritmo dos colegas e do caminhão. *"*Tomando a equipe como um sistema socioorganizacional, neste trabalho coletivo, a coesão do grupo é um fator de complexidade fundamental*"* (VASCONCELOS et al., 2008).

O processo de coleta de lixo no Brasil é formado por tecnologia precária, sendo esta realizada praticamente de forma manual, em que o próprio corpo do trabalhador transforma-se em instrumento de transportar lixo (GONÇALVES et al., 2013).

Em uma pesquisa realizada em Dourados-MS, foi descrito que, durante a coleta de lixo, são comuns os acidentes com materiais perfuro-cortantes (vidro, latas, plantas com espinhos, pregos, espetos e até mesmo agulhas de seringas). Esses materiais podem provocar lesões nos trabalhadores, através do contato das sacolas com os membros superiores e inferiores (LAZZARI; REIS, 2011).

Estudo realizado em um centro de referência em saúde do trabalhador em Londrina-PR, em 2006, no qual foram levantadas 253 fichas de notificação de acidentes com material biológico, foi evidenciado que destes, 5,1% foram com coletores de lixo da cidade, resultado esse que surpreendeu os pesquisadores e evidenciou que essa classe trabalhadora também é vítima de acidente com material biológico, o que antes não aparecia nos dados (SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008).

No estudo sobre os aspectos de complexidade do trabalho de coletores de lixo domiciliar, Vasconcelos et al. (2008) evidenciaram que alguns elementos caracterizavam o trabalho da coleta de lixo domiciliar como complexo e referia que os coletores em seu cotidiano gerenciavam essa complexidade durante o trabalho de coleta. Algumas das variabilidades encontradas foram: variação da massa de coleta; o tipo de lixo, de acordo com cada período do ano; o tipo de acondicionamento do lixo; a forma de disposição do lixo nas ruas; o peso dos sacos; o atraso dos moradores em colocar os lixos nas ruas; a variabilidade dos caminhões; a variabilidade do tempo de acordo com as estações do ano; a variabilidade do piso que pode resultar em entorses e quedas; variabilidade do trânsito e as estratégias de redução para formação de montes de lixo para adequar as situações adversas.

O processo de trabalho dos coletores de resíduos, além de ser composto por diferentes operações, é desorganizado, pois apesar de realizar tarefas que exigem esforço físico, presença de ruídos e ritmo acelerado, não há pausas oficializadas para descanso. Os principais riscos destacam-se como: atropelamento, quedas, cortes, ferimentos, esforço excessivo, ruído, gases tóxicos (monóxido de carbono), contato com agentes biológicos patogênicos, falta de capacitação sobre quais os riscos o coletor de lixo fica sujeito durante seu dia de trabalho (VELLOSO; SANTOS; ANJOS, 1997).

Diante de todo o exposto, para oferecer melhores condições de trabalho às pessoas que lidam direto com esse tipo de lixo e aos coletores e garis, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamentou, em 2004, o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, preconizados na RDC 306/2004 (BRASIL, 2004). Esta regulamentação direcionava as várias instituições para fazer com que os hospitais, centros de saúde, consultórios médicos e dentários, clínicas veterinárias, funerárias, clínicas em geral, organizassem-se para garantir o

descarte e o manejo correto do lixo, além de promover um local de abrigo temporário adequado para que, quando o coletor recolher e encaminhar todo o material ao seu destino final, esse seja realizado com o máximo de segurança para todos os envolvidos em todo o processo. As empresas que gerenciam a coleta dos resíduos nas cidades e grandes centros urbanos, também, precisaram se organizar para garantir caminhões adequados para o transporte e o destino final específico, diferente do utilizado pelo lixo domiciliar e comercial.

Ainda, de acordo com a RDC 306/2004, todos os trabalhadores envolvidos, seja nos locais de produção do resíduo ou nas empresas responsáveis pelo serviço de coleta e destino final, há que proporcionar treinamento a todos os envolvidos no processo (BRASIL, 2004).

Diante das exposições, Krone et al. (2013) referem que estudos focados em profissionais que cuidam da limpeza urbana são inegavelmente relevantes, principalmente, quando se abordam os níveis de qualidade de vida e estresse ocupacional no grupo, pois as inquietações referentes a ambos podem evidenciar relações com o adoecimento do trabalhador.

3.3 QUALIDADE DE VIDA

Na reestruturação do modelo socioeconômico mundial, as condições precárias de trabalho, a intensificação das atividades profissionais e o aumento da exposição a fatores de risco à saúde resultam na exclusão social e no declínio progressivo das condições de saúde da classe trabalhadora, como admite o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), também discutido por Assunção (2003).

O aspecto positivo que emerge dessa situação é a crescente preocupação com questões relacionadas à QV demonstrada pelas ciências humanas e biológicas. Ao intensificar o uso de parâmetros mais amplos e não mais apenas controle de sintomas, aumento da expectativa de vida ou diminuição da mortalidade, ao longo da última década, a noção de QV formulada por muitos autores, sob o foco de ‘saúde’, vai adquirindo outras abordagens mais amplas que incluem também as condições de saúde e o estilo de vida entre seus componentes (FLECK et al., 1999).

Filósofos desde antiguidade têm investigado o significado da expressão “qualidade de vida”. Há relatos até mesmo antes da Era Cristã descobertos pelo desenvolvimento histórico-cultural da humanidade, em escritos de Aristóteles (384-322 a.C.), como *Nicomachean Ethics* (aproximadamente 350 a.C.), que se referiam à relação entre a “vida boa ou bem-estar” e felicidade, concluindo que há divergências sobre o significado de felicidade, podendo assim variar de um indivíduo para o outro, bem como de momento para momento, dependendo das

experiências vivenciadas. Já Sócrates (469-399 a.C.) citava que o importante não era o tempo de vida e, sim, o modo como se vive (VIDO; FERNANDES, 2007).

Para Santin (2002), na etimologia, o termo ‘qualidade’ deriva de ‘*qualis*’ [do latim] e significa o modo de ser característico de alguma coisa considerado em si mesmo ou em relação com outro grupo, podendo assumir características positivas e negativas. Entretanto, como destaca, ao se falar em ‘qualidade de vida’, o termo usualmente significa algo positivo, bom, digno, ético.

No mundo, os estudos sobre QV surgiram no início do século XX e sua proporção tornou-se de grande relevância, tanto para a comunidade acadêmica quanto para os líderes políticos que, em tese, são os responsáveis por gerenciar os recursos em programas de saúde pública. No final do mesmo século, estudos sobre a QV evoluíram para conceitos amplos e abrangentes e, de maneira concomitante, os instrumentos para as avaliações sobre o tema se multiplicaram e se modificaram (COSTA JUNIOR et al., 2013).

Os primeiros estudos envolvendo a QV foram desenvolvidos nos Estados Unidos em 1920, por Walther Stewart, Edwards Deming e Joseph Juran, que trabalhavam no Bell Company (ZANON, 2001). Foi descrito pela primeira vez na literatura médica na década de 30 em pesquisas que tinham como objetivo buscar uma definição e uma avaliação da QV (COSTA JUNIOR et al., 2013). Por algum tempo este termo foi esquecido, porém reapareceu com mais força por intermédio do presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, no ano de 1964, quando esse declarou que o bem estar da população não poderia ser medido através dos balanços dos bancos, mas através da QV que era proporcionada as pessoas (FLECK et al., 1999).

Já, na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é considerado relativamente recente e decorre dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Na década de 1980, houve grande crescimento nas pesquisas relacionadas à QV nas diversas culturas. Muitos estudos englobando inúmeras culturas vêm sendo desenvolvidos por instituições universitárias, agências filantrópicas e de cuidados de saúde dentre outros (SOUZA; GUIMARÃES, 1999). A partir dessa mesma década, a noção de QV passou a envolver diferentes dimensões que se configurou, após serem realizados diversos estudos empíricos para a compreensão desse fenômeno (SEIDL; ZANNON, 2004).

Na década de 90, a QV passou a integrar os discursos informais das pessoas, da mídia em geral e no avanço na quantidade e qualidades de investigações científicas que tendem a um

maior conhecimento e entendimento sobre o assunto e sua relação com questões sociais, culturais e biológicas (GORDIA et al., 2011).

Uma das questões importantes para a melhoria da QV de uma população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde, visto que o conhecimento sobre um determinado desfecho em saúde pode ser importante para ajudar a evitar o surgimento de um agravo, podendo também influenciar na busca por tratamento, quando a doença já está estabelecida (BORGES et al., 2009).

Entretanto, segundo Day e Jankey (1996), a QV pode ser abordada por quatro vieses gerais: o primeiro, socioeconômico tem como principal elemento os indicadores sociais (escolaridade, ausência de sintomas das doenças, condições de moradia etc.) e têm servido para retórica eleitoral, cujos candidatos acenam com uma vida boa ou boa QV aos seus eleitores; os psicológicos, que tem como elemento marcante as reações subjetivas que um indivíduo tem sobre suas vivências ou em suas experiências diretas, avaliadas em razão das noções que os povos têm de suas próprias vidas, felicidade e satisfação, sem considerar, portanto, o contexto ambiental; os médicos, que dizem respeito às melhorias nas condições de vida dos enfermos e, por último, os holísticos, multidimensionais e que possuem componentes complexos e dinâmicos que diferem de indivíduo para indivíduo, segundo seu ambiente e as circunstâncias envolvidas.

Minayo, Hartz e Buss (2000) abordaram o termo como uma representação social em base subjetiva (bem-estar, amor, felicidade, realização pessoal, prazer) e em base objetiva (satisfação das necessidades básicas e das necessidades surgidas do desenvolvimento econômico e social da sociedade). E destacaram os autores a quantidade de conceitos e noções que se têm de QV e o fato de que já se delineia um modelo hegemônico planetário:

> [...] preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por um certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 9).

Inexiste ainda, um consenso sobre o conceito de QV, pois é um termo muito complexo e utilizado por diversas áreas de estudo. As definições, na literatura especializada, são apresentadas de forma global com ênfase na satisfação geral com a vida como dividida em componentes que em conjunto indicam uma aproximação do conceito global (FARQUHAR, 1995). Porém, dependendo da área a ser estudada, o conceito é utilizado como sinônimo de estilo de vida (NAHAS, 2003), condições de vida (BUSS, 2000), saúde (SCHMIDT et al.,

2005). Contudo, em razão de tamanha complexidade, a QV apresenta-se como um tema de difícil compreensão necessitando, assim, de certas delimitações para possibilitar uma operacionalização no âmbito científico (SEID, ZANONN, 2004).

Assim a complexidade do conceito, que atinge diversas áreas de conhecimento e estudo, impede um consenso das definições, apesar de quase todas as noções envolverem a satisfação geral com a vida e pode ser adotado como sinônimo de saúde, de felicidade e satisfação pessoal ou condições de vida, estilo de vida, dentre outros. Em resumo, "a qualidade de vida apresenta-se como uma temática de difícil compreensão e necessita de certas delimitações que possibilitem sua operacionalização em análises científicas" (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 241).

Para Queiroz, Sá e Assis (2004), a QV em virtude de sua diversidade de interpretações, ainda, está internalizada no indivíduo, pois é diferenciada para cada segmento da sociedade e, em seu contexto, pode significar prosperidade, viver bem, ter família, ter realização, uma vida equilibrada, liberdade de ir e vir, liberdade de expressão, porém é um termo que começa a fazer parte do seu cotidiano.

Por conseguinte, o principal exemplo de conceito que pode ser citado é o preconizado pelo grupo de QV da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao definir: 'qualidade de vida' como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). Esse conceito reflete a percepção do indivíduo sobre suas necessidades se estão sendo satisfeitas ou ainda se estão sendo negadas, oportunidades de alcançar a autorrealização, a felicidade, com independência do seu estado de saúde físico ou das condições econômicas e sociais (WHO, 1998).

Com essa definição, que se alterou pouco desde sua enunciação, fica implícito que o conceito de QV é subjetivo e multidimensional, incluindo elementos de avaliação tanto positivos como negativos (FLECK et al., 1999) e que precisam ser constantemente revisados, discutidos e transformados com o avanço do conhecimento e da sociedade.

Muitos estudos, porém, acabam limitando-se à descrição de indicadores deixando, assim, de realizar relações diretas com a QV, tomando características como condições de moradia, escolaridade, ausência dos sintomas de doença unicamente como indicadores de QV, sem se preocupar em investigar as suas repercussões para as pessoas envolvidas. Esse tipo de abordagem possibilita a investigação de grandes grupos de pessoas, porém não é capaz de considerar e avaliar a subjetividade de cada um no quesito o quanto é boa sua própria vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Segundo Minayo, Harts e Buss (2000), para avaliar a QV em grandes populações, uma das formas mais tradicionais utilizadas é por intermédio do índice de desenvolvimento humano (IDH), que tem como objetivo ser um indicador sintético, alicerçado numa leitura ampliada do conceito de desenvolvimento humano, no qual, por exemplo, a saúde e a educação são dimensões importantes para expansão da capacidade do indivíduo.

Para analisar a QV, precisa-se primeiramente passar por aprimoramentos considerando tanto sua dimensão no nível operacional quanto suas bases epistemológicas. É recomendável que conceitos como universalidade, individualidade e autonomia, bastante comuns nas avaliações de QV, devam ser utilizados com cautela (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

É relevante ressaltar aqui também a qualidade de vida no trabalho (QVT), de acordo com o estudo de Nishimura (2008), passou a ser estudado primeiramente pela busca da satisfação do trabalhador e tentativa de diminuição do esforço físico gerado pelo trabalho. Assim a QVT adquiriu um conceito globalizado como forma de enfrentar os problemas da qualidade e produtividade. A QVT busca o resgate da humanização do ambiente das empresas, dando ênfase a um maior equilíbrio entre trabalho e lazer, resultando em melhor QV (COSTA, 2010).

Vale ressaltar que a condição de saúde é um aspecto fundamental para a QV de um indivíduo bem como para a capacidade para o trabalho. As relações entre a condição de saúde e o trabalho têm sido investigadas e revelam uma preocupação dos pesquisadores quanto à influência mútua entre esses fatores (SANTOS; MARQUES, 2013).

Porém, como na QV, na QVT não existe um consenso em sua definição. Há, nos diferentes enfoques, algo bastante comum como a busca da conciliação dos interesses dos indivíduos e das organizações que se explicam através do desejo pela melhoria da satisfação do trabalhador em consonância com a melhoria da produtividade da empresa (NEUMANN, 2007).

Dessa forma, o perfil da qualidade de vida na contemporaneidade está centrado no indivíduo e nas inconstâncias que o cercam. Ele é o sujeito que poderá dar as respostas corretas para a classificação do seu próprio perfil da qualidade de vida (COSTA JUNIOR et al., 2013).

3.4 ESTILO DE VIDA

Os países industrializados têm observado que, nos últimos 100 anos, houve uma grande transformação no seu perfil epidemiológico, transformação essa conceituada como transição epidemiológica que tem, como características, a queda gradual e progressiva das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças crônico-degenerativas, em particular das

doenças cardiovasculares (ARAÚJO, 2012). Esse processo engloba três mudanças básicas: a primeira é caracterizada pela substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, a segunda pelo deslocamento da carga de morbidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e, por último, a substituição de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a mortalidade é dominante (SCHRAMM et al., 2004).

O Brasil vem sofrendo mudanças significativas em seu perfil demográfico, como consequência do processo de urbanização populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia. Essas novas características da sociedade brasileira unem-se os novos estilos de vida e a exposição, ainda mais intensa, a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, INCA, 2014).

Historicamente, até o início do século XX, a saúde pública baseava-se em ações de melhoria das condições ambientais, principal causa de morte entre populações desenvolvidas ou em desenvolvimento. Entretanto, com os avanços da medicina, as ações de saúde pública do século XX possibilitaram um aumento significativo na qualidade e expectativa de vida média das populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. O contexto atual de atuação das ações de saúde pública está pautado na prevenção e na promoção de hábitos de vida saudáveis (COSTA JUNIOR et al., 2013).

O estilo de vida é compreendido como uma forma cultural e social de viver, abrange hábitos e condutas capazes de contribuir de forma positiva ou negativa à saúde e, também, pode refletir no aumento das taxas de morbidade e mortalidade. O sedentarismo, o consumo de álcool e fumo e a dieta inadequada são exemplos de hábitos que podem aumentar o risco de morte e agravo à saúde; por outro lado, hábitos como a dieta equilibrada e atividade física regular são considerados protetores (FERREIRA; BONFIM; AUGUSTO, 2011).

Cinco dos dez principais transtornos crônicos de saúde nos Estados Unidos estão ligados aos fatores de estilo de vida moderno, portanto, se os fatores de risco para estes distúrbios são identificados, a prevenção é possível através da modificação do estilo de vida (SIGNS, 2010).

No âmbito do Brasil, as chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como infarto do miocárdio, derrames cerebrais, diabetes tipo II e o câncer são as principais causas de morte em adultos (CARVALHO et al., 2013). De acordo com os dados da análise da situação de saúde no Brasil em 2009, indicam que as DCNT são as principais causas de mortalidade no País (BRASIL MS, 2010).

A Organização Mundial da Saúde declara que cerca de 80% dos casos de doenças cardiovasculares e diabetes e 40% dos casos de câncer são evitáveis pela mudança do estilo de vida, mudança de hábitos que incluam a atividade física, alimentação equilibrada, eliminação do hábito de fumar e a adoção de comportamentos preventivos, como realização de exames preventivos e não dirigir quando ingerir bebidas alcoólicas (WHO, 2010).

Há, no estilo de vida, alguns fatores sobre os quais o indivíduo tem algum controle preventivo, como as doenças infecciosas, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida AIDS, doenças degenerativas que afetam os sistemas cardiovascular, pulmonar, muscular, articular, pele, visão e audição. Nesse grupo constam, também, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão, a obesidade, o diabetes e câncer. Importante ressaltar que também há fatores negativos sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle, como a herança genética, o envelhecimento natural, alguns tipos de acidentes e algumas doenças infecciosas. Este grupo de fatores está associado às condições ambientais ou de assistência, podendo ter suas consequências minimizadas se estas condições forem favoráveis ou agravadas se forem desfavoráveis (COSTA JUNIOR et al., 2013).

A WHO (2009) destaca que as doenças cardiovasculares já se tornaram uma epidemia que atinge todas as regiões do mundo, sendo impulsionada pelo envelhecimento demográfico, a urbanização não planejada, a globalização e o estilo de vida não saudável. Há uma associação comprovada de doenças cardiovasculares com um grupo de fatores de risco, como: tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, baixo consumo de frutas e hortaliças, inatividade física, além da hipertensão arterial e a hipercolesterolemia.

E é em razão de todos esses fatores que a mensuração do estilo de vida não é uma tarefa considerada fácil, visto que existem múltiplas dimensões que o compõem e da dificuldade de medir de uma maneira objetiva e direta, sendo assim este construto somente pode ser mensurado e não medido (SILVA; BRITO; AMADO, 2014).

> O estilo de vida representa um dos principais fatores direta ou indiretamente associados ao aparecimento das chamadas “doenças da civilização”, principalmente as doenças cardiovasculares. Isso decorre, principalmente, das novas rotinas adotadas pela maioria das pessoas, fruto da acelerada industrialização, urbanização o e globalização do mercado de alimentos – no mundo inteiro as pessoas estão consumindo mais alimentos de grande densidade energética com altos teores de gorduras saturadas e açúcares, e também muito salgados. Esse padrão alimentar, ao lado de um quadro de inatividade física crescente, têm levado países ricos e em desenvolvimento a enfrentar o crescimento sem precedentes da obesidade e do diabetes, até mesmo entre os mais jovens (SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA, SESI, 2007).

A estreita relação entre conhecimento e mudança de comportamento apresenta-se como um desafio para a saúde pública, visto que alarmantes prevalências de sedentarismo, tabagismo, consumo abusivo de álcool e a obesidade são observados em um momento no qual o conhecimento populacional é relativamente elevado. [...] O conhecimento, embora não seja suficiente para mudança de comportamento, é fundamental, além de ser um passo importante em direção a uma sociedade mais saudável (BORGES et al., 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) assinala que por meio de melhorias na cobertura e atendimento às doenças crônicas na atenção básica e, também, na média e alta complexidade, além de mudanças favoráveis resultantes de ações de promoção da saúde para alimentação saudável e atividade física podem contribuir para maior acesso da população às informações, prevenção e tratamento precoce das doenças já instaladas. Já o maior acesso aos serviços de atenção básica contribui para melhorias no diagnóstico de diabetes e hipertensão.

SESI (2007), em conclusão de seu relatório geral de estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria brasileira, afirma que:

> Incentivar hábitos de vida saudáveis gera resultados positivos para as pessoas e para a empresa. O sucesso desta estratégia está relacionado à escolha certa. Começar pelo lazer pode surpreender quem nunca apostaria nele. É nos momentos de lazer que as pessoas aliviam o estresse, renovam suas energias, despertam sua criatividade, cultivam bons relacionamentos, desenvolvem a concentração, entre outros benefícios (SESI, 2007, p. 92).

O estilo de vida pode não afetar a produtividade do trabalho, mas, juntamente com o nível de satisfação laboral, pode interferir no cotidiano dos trabalhadores. Isso porque profissionais motivados e possuidores de um estilo de vida saudável apresentam fatores importantes para a manutenção da saúde (BOTH; NASCIMENTO, 2009).

Diante de toda essa discussão, promover a saúde e prevenir os riscos no ambiente de trabalho exigem intervenção multidisciplinar. Porém, esta preocupação nem sempre está presente em todos os ambientes de trabalho. A promoção da saúde engloba a adoção de medidas que reduzam os riscos de adoecimentos assim como envolve a melhoria da qualidade de vida (BATTAUS; MONTEIRO, 2013).

O conjunto de ações destinado aos determinantes modificáveis à saúde não devem ser relacionados apenas aos indivíduos, mas também à condição social, renda, educação, condições de trabalho, e principalmente, ao acesso a serviços de saúde adequados. Portanto, é importante destacar que apresentar sugestões para o equilíbrio entre trabalho e vida saudável tornou-se uma importante forma de proporcionar melhorias da cultura preventiva de doenças relacionadas às atividades laborais (CANAVAL; SÁNCHEZ, 2011).

Somado a todas essas informações, Nahas, Barros e Francalacci (2000) explicitam que a população está vivendo mais, porém há um questionamento: como estão a qualidade desses anos adicionais, ou seja, como estão a qualidade da moradia, da água que se utiliza para consumo, o ar, a falta de segurança, diminuição nos relacionamentos sociais, o lazer entre outros fatores associados ao estilo de vida adotado pela população.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico, correlacional, epidemiológico realizado com Coletores de Resíduos Sólidos em um município de Minas Gerais.

4.2 PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Divinópolis-MG no período de fevereiro a julho de 2015. A cidade possui, aproximadamente, 213 mil habitantes e, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2010), é a quinta cidade com melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado. Ainda, segundo dados do IBGE, a cidade teve uma estimativa de 226. 345 mil habitantes para o ano de 2013, sua área de unidade territorial compreende 708. 115Km^2. O rendimento mensal total, de acordo com o sexo na cidade, é de R$ 1425,00 para homens e de R$ 957,00 para mulheres (BRASIL, 2010). Em relação às empresas atuantes na cidade há 8.436 e em relação ao pessoal ocupado assalariado há 56.773; somados ao pessoal que trabalha informalmente há um total de 69.411ocupados e o salário médio mensal é de 2,2 salários mínimos (BRASIL, 2014).

Com este número expressivo de habitantes e um comércio diversificado, a cidade produz, aproximadamente, 150 toneladas de lixo/dia e 4.500 toneladas por mês, dentre lixo comercial e urbano. Nos meses de dezembro e janeiro, este número ultrapassa 4.800 toneladas/mês por causa do aquecimento do comércio durante as vendas do final do ano. Para que ocorra o direcionamento destes resíduos produzidos pela população há, na cidade, uma empresa de engenharia ambiental. Esta empresa é responsável pela coleta de resíduos domiciliares da zona rural e urbana, comerciais e dos serviços de saúde; tratamento dos resíduos de serviços de saúde, implantação e operação de aterros sanitários e a coleta seletiva.

Trazendo estes números para a realidade dos profissionais que trabalham diretamente com a coleta destes resíduos, cada um deles recolhe cerca 3 toneladas de lixo urbano/dia. No município estudado, a empresa que coleta o lixo é terceirizada, tem sede no município de Betim/MG e sua área de atuação abrange outras cidades do estado de Minas Gerais, o estado de Goiás e o Distrito Federal.

4.3 POPULAÇÃO

A população alvo desta investigação constituiu-se de todos os coletores de resíduos sólidos alocados no quadro ativo de trabalhadores da empresa estudada que, no período da coleta de dados, somaram um total de 47 trabalhadores, que se dividiam entre coleta de lixo urbano, rural, hospitalar e seletiva. Todos trabalhavam em uma carga horária de 44 horas semanais e dividam-se em equipes que executam a coleta de resíduos domiciliares e comerciais em caminhões compactadores e comuns. Cada equipe de trabalho era formada por dois ou três coletores dependendo da rota e tipo de coleta. Estas equipes eram divididas, ainda, em dois horários fixos; o primeiro turno compreende o período de 7 horas às 15 horas e 20 min e o segundo 19 horas a 3 hora e 54 min de segunda a sábado. A coleta seletiva e dos serviços de saúde eram realizados apenas no primeiro turno dada a especificidade da coleta. Os resíduos sólidos dos serviços de saúde e das diversas clínicas da cidade eram coletados diariamente e encaminhados para a cidade de Betim-MG onde são esterilizados e, após, recebem seu destino final.

4.3.1 Critérios de inclusão

a) Idade superior à 18 anos;
b) Não estar em afastamentos ou licenças no dia da coleta de dados;

4.4 AMOSTRA

O cálculo amostral considerou uma população de 47 coletores sendo todos eles trabalhadores efetivos da empresa, com um erro amostral de 5% que é a diferença entre o valor estimado pela pesquisa e o verdadeiro valor; e um intervalo de confiança de 95% sendo esse a probabilidade de que o erro amostral efetivo seja menor do que o erro amostral admitido pela pesquisa, estimando-se, assim, uma amostra de 42 indivíduos, no mínimo.

A amostra foi composta por meio do convite para participar da pesquisa a todos os coletores tendo uma população elegível composta de 47 trabalhadores. Os dados foram coletados atendendo os critérios de inclusão, segundo contato prévio por telefone com cada um deles, com os quais a pesquisadora, previamente, agendava uma melhor data e horário em que eles estivessem em sua residência, fora do horário de trabalho. Do número total de coletores, 45 estavam trabalhando de forma ativa e dois não puderam participar visto não estarem em atividade e dois já haviam participado do estudo piloto. O número final de trabalhadores aceitaram participar e compuseram o estudo foi um total de 43 coletores.

4.5 COLETA DE DADOS

Em um primeiro momento, foi realizado um Estudo Piloto no mês de fevereiro de 2015, com 9 profissionais de diferentes cargos e funções da empresa responsável pela coleta de resíduos, que correspondia a 10% da amostra, para verificar a viabilidade, adaptação, compreensão e dificuldade no preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e questionários socioeconômico e demográficos. Foi entregue a cada um deles um envelope lacrado, contendo os questionários e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE D). Em um primeiro momento, a pesquisadora realizou leitura minuciosa com os trabalhadores, visando sanar qualquer tipo de dúvida do TCLE e em relação aos objetivos da pesquisa. Após a leitura, o trabalhador optava por assinar e participar da pesquisa ou não.

A coleta de dados nesse Estudo Piloto foi realizada na empresa, na forma de questionários auto aplicáveis, sendo esta etapa importante para avaliar a adequação dos instrumentos de coleta de dados na população e no local de estudo.

Após a aplicação do Piloto e avaliação no exame de qualificação, houve necessidade de adequações. Em relação ao Questionário socioeconômico, demográfico, laboral e clinico, as perguntas foram elaboradas para que atendessem melhor aos objetivos do estudo e se adequassem à linguagem da população alvo. Os instrumentos deixaram de ser autoaplicáveis e passaram a ser aplicados em forma de entrevista pela própria pesquisadora.

Em relação à população de estudo, a princípio, a pesquisa seria realizada com todos os trabalhadores que atuavam nas diversas áreas operacionais e administrativas, porém, optou-se por trabalhar apenas com uma classe profissional, sendo a dos coletores de resíduos sólidos. A coleta de dados deixou de ser realizada na sede da empresa, para ser realizada na própria residência dos coletores, para garantir mais tempo e privacidade nas respostas dos trabalhadores. Os trabalhadores que fizeram parte de estudo piloto não compuseram a amostra.

Sendo assim, os coletores foram informados na empresa que estava sendo realizado um estudo sobre estilo e qualidade de vida e, após esse informe, foram convidados, por meio de contato por telefone feito pela pesquisadora, a participarem da pesquisa e responderem a entrevista em seu domicilio. De acordo com data e horário previamente agendados, a pesquisadora explicava o objetivo da pesquisa, apresentava o TCLE e informava ao entrevistado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, assegurando o sigilo e o anonimato, permitindo o livre acesso aos dados e assegurando o consentimento para

a divulgação dos dados e mantido o compromisso na sua transcrição. Após a assinatura do termo a pesquisadora dava início à entrevista.

Os instrumentos da pesquisa encontravam-se dentro de envelopes não identificados, apenas com suas iniciais. Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora na seguinte ordem "Questionário socioeconômico, demográfico, laboral e clínico" (APENDICE A), para conhecimento do perfil socioeconômico e demográfico dos participantes por intermédio de entrevista semiestruturada, seguida pelo questionário "WHOQOL-Bref" (ANEXO A), para avaliação da qualidade de vida (QV) e, por último, o questionário "Estilo de vida Fantástico" (ANEXO B) para avaliação do estilo de vida. Todas as dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora no ato da entrevista.

Após a coleta de dados, realizava-se a aferição dos sinais vitais: pressão arterial (PA), pulso (P), frequência respiratória (FR), temperatura axilar (TAX), mensuração do peso, altura, circunferência abdominal (CA) e cálculo do Índice de massa corpórea (IMC).

A pesquisa foi realizada no período de 2 de junho a 31 de julho de 2015. O tempo gasto para responder cada questionário foi em média 10 minutos com o tempo total de coleta não ultrapassando 30 minutos. Após a entrevista o envelope foi devidamente lacrado.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para responder ao primeiro objetivo específico deste estudo, foi utilizado o questionário socioeconômico, demográfico, laboral e clinico (APÊNDICE A) o qual foi elaborado pela pesquisadora com avaliação de dois doutores *Experts* em saúde do trabalhador, contendo perguntas abertas e fechadas.

Para responder ao segundo objetivo deste estudo, foi utilizado o instrumento WHOQOL-Bref, (ANEXO A), criado pelo Grupo de Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. O instrumento consta de 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e as demais 24 apresentam cada uma das 24 facetas que são avaliadas a partir de quatro questões. Cada faceta é avaliada por apenas uma questão e há quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio - ambiente. O método WHOQOL aplicado à versão brasileira do instrumento foi descrito detalhadamente por (FLECK et al., 2000).

O WHOQOL- Bref é um instrumento curto que demanda pouco tempo para seu preenchimento e foi desenvolvido pelo grupo de QV da OMS, em 1998, que se baseia nos pressupostos de que QV é um construto subjetivo através da percepção do indivíduo, multidimensional e composto por dimensões tanto positivas quanto negativas. O WHOQOL-

Bref foi originado do WHOQOL-100, por conter 100 questões agrupadas, que formavam seis dimensões ou domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais. Consta de 26 questões: duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 facetas representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. No WHOQOL-100 cada faceta é avaliada é avaliada por 4 questões, já o WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada por uma única questão (FLECK et al, 2000). Esse instrumento foi traduzido e validado para realidade brasileira por Fleck et al., 2000.

Os domínios e facetas do WHOQOL-Bref, de acordo com Fleck et al. (2000) são:

> Domínio 1 - Físico - contendo 7 facetas: 1. Dor e desconforto; 2. Energia e repouso; 3. Sono e repouso; 9. Mobilidade; 10. Atividades da vida cotidiana; 11. Dependência de medicação ou de tratamentos; 12. Capacidade de trabalho;
>
> Domínio 2 – Psicológico - contendo 6 facetas: 4. Sentimentos positivos; 5. Pensar, aprender, memória e concentração; 6. Autoestima; 7. Imagem corporal e aparência; 8. Sentimentos negativos; 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais;
>
> Domínio 3 - Relações Sociais - contendo 3 facetas: 13. Relações pessoais; 14. Suporte (apoio) social; 15. Atividade sexual;
>
> Domínio 4 - Meio Ambiente - contendo 8 facetas: 16. Segurança física e proteção; 17. Ambiente no lar; 18. Recursos financeiros; 19. Cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade); 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima); 23. Transporte (FLECK et al., p.179, 2000).

O perfil de QV é definido através dos escores destes quatro domínios e quanto mais altos forem os escores, melhor é a QV (POWER, 2008; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Para responder ao terceiro objetivo específico deste estudo, foi utilizado o questionário Estilo de vida Fantástico. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil por Añez, Reis e Petrosk (2008). O questionário “Estilo de vida fantástico” (ANEXO B) é um instrumento auto administrado que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde. Possui 25 questões divididas em nove domínios que são: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho. As questões estão dispostas na forma de escala Likert.

A origem da palavra “fantástico” vem do acrônimo FANTASTIC que representa as letras dos nomes dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas as 25 questões ou itens:

> **F**= Family and friends (família e amigos); **A** = Activity (atividade física); **N** = Nutrition (nutrição); **T** = Tobacco & toxics (cigarro e drogas); **A** = Alcohol (álcool); **S** = Sleep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro); **T** = Type of behavior (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B); **I** = Insight (introspecção); **C** = Career (trabalho; satisfação com a profissão"). (AÑEZ; REIS; PETROSK, 2008).

Há 23 questões que possuem cinco alternativas de resposta e duas são dicotômicas. As alternativas estão dispostas na forma de colunas, para facilitar a sua codificação e a alternativa da esquerda é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável.

A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: "Excelente" (85 a 100 pontos), "Muito bom" (70 a 84 pontos), "Bom" (55 a 69 pontos), "Regular" (35 a 54 pontos) e "Necessita melhorar" (0 a 34 pontos).

É desejável que os indivíduos atinjam a classificação "Bom". Quanto menor for o escore, maior será a necessidade de mudança. De maneira geral, os resultados podem ser interpretados da seguinte maneira: "Excelente" indica que o estilo de vida proporciona ótima influência para a saúde; "Muito bom" indica que o estilo de vida proporciona adequada influência para a saúde; "Bom" aponta que o estilo de vida proporciona muitos benefícios para a saúde; "Regular" significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta também riscos; "Necessita melhorar" indica que estilo de vida apresenta muitos fatores de risco (AÑEZ; REIS; PETROSK, 2008).

4.6.1 Coleta de Dados Antropométricos

Para mensurar o peso, foi solicitado aos participantes que retirassem os calçados, estando devidamente trajados de roupas leves (LOHMAN et al., 1988). Foi utilizada balança eletrônica digital, marca LYRA LIZ® modelo Lyra, equipamento certificado pelo INMETRO, com precisão de 0,1kg e capacidade de 150 kg e foi considerado o peso, independente deles terem ou não se alimentado previamente. Em relação à estatura, foi utilizada uma fita métrica inelástica e flexível com precisão de um metro e cinquenta centímetros, seguindo também as técnicas descritas por Lohman et al. (1988).

4.6.2 Circunferência Abdominal (CA)

A medida da CA foi obtida com o participante em posição ereta, ao final da expiração, no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca anterossuperior, utilizando-se de fita métrica inelástica e flexível com precisão de 0,1 cm (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005; LIMA et al., 2011). A WHO (2000) estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres.

4.6.3 Índice de massa corporal (IMC)

Foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) a partir da seguinte equação: IMC = peso (kg) /estatura^2 (m). O IMC então foi categorizado, conforme os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000): < 18,5 kg/m2 (baixo peso), 18,5 a 24,9 kg/m2 (eutrófico), ≥ 25 Kg/m2 (sobrepeso), 25,0 a 29,9 kg/m2 (pré-obeso), 30,0 a 34,9 Kg/m2 (obeso I), 35,0 a 39,9 kg/m2 (obeso II), ≥ 40,0 kg/m2 (obeso III).

4.6.4 Sinais vitais

A mensuração da pressão arterial (PA) seguiu todos os critérios e passos preconizados na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SBC et al., 2010). A medida da PA foi realizada pelo método indireto com técnica auscultatória, utilizando-se de esfigmomanômetro do tipo aneroide devidamente calibrado, após o participante ter repousado pelo menos 5 minutos e orientado a esvaziar a bexiga. O procedimento foi realizado duas vezes com intervalos de dois minutos entre cada medida, sendo o valor final determinado pela média das medidas.

A frequência cardíaca foi mensurada com o paciente sentado, em repouso, utilizando a polpa digital dos dedos médio e indicador da pesquisadora sob a artéria radial; após identificar as características dos batimentos, foi contada a pulsação durante 1 minuto. Os valores de referência, de acordo com Santos e Melo (2012), no adulto: de 60-80 batimentos por minuto.

Para realizar a mensuração da frequência respiratória, com o paciente sentado, foi realizada a visualização perfeita do tórax, contando durante um minuto o ciclo respiratório (uma inspiração e uma expiração), no adulto: de 12 a 22 incursões por minuto (BARROS, 2010).

A mensuração da temperatura axilar foi realizada por um termômetro de coluna de mercúrio. O termômetro foi colocado diretamente em contato com região axilar do paciente

diretamente em contato com a pele seca. Após aguardar 3 minutos, o termômetro foi retirado e feita a leitura e anotação deste dado, os valores normais de temperatura axilar variam entre 35.5 a 37º C (SANTOS; MELO, 2012).

Os sinais vitais, o peso, a altura e a circunferência abdominal foram mensurados após a entrevista com o trabalhador.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

Primeiramente o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e pesquisa (CEP) da Universidade Federal São João Del Rei – Campus Centro-oeste Dona Lindu para aprovação. Obedeceu aos princípios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CONEP que trata de normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O mesmo foi aprovado com número do parecer 846.156 (ANEXO C).

4.8 TRATAMENTO DOS DADOS

Nas análises descritivas para descrever os resultados foram utilizadas tabelas de distribuição de frequências na análise das variáveis categóricas e medidas de tendência central, posição e variabilidade na análise das variáveis numéricas. Também foram utilizados gráficos de barras para ilustrar os resultados.

Foi realizada a análise univariada para avaliar os fatores associados aos resultados das escalas WHOQOL-Bref e estilo de vida fantástico: testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher na análise de variáveis categóricas, Teste t *Student* para análise das variáveis numéricas com distribuição normal e Teste de Mann-Whitney na análise das variáveis numéricas com distribuição assimétrica. A normalidade das variáveis numéricas analisadas foi realizada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados da escala WHOQOL-Bref foram categorizados em uma variável binária, utilizando como ponto de corte a mediana, para facilitar as comparações, considerando o reduzido tamanho da amostra. Foi considerado como QV baixa um escore menor ou igual à mediana, e como QV elevada escores maiores que a mediana.

Os resultados da escala Estilo de Vida Fantástico também foram dicotomizados em excelente e muito bom, *versus* bom e regular, visando manter uma frequência adequada em cada categoria comparada.

Na análise multivariada, para avaliar os fatores associados aos resultados das escalas WHOQOL-Bref e estilo de vida fantástico, foi utilizado o modelo de regressão logística binária.

Para entrada das variáveis preditoras no modelo foi considerado um valor-p menor que 0,20 na análise univariada. Utilizou-se o critério *foward* para entrada das variáveis no modelo e para permanência das variáveis no modelo final foi adotado um nível de 5% de significância.

Após ajuste do modelo final, foi avaliada a estimativa do *Odds Ratio* (OR) ajustado com respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). O ajuste do modelo foi avaliado por meio da estatística de Hosmer & Lemeshow. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% e foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versão 20.0.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta dissertação foram apresentados na forma de dois artigos científicos, elaborados conforme as normas das revistas ambos seguiram o formato Vancouver.

Para os objetivos específicos: caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico dos coletores e identificar se eles apresentam alterações na saúde; analisar a qualidade de vida dos coletores de resíduos foram respondidos com o manuscrito intitulado “Qualidade de vida e perfil socioeconômico e demográfico de coletores de resíduos sólidos em Município de Minas Gerais/Brasil”.

Em relação aos objetivos específicos: analisar o estilo de vida dos coletores de resíduos sólidos; comparar os escores de qualidade de vida com os escores do estilo de vida dos coletores de resíduos sólidos foram respondidos com o manuscrito intitulado “Estilo e Qualidade de vida de coletores de resíduos em município de Minas Gerais”.

6 ARTIGO 1 - QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DE COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE DIVINÓPOLIS/M.G

6 ARTIGO 1 - QUALIDADE DE VIDA E PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DE COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE DIVINÓPOLIS/M.G

Quality of life and socio-economic and demographic profile of collectors of solid waste in the Divinópolis M.G

Calidad de vida y el perfil socioeconómico y demográfico de los recolectores de residuos sólidos em Divinópolis M.G

Flávia Mendes da Silva

Renata Cristina da Penha Silveira

RESUMO: Este estudo objetivou caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, laborais; identificar existência de alterações de saúde e analisar a qualidade de vida de coletores de resíduos sólidos. Estudo quantitativo, transversal, descritivo, realizado com 43 coletores de resíduos sólidos de uma empresa de engenharia ambiental da cidade de Divinópolis/MG. Utilizou-se um formulário contendo dados socioeconômicos, demográficos, laborais e clínico e o WHO *Quality of Life-Bref Questionnaire* (WHOQOL-Bref). Os resultados evidenciaram que todos os entrevistados eram do sexo masculino, casados, com média de idade de 33,6 anos, baixa escolaridade. Já as condições de saúde, 74,4% apresentaram Índice de Massa Corporal dentro da normalidade e 55,8% apresentaram dor musculo – esquelética. Quanto a qualidade de vida, o domínio relações pessoais foi o melhor valorado (81,8) e o meio ambiente apresentou pior indicador (61,1) e a escala global de qualidade de vida apresentou escore de 81,7. Verificou-se que 84% dos coletores auto avaliaram sua qualidade de vida como boa e muito boa, 93% informaram que estão satisfeitos e muito satisfeitos com sua saúde. O domínio relações pessoais apresentou correlação significativa com todos os outros domínios: relações pessoais e físico (correlação = 0,418, valor p=0,005); relações pessoais e psicológico (correlação=0,386, valor p=0,011); e meio ambiente e relações pessoais (correlação = 0,503, valor p=0,001). Conclusão: apesar das condições de trabalho adversas e extensa carga horária as quais os coletores de resíduos sólidos vivenciam diariamente, houve avaliação satisfatória para as questões que compõem a qualidade de vida geral e para os domínios físico, psicológico e relações sociais e satisfação com a saúde.

Palavras chave: Coletores. Resíduos sólidos. Trabalho. Qualidade de vida. Saúde.

ABSTRACT: This study aimed to characterize the socioeconomic profile, demographic, labor; identifying existence of health changes and analyze the quality of life of solid waste collectors. Quantitative, cross-sectional, descriptive study with 43 collectors of solid waste from an environmental engineering company Divinópolis / MG. We used a form containing socioeconomic and demographic data and the WHO Quality of Life-Bref Questionnaire (WHOQOL-Bref). The results showed that among the areas of quality of life, personal relationships was the best valued (81.8) and the environment presented worst indicator (61.1) and the global scale of quality of life scores were 81.7. It was found that 84% of auto collectors assess their quality of life as good and very good, 93% of collectors said they are satisfied and very satisfied with their health. The domain personal relationships showed significant correlation with all other areas: personal and physical relations (correlation = 0.418, p = 0.005); and psychological personal relationship (correlation = 0.386, p = 0.011); and environment and personal relationships (correlation = 0.503, p = 0.001). Already health conditions, 74.4% had a BMI within the normal range and 55.8% had musculo skeletal pain. Conclusion: Despite adverse working conditions and long hours in which the solid waste collectors experience daily, there was satisfactory assessment of the issues that make up the overall quality of life and to the physical, psychological and social relationships domains and satisfaction with health.

Keywords: Collectors. Solid waste. Work. Quality of life. Health.

INTRODUÇÃO

Os coletores de resíduos são trabalhadores responsáveis por um serviço público essencial para a preservação ambiental e, consequentemente, para a saúde pública por meio do recolhimento dos lixos domiciliar e comercial[1].

A coleta de lixo é um processo dinâmico, abrangendo vários aspectos dignos de análise e intervenção, visto que, durante a jornada de trabalho, os trabalhadores andam, correm, sobem e descem ruas e levantam diferentes pesos e suportam sol, chuva, frio e variações bruscas de temperatura. Com esse panorama, observa-se que a saúde ocupacional, ou seja, as relações entre o processo de trabalho e o processo saúde/ doença dessa categoria de trabalhadores, apresentam aspectos para estudo e intervenção em saúde pública[2].

Dentre as complexidades, há uma série de elementos que os coletores de lixo precisam praticar para realizar o seu trabalho, que vão desde características fisiológico-anatômicas a psicossociais, como observação, rapidez de percepção acuidade dos sentidos audição, tato, olfato e cooperação interpessoal dentre outros[3].

Diante de toda essa complexidade, torna-se necessário analisar a qualidade de vida (QV) destes trabalhadores no contexto em que estão inseridos.

O perfil da QV na contemporaneidade está centrado no indivíduo e nas inconstâncias que o cercam. Ele é o sujeito que poderá dar as respostas corretas para a classificação do seu próprio perfil da QV[4].

Assim, o principal exemplo de conceito que pode ser citado é o preconizado pelo grupo de qualidade de vida da organização mundial da saúde para o qual a qualidade de vida é entendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”[5].

Com essa definição, que se alterou pouco desde sua enunciação, fica implícito que o conceito de QV é subjetivo e multidimensional, incluindo elementos de avaliação tanto positivos como negativos[6] e que precisam ser constantemente revisados, discutidos e transformados com o avanço do conhecimento e da sociedade.

Para analisar a QV precisa-se primeiramente passar por aprimoramentos considerando tanto sua dimensão no nível operacional, como suas bases epistemológicas. É recomendável que conceitos como universalidade, individualidade e autonomia, bastante comuns nas avaliações de QV, devam ser utilizados com cautela[7].

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e laborais, identificar existência de alterações de saúde e analisar a qualidade de vida dos coletores de resíduos

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, descritivo, realizado junto a coletores de resíduos Sólidos (CRS) na cidade de Divinópolis Minas Gerais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal São João Del Rei, Campus Centro Oeste - Dona Lindu (CEPES/CCO) sob o parecer nº 846.156, obedecendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[8].

Essa cidade possui, aproximadamente, 213 mil habitantes, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010)[9]. Segundo dados da empresa de engenharia ambiental responsável pela coleta e destino final do resíduo sólido, a cidade produz, aproximadamente, 150 toneladas de lixo/dia e 4.500 toneladas de lixo por mês, dentre o comercial e o urbano. Cada trabalhador coleta cerca 3 toneladas de lixo urbano/dia.

A população alvo deste estudo constituiu-se de todos os CRS alocados no quadro ativo de trabalhadores da única empresa de coleta de resíduo da cidade. No período da coleta de dados somaram 47 trabalhadores; deste total, 45 estavam trabalhando de forma ativa, dois não puderam participar visto não estarem em atividade ativa e dois já haviam participado do estudo piloto, assim, a amostra foi de 43 coletores.

Foi realizado previamente um estudo piloto com amostra de 10% de todos os trabalhadores das diversas áreas de atuação da empresa, que possibilitou a definição do público alvo dessa pesquisa, o local da realização da coleta de dados e a aplicação dos questionários no modelo de entrevista.

Para caracterizar o perfil desses trabalhadores, foi utilizado um questionário socioeconômico e demográfico que com 62 questões (escolaridade, idade, situação conjugal, características de moradia, renda, características do trabalho) e alterações de saúde.

Na análise da qualidade de vida (QV), foi utilizado o questionário WHOQOL-Bref, criado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, em 1998[10], traduzido e validado à realidade brasileira por Fleck et al. (2000)[11].

O WHOQOL- Bref é um instrumento curto que demanda pouco tempo para seu preenchimento e baseia-se nos pressupostos de que QV é um construto subjetivo pela percepção do indivíduo, multidimensional e composto por dimensões tanto positivas quanto negativas. O WHOQOL-Bref foi originado do WHOQOL-100, por conter 100 questões agrupadas, que

formam seis dimensões ou domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religiosidade, crenças pessoais[11].

O instrumento abreviado consta de 26 questões, sendo duas gerais; a primeira refere-se a qualidade de vida de modo geral, a segunda refere-se a satisfação com a própria saúde. As demais 24 questões avaliam os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente[11].

As 26 questões que compõem o WHOQOL-Bref são formadas por escalas com cinco respostas do tipo Likert, contendo escala de intensidade (nada a extremamente), frequência (nunca e sempre), capacidade (nada e completamente) e avaliação (muito insatisfeito, a muito satisfeito; muito ruim a muito bom)[11]. Para calcular os escores dos domínios, utilizou-se o método proposto pelo WHOQOL Group[10] e validade no Brasil por Fleck et al[11].

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2015. Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, na residência de cada coletor, após comunicação prévia e agendamento por telefone. Após aplicação dos questionários, foi realizada a mensuração dos dados antropométricos: peso e altura[12] com cálculo do índice de massa corpórea (IMC)[13], circunferência abdominal[14] e sinais vitais: pressão arterial[15], frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar[12].

Os dados foram tabulados eletronicamente em planilha eletrônica do Programa Microsoft Excel versão 2013, com técnica de dupla digitação. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% e foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versão 20.0. Foi realizada análise descritiva para descrever os resultados em tabelas de distribuição de frequência na análise das variáveis categóricas e medidas de tendência central, posição e variabilidade na análise das variáveis numéricas. Para realizar a correlação entre os domínios e escore global da escala WHOQOL-Bref foi realizado o coeficiente de Spearman.

RESULTADOS

O valor de Alfa de Cronbach da qualidade de vida geral foi de 0,719.

Foram avaliados um total de 43 trabalhadores, todos do sexo masculino. Quanto à situação conjugal, 41,9% relataram união estável não oficializada e 27,9% eram casados; a média de idade foi de aproximadamente 33,6 anos (DP± 9,2). Apenas 9,3% coletores haviam completado o segundo grau.

A seguir, a Tabela 1 apresenta os dados socioeconômicos, demográficos, laborais.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis socioeconômicas, demográficas e laborais, dos coletores de resíduos sólidos (n=43). Divinópolis, Minas Gerais, 2015.

(continua)

Variáveis	n	Percentual
Sexo		
Masculino	43	100,0
Idade		
Média ± desvio-padrão	33,6 ± 9,2	
Mediana (Mínimo – Máximo)	31 (20 – 58)	
Situação Conjugal		
Solteiro	11	25,6
Casado	12	27,9
Divorciado	2	4,7
Amasiado (união estável não oficializada)	18	41,9
Possui filhos		
Não	9	20,9
Sim	34	79,1
Número de filhos		
Média ± desvio-padrão	2,3 ± 1,3	
Mediana (Mínimo – Máximo)	2 (1 – 7)	
Escolaridade		
1ª a 4ª série incompleta	6	14,0
1ª a 4ª série completa	5	11,6
5ª a 8ª série incompleta	11	25,6
5ª a 8ª série completa	1	2,3
2º grau incompleto	16	37,2
2º grau completo	4	9,3
Condição de moradia		
Casa própria	15	34,9
Alugada	13	30,2
Mora com pais/parentes	11	25,6
Emprestada	4	9,3
Idade que começou a trabalhar		
Média ± desvio-padrão	13,7 ± 3,1	
Mediana (Mínimo – Máximo)	15 (7 – 18)	
Tempo trabalho como coletor (meses)		
Média ± desvio-padrão	46,3 ± 61,0	
Mediana (Mínimo – Máximo)	18 (3 – 240)	
Carga horária semanal (incluindo horas extras)		
44h	3	6,9
46h	2	4,7
48h	4	9,3
50h	16	37,2
52h	18	41,9
Renda (cotação do dólar em 08/12/2015= R$ 3,80)		
1 SM (US$ 207, 36)	13	30,2
1 SM e meio (US$ 311,05)	27	62,8
2 SM (US$ 414,73)	3	7,0
Turno		
Diurno	24	55,8
Noturno	19	44,2

(conclusão)

Variáveis	n	Percentual
Já sofreu acidente durante o trabalho?		
Não	32	74,4
Sim	11	25,6
Já sofreu acidente no trajeto para o trabalho?		
Não	38	88,4
Sim	5	11,6
Tempo que ficou afastado após acidente durante o trabalho		
Média ± desvio-padrão	18,6 ± 23,1	
Mediana (Mínimo – Máximo)	11 (3 – 75)	
O que mais gosta no seu trabalho		
Equipe de trabalho	31	72,1
Ambiente de trabalho	9	20,9
Outros	3	7,0
Está satisfeito com seu trabalho?		
Não	1	2,3
Sim	42	97,7

Fonte: Próprio autor.

Considerando as características referentes ao trabalho, os entrevistados iniciaram no trabalho, em média, aos 13,7 anos (DP± 3,1); a média de idade 33,6 anos (DP± 9,2), 41,9% tinham carga horária semanal de 52 horas incluindo o tempo de hora extra e todos os coletores entrevistados foram contratados para trabalhar uma carga horária de 44 horas semanais. Em relação ao turno de trabalho, 44,2% trabalhavam no período noturno; o tempo médio de trabalho como coletor foi de 46,3 meses (DP±61,0), ou seja, cerca de 3 anos e 10 meses de trabalho. Quanto à renda mensal, (62,8%) dos entrevistados informaram receber um salário mínimo e meio (US$ 311,05) cotação em 08/12/2015; 26,2% relataram ter sofrido acidente de trabalho (AT), sendo 27,3% torção no pé, 27,3% cortes, 18,2% esmagamento do pé, dentre outros e 11,6% sofreram acidentes de trajeto, 72,7% ficaram afastados do trabalho em razão desses acidentes, média afastamento 18,6 ± 23,1 meses.

Sobre a QV dos coletores, a Tabela 2 apresenta a média, desvio padrão e valores máximo e mínimo de cada domínio da qualidade de vida e índice de QV geral.

Tabela 2 - Media, mediana, desvio padrão (DP), mínimo e máximo dos domínios da qualidade de vida dos coletores de resíduos sólidos (n=43). Divinópolis, MG, Brasil, 2015.

	Domínio físico	**Domínio psicológico**	**Relações sociais**	**Meio ambiente**	**Índice Qualidade de vida geral**
Média	63,0	68,7	81,8	61,1	81,7
Mediana	60,7	66,7	83,3	59,4	87,5
Desvio-padrão	10,3	11,1	16,4	13,4	13,2
Mínimo	42,9	50,0	41,7	34,4	50,0
Máximo	96,4	100,0	100,0	90,6	100,0

WHOQOL-Bref: *World Health Organization Quality of Life-Bref Questionnaire*.

Para a avaliar da QV em geral e a satisfação com sua saúde, foram realizadas duas perguntas de acordo com as questões 1 e 2 do questionário WOQOL-Bref, a seguir: questão 1. Como você avalia sua qualidade de vida? Questão 2. Quão satisfeito você está com sua saúde?

As figuras 1 e 2 apresentam, pela frequência relativa, como os coletores de resíduos sólidos auto avaliam sua qualidade de vida e a satisfação com a sua saúde.

Figura 1 – Auto avaliação da qualidade de vida dos coletores de resíduos sólidos (n=43). Divinópolis, Minas Gerais, 2015.

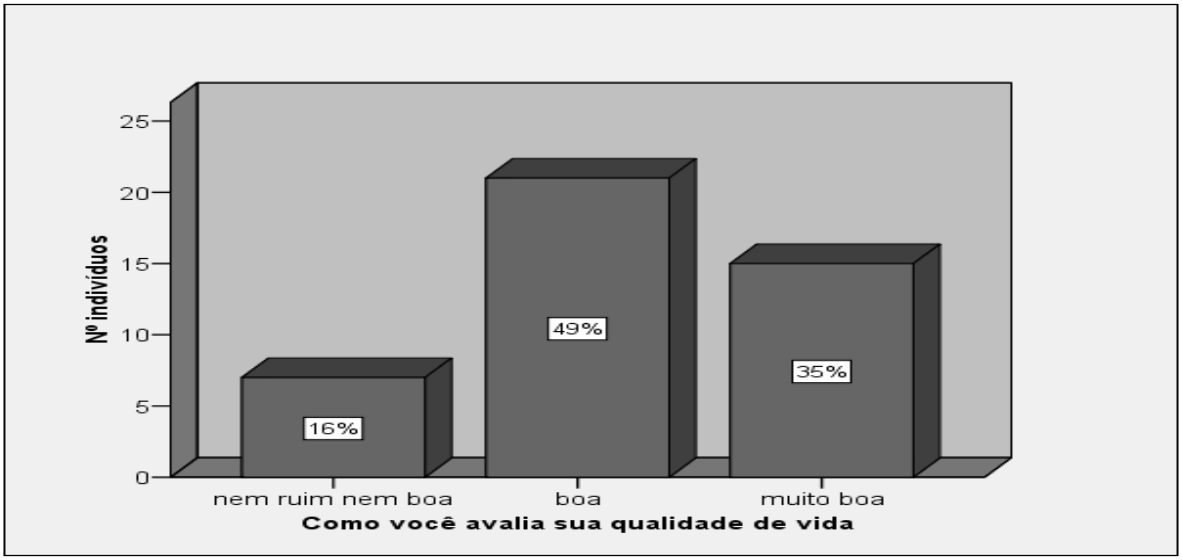
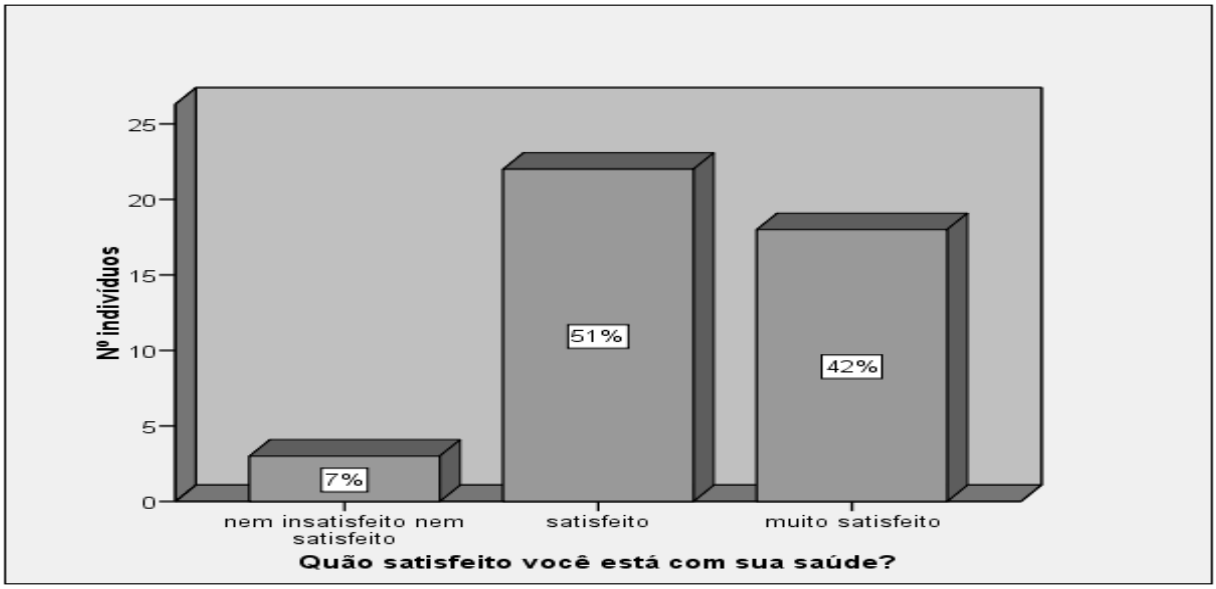


Figura 2 – Auto avaliação da satisfação com a saúde dos coletores de resíduos sólidos (n=43). Divinópolis, Minas Gerais, 2015.



A Tabela 3 apresenta a analise descritiva das condições de saúde dos coletores de resíduos sólidos.

Tabela 3 - Análise descritiva das variáveis sobre condições de saúde de coletores de resíduos sólidos (n=43). Divinópolis, MG, Brasil, 2015.

	Frequência	Percentual (%)
IMC		
Baixo peso	2	4,7
Normal	32	74,4
Sobrepeso	8	18,6
Obeso	1	2,3
CA		
Normal (<94)	38	88,4
Aumentado (>=94)	5	11,6
Pressão (>=140x90 mmhg)		
Não	32	74,4
Sim	11	25,6
Dores no corpo		
Não	19	44,2
Sim	24	55,8
Região da dor		
Membros	10	41,7
Coluna	12	50,0
Outros	2	8,3

Fonte: Própria autoria (2015).

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal; CA: circunferência Abdominal

De acordo com a tabela 3, o IMC está dentro da faixa de normalidade em 74,4% dos casos, de acordo com a *World Health Organization*[13], a circunferência abdominal foi normal em 88,8% dos coletores e mais da metade dos entrevistados (55,8%) relatou sentir dores musculares, sendo a região mais afetada a coluna (50,0%).

A seguir, a Tabela 4 apresenta o coeficiente de correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref.

Tabela 4 - Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios e escore global da escala WHOQOL-bref dos coletores de resíduos, (n=43). Divinópolis/MG, 2015.

Domínios		**Domínio físico**	**Domínio psicológico**	**Relações pessoais**	**Meio ambiente**	**Índice geral**
Domínio físico	Correlação*					
	Valor-p	.				
Domínio psicológico	Correlação*	0,169				
	Valor-p	0,280	.			
Relações pessoais	Correlação*	**0,418**	**0,386**			
	Valor-p	**0,005**	**0,011**	.		
Meio ambiente	Correlação*	0,219	0,221	**0,503**		
	Valor-p	0,158	0,154	**0,001**	.	
Índice Geral	Correlação*	0,273	0,144	0,203	0,271	
	Valor-p	0,077	0,358	0,193	0,078	.

*Coeficiente de Correlação de Spearman.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, foi realizado o Teste de Spearman que constatou a correlação significativa entre o domínio relações pessoais com os demais domínios (físico, psicológico e meio ambiente). O índice geral não teve correlação significativa com nenhum dos domínios.

DISCUSSÃO

Corroborando, estudo em que foi pesquisado coletores de resíduos da região sul do país constatou que todos os entrevistados eram do sexo masculino; 70,1% casados ou viviam com companheira, a média de idade e desvio padrão (26,2 ± 5,4 anos) e a escolaridade foi de e 6,2 ± 2,33 anos de estudos[1].

Investigação realizada com 100 coletores da periferia da região sul do município de São Paulo constatou que 91% dos coletores eram do sexo masculino e 9% feminino, 52% não haviam concluído o ensino fundamental e 9% concluiu o ensino médio, a faixa etária dos sujeitos variou entre 20 e 59 anos[16].

Confirmando, em outra pesquisa realizada com 22 coletores de lixo na cidade de Patrocínio-MG, 77,27% indivíduos eram do sexo masculino e 22,73% do feminino, com faixa etária entre 21 e 56 anos e apenas um destes trabalhadores relatou nunca ter estudado e os demais frequentaram a escola, porém com um nível de alfabetização muito baixo[17].

Esses resultados mostram que a maioria dos trabalhadores, que executa a função de coletor de resíduos no Brasil, é de homens, em idade produtiva, o que pode ser justificado pela intensa força física exercida durante a jornada de trabalho e a complexidade na sua execução.

Há uma grande diversidade de situações que modificam as atividades exercidas pelos coletores, esse fato evidencia a complexidade do trabalho de coleta de lixo[18].

Os coletores são trabalhadores que exercem suas funções a céu aberto, estão expostos à diversidade de temperaturas a agentes nocivos à saúde como monóxido de carbono, dióxido de enxofre, óxido nítrico, dióxido de nitrogênio, entre outros[19].

A carga horária dos CRS desse estudo foi de 44 horas semanais, dividida em dois turnos sendo o primeiro de 7 horas às 15 horas e 20 min e o segundo turno de 18 horas às 1hora e 20 min do dia seguinte, seis dias na semana, somando-se a essas horas às horas extras de acordo com a necessidade do serviço. Desse total, 44,2% dos coletores trabalhavam no turno noturno que, segundo a Consolidação das Leis do trabalho (CLT), no seu Art. 73, parágrafo 2, é considerado “noturno” o trabalho executado entre as 22 horas de um dia e às 5 horas do dia seguinte[20].

Em investigação realizada com 11 coletores de resíduos da cidade de Bauru/SP, constatou-se que o tempo de função como coletor foi de 10,18 (DP±3,12 anos) e a jornada de trabalho foi de 36 horas semanais[21]. Assim, constata-se a diferença com o presente estudo, em que a carga horária encontrada foi superior, acima de 44 horas semanais.

Em uma pesquisa com coletores de lixo de duas cidades do extremo sul do Brasil, que objetivou verificar os níveis de atividade física, mostrou que relacionado ao tempo de trabalho na função de coletor, 38,6% trabalhavam como coletor de resíduos por um período entre um e 12 meses; 29,9% entre 13 e 60 meses; 17,3 % menos de um mês e 14,2% mais de 60 meses, (mediana de tempo de trabalho de 8,5 meses), sendo assim 56% dos indivíduos estavam há menos de um ano na função de coletor[22]. Esse estudo mostra a grande rotatividade no trabalho de indivíduos que exercem essa função.

Quanto a renda mensal, foi encontrado em média de dois a três salários mínimos para essa categoria profissional[23], em outro estudo também foi identificada a renda em média de dois a três salários mínimos[3], ou seja, em ambas as situações a renda foi superior à encontrada no presente estudo.

Dos entrevistados, 26,2% já sofreram Acidente de Trabalho (AT), destes acidentes 81,8% estavam relacionados aos membros inferiores (perna e pé), com ferimentos causados por corte, torção e fratura; 18,2% dos AT foram relacionados aos membros superiores, especificamente ferimentos em mãos, causados por corte e queimadura. Em relação aos acidentes de trajeto, 11,6% já se acidentaram, destes, 75% foram acidentes com motocicleta e 25% queda de bicicleta. Um contraste encontrado foi que o meio de transporte mais utilizado para ir ao trabalho foi o ônibus (58,1%), visto que a grande maioria deles não possui veículo próprio.

Em estudo realizado com o objetivo de identificar possíveis fatores de risco relacionados às ocorrências de AT entre coletores, contatou-se que esses trabalhadores estão expostos à poeira, ruídos, frio, calor, fumaça, monóxido de carbono, adoção de posturas forçadas e incômodas e, ainda, microrganismos patogênicos. A maioria dos acidentes constituiu-se em cortes, contusões, fraturas e lesões articulares. Os autores concluíram, ainda, que as principais causas dos acidentes identificados foram relacionados à falta de atenção ao trabalho, inobservância das normas e procedimentos de segurança, ausência de Equipamentos de proteção individual (EPI) e falta de manutenção em máquinas e equipamentos utilizados no trabalho[3].

A função do coletor implica em riscos biológicos, químicos e físicos a sua saúde, visto que a diversidade de conteúdos contidos no lixo, decorrentes de novos materiais descartáveis no mercado modifica o potencial de exposição aos bioaerossóis nos trabalhadores que mantêm o contato mais próximo[24].

Há precariedade nas condições laborais desses trabalhadores, pois estão sempre em contato direto com objetos perfuro-cortante, contaminados e até infecciosos como seringa e

vidros; isso contribui para o desenvolvimento de doenças e ocorrências de AT[25]. Ainda podem ser citadas, também, outras intercorrências que podem contribuir a todos esses agravos como mordidas de cachorro, atropelamentos, exposição ao sol. Mesmo utilizando os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), esse nem sempre consegue proteger integralmente os trabalhadores de todos os riscos aos quais estão expostos no seu cotidiano, visto que protegem determinadas vulnerabilidades, sem contar o próprio uniforme que traz desconforto, como assadura na pele provocada pelo material refletivo das camisas[26].

Em relação à saúde, neste estudo, o IMC foi considerado dentro da faixa de normalidade em 74,4% dos coletores. Outros estudos que também pesquisaram coletores de resíduos sólidos constataram IMC normal em mais de 75% dos trabalhadores [1,21,27].

Quando os participantes foram questionados se haviam apresentado dor musculo-esquelética, em alguma parte do corpo, após terem iniciado a esse tipo de trabalho, 55,2% dos relataram que sim; estudo com coletores[1] também encontou valores altos de dor ou desconforto osteomuscular após terem iniciado sua função como coletor (88,2%).

Em investigação realizada com 116 coletores de uma empresa de Campo Grande/MS, 34,48% dos entrevistados informaram sentir dor em alguma região da coluna corroborando, assim, que é alta a incidência de lombalgia pelo excessivo esforço da coluna durante a execução do seu trabalho[28].

A pressão arterial (PA), no presente estudo, foi mensurada de forma isolada, (uma única vez) e seguiu todos os critérios e passos preconizados na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial[15]. Foram encontrados valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg em 25,6% dos participantes. É importante salientar que esses trabalhadores não possuem plano de saúde empresarial, logo, todos utilizam dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), nenhum deles faz algum tipo de controle ambulatorial ou utiliza medicações para controle visto que não sabiam sequer que estavam com valores pressóricos alterados.

Também foram encontrados valores de circunferência abdominal acima dos valores normais em 11,6% dos coletores. A OMS (2000)[14] estabelece, como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado, medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres.

Em relação aos hábitos alimentares, que é um dos fatores que podem interferir nessa circunferência, no presente estudo, 44,2 % dos coletores ingerem apenas uma refeição durante a jornada de trabalho e 39,5% duas refeições.

Esses valores podem ser justificados pelo fato de que o trabalho de coletores de resíduos é desgastante e a alimentação sem orientação é, na maioria das vezes, inadequada para o gasto diário, sendo ela forte influência da composição corporal e condição física dos coletores [21].

No que se refere à qualidade de vida, foi utilizado o questionário WHOQOL-Bref e, dentre os seus domínios, o de relações sociais foi o que obteve maior escore médio (81,8± 16,4).

Esse domínio avalia a qualidade das relações interpessoais, englobando facetas como a satisfação com as relações pessoais, atividade sexual e apoio social recebido por pessoas que são próximas[29].

De forma geral os coletores de resíduos estudados valorizavam as relações sociais principalmente relacionados aos familiares, a população e colegas de trabalho. São homens que em sua maioria já constituíram família e prezam pela convivência harmoniosa e a importância da família em sua vida. As rotas de trabalho por serem fixas, proporciona durante a execução do trabalho o vínculo entre coletores e a população podendo assim contribuir para o sucesso das relações. Outro relato mencionado durante a entrevista mostra que eles prezam a conivência com os colegas de trabalho, ressaltando que essa harmonia faz-se necessária visto que passam a maior parte do dia com o colega de rota.

O domínio psicológico obteve escore 68,7±11.

Neste dominio compreende os sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais[11]. Este domínio é o único a explicar significativamente as variâncias nos índices de esperança e quando afetado remete a baixo nível de esperança, correlacionado com sentimentos de desvalorização[30].

O domínio do meio ambiente teve a menor média (61,1±13,4).

Neste domínio compreende a segurança física e proteção, ambiente onde mora, recursos financeiros, acesso aos serviços de saúde e os cuidados sociais, a disponibilidade de informações, as oportunidades de recreação e lazer, o ambiente físico (trânsito, clima, poluição) e o meio de transporte[10].

Outro domínio que teve outra média baixa foi o físico (63,0±10,3) que tem a relação com algumas necessidades humanas básicas, quando se relaciona à dor física, energia para o dia a dia, locomoção, sono e desempenho das atividades diárias[31].

Estudos realizados com categorias profissionais distintas como mototaxistas[32] e agentes comunitários de saúde[33], técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, médicos e fisioterapeutas[29] mostraram que a classificação

dos domínios de maiores escores também foram relações sociais e psicológico e os de menores escores foram físico e meio ambiente.

Um dado importante é que, em diversas investigações com categorias profissionais distintas, em que foi utilizado o WHOQOL-Bref, o domínio meio ambiente recebeu os menores escores[29,31,34,35].

O domínio meio ambiente foi encontrado como sendo o mais baixo mesmo quando foram pesquisados dependentes químicos em tratamento[36] ou em população chinesa adulta[37].

Verifica-se, neste estudo, que nesse domínio meio ambiente, os aspectos de remuneração, condições de trabalho e ambiente harmonioso são aspectos que podem ter influência nos baixos escores dos entrevistados.

Os coletores realizam suas atividades ao ar livre, expostos à chuva, frio, calor e, somando - se a isso, determinados locais onde é realizada a coleta são considerados violentos[38]. O trabalho é executado em morros e ruas de piso precário deixando os trabalhadores sujeitos a trepidações, pois viajam no estribo do veículo coletor, durante a realização da tarefa, eles ainda sobem, descem ladeiras, percorrendo quilômetros a pé em horários que, muitas vezes, coincidem com tráfego intenso, podendo ocasionar assim acidentes como colisões e atropelamento[23]. Além de todas esses agravantes, o trabalho ainda é acompanhado de preconceitos e estereótipos por lidarem com lixo, considerado pela sociedade como desprezível[39].

A qualidade de vida geral teve uma média de (81,7±13,2) e diz respeito a duas questões gerais de qualidade de vida (Como você avaliaria sua qualidade de vida? e Quão satisfeito você está com sua saúde?).

Analisando as respostas dos trabalhadores pesquisados referente à QV, evidenciou-se que a grande maioria dos entrevistados considera-a boa (49%) e muito boa (35%), 16% nem ruim nem boa. Nenhum dos coletores avaliou sua qualidade de vida como ruim e muito ruim, o que pode ser considerado positivo tanto para os trabalhadores, quanto para a empresa, visto que trabalhadores satisfeitos geralmente são mais produtivos.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com 49 soldados do sexo masculino, ingressantes no serviço militar, em um batalhão de Ponta Grossa-PR, no ano de 2012, com objetivo de comparar a QV com indicadores da composição corporal. Os autores constataram que 63,26% consideraram a QV boa; 20,40% avaliaram-na como muito boa; 14,29% avaliaram-na como nem ruim nem boa e 2,05% avaliaram como sendo ruim. Neste estudo não houve relato de QV muito ruim[40].

A QV de 110 anestesiologistas do sexo masculino e feminino da cidade de Recife-PB, na auto avaliação da percepção subjetiva sobre esse constructo, 9,1% avaliaram como muito boa; 46,4% boa, 28,2% nem boa, nem ruim; e 16,4% ruim ou muito ruim[41].

Resultado semelhante desta pesquisa foi encontrado com 18 oficiais e 33 sargentos do grupo de artilharia de Cruz Alta-RS com objetivo de analisar a percepção da QV destes trabalhadores e 27 (52,9%) classificaram sua qualidade de vida como boa e 20 (39,2%) como muito boa e 4 (8,9%) nem ruim nem boa [42].

Estudo com 69 professores de educação física da rede municipal de ensino de Campo Grande-MS, mostrou que 56,5% classificaram sua QV como boa, 11,6% muito boa, 26,1% nem ruim nem boa, 4,3% ruim e 1,4% muito ruim[43].

A procura pela QV em qualquer profissão, caracteriza-se como de suma importância para a vida do trabalhador, visto que ela busca trazer benefícios e proporciona melhores condições físicas e psicológicas para o indivíduo durante o exercício de sua profissão[44]. Em adição, uma boa qualidade de vida no trabalho exerce grande influência sobre a autoestima deste trabalhador, o que pode, consequentemente, afetar sua produtividade[45].

A segunda questão abordada no questionário WHOQOL-Bref, sobre a satisfação com a saúde, mostrou que a maioria (51%) considera estar satisfeitos e 42% muito satisfeitos, ao passo que 7% referiram não estar nem insatisfeitos nem satisfeitos com sua saúde. Nenhum dos entrevistados declarou insatisfação ou muita insatisfação com a saúde.

Já na pesquisa realizada com 41 profissionais que atuavam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da cidade de Florianópolis-SC, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, socorristas e motoristas, também, foi analisada a satisfação destes profissionais com a saúde e mostrou que a maioria (65,9%) está satisfeita, 12,2% muito satisfeitos, 9,6% nem satisfeitos nem insatisfeitos, 7,3% insatisfeitos e 4,9% muito insatisfeitos[46].

Na pesquisa sobre a QV dos anestesiologistas, constatou-se, quanto ao grau de satisfação com a saúde, 48,2% estão satisfeitos, 20,9% insatisfeitos, 16,4% nem satisfeitos nem insatisfeitos, 1,8% muito insatisfeitos e apenas 12,7% muito satisfeitos [41].

A Tabela 4 mostrou a correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref por meio do teste de Spearman e constatou-se a correlação significativa entre os domínios relações pessoais com os demais domínios sendo, com domínio físico (correlação de Sperman = 0,418; p=0,005); relações pessoais e psicológico (correlação Sperman = 0,386; p= 0,011); relações pessoais e meio ambiente (correlação Sperman = 0,503; p= 0,001). Diante desses resultados, verificou-se que o domínio de relações pessoais teve correlação mais significante com os demais domínios

(físico, psicológico e meio ambiente), já a escala global e suas correlações não foram estatisticamente significantes.

Estudo realizado com 149 trabalhadores de uma metalúrgica no município de Pinhais, na região metropolitana de Curitiba/PR, em 2007, objetivou identificar e analisar a QV desses trabalhadores. Realizou-se, também, a correlação entre os domínios da amostra e mostrou que todos os resultados apresentaram correlação significativa[47].

Em contrapartida, outra investigação que avaliou a QV de 109 profissionais de saúde de um hospital universitário não encontrou correlação entre os domínios[31].

CONCLUSÃO

Os trabalhadores da coleta de lixo, são formados por homens, jovens que cumprem uma jornada de trabalho constituída por uma carga horária extensa e somadas à horas extra com finalidade de cumprir as rotas de trabalho previamente estabelecida pela empresa. Dentre os riscos ocupacionais em que estão expostos destacam-se físicos, químicos, ergonômicos e biológicos sem contar os acidentes de trabalho. Esses trabalhadores formam uma mão de obra com baixa escolaridade e condições econômicas baixas constituída com renda de um salário mínimo e meio, o que remete a maioria desses não possuírem casa própria.

A extensa carga horária somadas a características do trabalho contribuem para o aparecimento de dores musculo esqueléticas frequentes, sendo essa a maior queixa relatada nesse estudo. Porém apesar das adversidades relatada a grande maioria dos coletores referem estar satisfeito com o trabalho realizado.

Quanto a QV, houve avaliação satisfatória para as questões que compõem a QVG e para os domínios, psicológico e relações sociais. Esta pode ser justificada, pois esses trabalhadores referem bom convívio em suas relações sociais e apoio social, além de estarem satisfeitos com sua autoestima e pensamentos positivos.

A avaliação foi intermediária no domínio meio ambiente e físico, e esses dizem respeito a segurança física, lazer, proteção, recursos financeiros, ambiente físico em que cada indivíduo vive, o meio de transporte os quais eles utilizam, o que pode ter aspectos que contribuem significativamente na condição de vida dos coletores pesquisados.

Na avaliação da QV é importante destacar que esse estudo teve como limitação um número reduzido de coletores, com características culturais, sociais econômicas e escolaridade muito distintas o que pode dificultar sua generalização para coletores de resíduos de outras regiões e realidades do Brasil.

Os aspectos da saúde do trabalhador que lida diretamente com o lixo merece atenção dos profissionais da saúde, no sentido de implementar estratégias e ações que visem à promoção da saúde e melhoria do estilo e qualidade de vida devido a toda a complexidade na qual a profissão está inserida.

REFERÊNCIAS

1 Cardoso RK, Rombaldi AJ, Silva MC. Distúrbios osteomusculares e fatores associados em coletores de lixo de duas cidades de porte médio do sul do Brasil. Rev Dor. 2014;15(1):13-6.

2 Lazzari MA, Reis CB. Os coletores de lixo urbano no município de Dourados (MS) e sua percepção sobre os riscos biológicos em seu processo de trabalho. Rev Ciênc S Colet. 2011;16(8):3437-42.

3 Pinho LM; Neves EB. Acidentes de trabalho em uma empresa de coleta de lixo urbano. Cad S Col. 2010;18(2):243-51.

4 Costa Junior GR, Tonello L, Neves RLR, Ribeiro JC, Miranda EF. Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão. Rev Amazônia. 2013;1(1):33-40.

5 WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. Quality oflife assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p.41-60.

6 Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev de saúde Pública.1999;33, (2):198-205.

7 Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev Bras Educ Fís. Esporte. 2012;26(2):241-250.

8 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 jul. 2016.

9 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 24 ago. 2014.

10 The World Healt Organization quality of life assement (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46:1568-85.

11 Fleck, MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev S. Púb. 2000;34(2):178-83.

12 Barros ALBL. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 440 p.

13 World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization. 2000. p. 256. (WHO Obesity Technical Report Series, 284).

14 I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Rev Soc Bras Hipert. 2004;17(4):1-28.

15 Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1):1-51.

16 Mabuchi AS, Oliveira DF, Lima MP, Conceição MB, Fernandes H. Uso de bebidas alcoólicas por trabalhadores do serviço de coleta de lixo. Rev Lat Amer Enferm. 2007; 15(3):446-52.

17 Nunes ALBP, Cunha AMO, Marçal Junior O. Coletores de lixo e enteroparasitoses: o papel das representações sociais em suas atitudes preventivas. Rev Ci Ed. 2006;12(1):25-38.

18 Vasconcelos RC, Lima FPA, Camarotto JA, Abreu ACMS, Coutinho Filho AOS. Aspectos de complexidade do trabalho de coletores de lixo domiciliar: a gestão da variabilidade do trabalhador na rua. Gest Prod. 2008;15(2):407-19.

19 Cançado JED, Braga A, Pereira LAA, Arbex MA, Saldiva PHN, Santos UP. Repercussões clínicas da exposição à poluição atmosférica. J Bras Pneumol. 2006; 32 Suppl 2:S5-11.

20 Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei N.º 5.452, de 1º de maio de 1943. http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-publicacaooriginal-1-pe.html.

21 Braga AL, Oliveira PCB, Papoti M, Mendes OC. Aptidão física em coletores de lixo da cidade de Bauru/SP. Coleção Pesquisa em Educação Física. 2009;8(4):37-44.

22 Cardoso RK, Rombaldi AJ, Silva MC. Nível de atividade física de coletores de lixo de duas cidades de porte médio do sul do Brasil. Rev Bras de Ativ Fís & Saú. 2013;18(5):604-13.

23 Velloso MP, Santos EM, Anjos LA. Processo de trabalho e acidentes de trabalho em coletores de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad de Saú Púb. 1997;13(4):693-700.

24 Graudenz GS. Indicadores infecciosos e inflamatório entre trabalhadores de limpeza urbana de São Paulo. Rev Bras Saúde Ocup 2009;34(120):106-14.

25 Celeguim CRJ, Roesler HMKN. A Invisibilidade social no âmbito do trabalho. Rev Cient da Faculdade das Américas. 2009;3(1):1-19.

26 Silva JVR, Thomaz Junior AT. As territorialidades do trabalho com coleta de lixo domiciliar urbano em presidente prudente/SP: invisibilidade social e saúde do trabalhador. Rev Rede Est Trab. 2013:6(13):72-88.

27 Silva TL, Moreira IA. Avaliação do perfil antropométrico e nutricional de coletores em treinamento para meia maratona. Rev Bras Nutr Esp. 2011;5(28):342-47.

28 Salvador D, Daher Neto PE, Ferrari FP. Aplicação de técnica de energia muscular em coletores de lixo com lombalgia mecânica aguda. Fisiot Pesq. 2005;12(2):20-7.

29 Kogien M, Cedaro JJ. Avaliação da qualidade de vida de profissionais de saúde de um pronto-socorro público. Rev Bras Qual Vid. 2014;6(2):85-94.

30 Morais POI. Avaliação da qualidade de vida e esperança em toxicodependentes infectados e não infectados com VIH [dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa. 2010. 115f.

31 Spiller APM, Dyniewicz AM, Slomp MGFS. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. Cogit Enfer. 2008;13(1):88-95.

32 Teixeira JRB, Boery EM, Casotti CA, Araújo TM, Pereira R, Ribeiro IJS, et al. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. Cad Saú Púb. 2015;31(1):97-110.

33 Costa P, Ferrareto SB, Cerveny GCO. Avaliação da qualidade de vida, nível de Burnout e enfrentamento do estresse no trabalho de agentes comunitário de uma unidade de Programa de Saúde da Família no município de Piracicaba/SP. Rev Qual Vid. 2014;6(3):164-73.

34 Pinto GMC, Pedroso B, Pilatti LA. Qualidade de vida no trabalho de servidores públicos do setor administrativo de uma instituição de ensino superior do Paraná. Rev de Qualidade de Vida. 2014;6(3):174-83.

35 Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Rev Bras Saúde Ocup. 2010;35(122): 327-339.

36 Lopes JCS, Rocha MNT, Calheiros DS, Assis TAL. Qualidade de vida: avaliação de dependentes químicos em processo de reabilitação. Rev Bras Qual Vida. 2014;6(4):241-49.

37 Xia P, Li N, Hau KT, Liu C, Lu Y. Quality of life of chinese urban community residentes: a psychometric study of themainland Chinese version of he WHOQOL-BREF. BMC Med Res Meth. 2012;12(37):1-11.

38 França LHFP, Menezes GS, Siqueira AR. Planejamento para aposentadoria: a visão dos garis. Rev Bras Ger Ger. 2012;15(4);733-45.

39 Santos COM, Lima FPA, Murta EP, Motta GMV. Desregulamentação do trabalho e desregulação da atividade: o caso da terceirização da limpeza urbana e o trabalho dos garis. Produção. 2009;19(1):202-13.

40 Levandoski G, Chiquito E, Oliveira AG, Zaremba CM. Qualidade de vida e composição corporal de soldados ingressantes no exército. RBQV. 2013;5(2):23-30.

41 Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Otávio Damázio Filho, Teles AJF. Avaliação da qualidade de vida dos anestesiologistas da cidade do Recife. Rev Bras Anestesio. 2010;60(1):42-51.

42 Peranzoni Junior WE, Krug MR. Aptidão física e qualidade de vida dos oficiais e sargentos do 29º grupode artilharia de campanha autropulsado de Cruz Alta, RS. Lecturas – Educ Fís Deportes. Buenos Aires 2011;16(155). <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 18 jul. 2016.

43 Silva JVP, Nunez PRM. Qualidade de vida, perfil demográfico e profissional de professores de educação física. Pensar a Prática. 2009;12(2):1-11.

44 Leal MLJ, Bortoli R. Qualidade de vida de policiais militares. Lecturas – Educación Física y Deportes, Buenos Aires. 2012;16(164).

45 Fernandes, E. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador: ed.Casa da Qualidade de Vida; 1996. 108 p.

46 Stumm EM, Ribeiro G, Kirchner RM, Loro MM, Shmidt CL, Rosanelli P. Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. Cogitare Enfer. 2009;14(4):620-27.

47 Dyniewicz AM, Moser AD, Santos AF; Hernandez Pizoni. Avaliação da qualidade de vida de trabalhadores em empresa metalúrgica: um subsídio à prevenção de agravo à saúde. Fisiter Mov. 2009;22(3):457-66.

7 ARTIGO 2 - ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE DIVINÓPOLIS/M.G

7 ARTIGO 2 - ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE COLETORES DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE DIVINÓPOLIS/M.G

STYLE AND COLLECTORS OF QUALITY OF LIFE OF SOLID WASTE DIVINOPOLIS /M.G

Flávia Mendes da Silva
Renata Cristina da Penha Silveira

RESUMO: este estudo objetivou analisar o estilo e qualidade de vida dos coletores de resíduos sólidos por meio dos questionários "Estilo de Vida Fantástico e WHOQOL-Bref" e comparar seus respectivos domínios. Estudo transversal, analítico, correlacional, epidemiológico, realizado junto a Coletores de Resíduos Sólidos, em um município de Minas Gerais. Utilizou-se um formulário contendo dados socioeconômicos e demográficos, o WHO *Quality of Life-Bref Questionnaire* (WHOQOL-Bref) e o Estilo de vida Fantástico (EVF). Os resultados evidenciaram que entre os coletores de resíduos 72,1% tiveram estilo de vida classificado como "bom" e "muito bom". Houve associação positiva significante entre os resultados do questionário WHOQOL-Bref e os resultados do questionário EVF ($p<0,05$), indicando que maiores escores de QV estão associados a melhores estilos de vida e que, com o aumento de um ano na idade dos coletores, a chance de apresentarem um estilo de vida muito bom ou excelente aumentou 1,11 vezes. Já aqueles com QV elevada tinham 9,03 vezes mais chance de ter um estilo de vida muito bom ou excelente que aqueles com QV baixa. Portanto, pode-se constatar que, mesmo com toda condição adversa acerca da profissão de coletor, em geral, esses trabalhadores apresentaram avaliações positivas da qualidade e estilo de vida, além de satisfação no trabalho.

Palavras-chave: Estilo de vida. Qualidade de vida. Coletores. Resíduos sólidos. Trabalho.

ABSTRACT: Study aimed to analyze the style and quality of life of solid waste collectors through questionnaires "Lifestyle Fantastic and WHOQOL-Bref" and compare their respective domains. Quantitative study, cross-sectional, analitycal, correlational, epidemiological conducted with Solid Waste Collectors in a municipality of Minas Gerais. We used a form containing socioeconomic and demographic data, the WHO Quality of Life-Bref Questionnaire (WHOQOL-Bref) and Lifestyle Fantastic (EVF). The results showed that the waste collectors 72.1% of collectors have lifestyle classified as "good" and "very good". There was a significant association between the results of the WHOQOL-Bref questionnaire and the results of the EVF questionnaire ($p < 0.05$) indicating that higher QOL scores are associated with better lifestyles and that with the increase of one year in age of the collectors likely to have a very good lifestyle or excellent increased 1.11 times. Those with high QOL had 9.03 times more likely to have a very good lifestyle or excellent than those with low QOL. So we can see that even with all adverse conditions on the collector profession in general these workers presented positive evaluations of the quality and lifestyle, as well as job satisfaction.

Keywords: Lifestyle. Quality of life. Collectors. Waste. Work.

INTRODUÇÃO

O estilo de vida, compreendido como uma forma cultural e social de viver, abrange hábitos e condutas capazes de contribuir de forma positiva ou negativa à saúde e, também, pode refletir no aumento das taxas de morbidade e mortalidade. O sedentarismo, o consumo de álcool e fumo e a dieta inadequada são exemplos de hábitos que podem aumentar o risco de morte e agravo à saúde; por outro lado, hábitos como a dieta equilibrada e atividade física regular são considerados protetores[1].

A estreita relação entre conhecimento e mudança de comportamento apresenta-se como um desafio para a saúde pública, visto que alarmantes prevalências de sedentarismo, tabagismo, consumo abusivo de álcool e a obesidade são observadas em um momento no qual o conhecimento populacional é relativamente elevado. [...] O conhecimento, embora não seja suficiente para mudança de comportamento, é fundamental, além de ser um passo importante em direção a uma sociedade mais saudável[2].

O estilo de vida pode não afetar a produtividade do trabalho, mas, juntamente com o nível de satisfação laboral, pode interferir no cotidiano dos trabalhadores. Isso porque profissionais motivados e possuidores de um estilo de vida saudável apresentam fatores importantes para a manutenção da saúde[3].

Já o perfil da qualidade de vida na contemporaneidade está centrado no indivíduo e nas inconstâncias que o cercam. Ele é o sujeito que poderá dar as respostas corretas para a classificação do seu próprio perfil da qualidade de vida[4].

Assim, o principal exemplo de conceito que pode ser citado é o preconizado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) que definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” [5].

Na atualidade, um dos principais desafios dos centros urbanos diz respeito ao correto manejo dos resíduos sólidos, pois a quantidade de lixo produzido e coletado é um indicador tanto da saúde pública quanto da proteção ao meio ambiente[6].

Os coletores de resíduos são trabalhadores responsáveis por um serviço público essencial para a preservação ambiental e, consequentemente, para a saúde pública pelo recolhimento dos lixos domiciliar e comercial[7].

A coleta de lixo é um processo dinâmico, abrangendo vários aspectos dignos de análise e intervenção, visto que, durante a jornada de trabalho, os trabalhadores andam, correm, sobem e descem ruas, levantam diferentes pesos e suportam sol, chuva, frio e variações bruscas de

temperatura. Com esse panorama, observa-se que a saúde ocupacional, ou seja, as relações entre o processo de trabalho e o processo saúde/ doença dessa classe profissional, apresentam aspectos para estudo e intervenção em saúde pública[8].

O trabalho pode ser visto portanto como fundamental e com grande influência no estilo e na qualidade de vida das pessoas, tendo em vista que boa parte das horas do dia elas dedicam-se às atividades laborais. Neste cenário das relações entre o homem e seu trabalho, salientam-se as questões relacionadas ao perfil do estilo e a qualidade de vida no trabalho, ambas influenciando-se e sendo influenciadas constantemente[9].

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar o estilo e qualidade de vida dos coletores de resíduos sólidos por meio dos questionários "Estilo de Vida Fantástico e WHOQOL-Bref" e comparar seus respectivos domínios.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, analítico, correlacional, epidemiológico, realizado com coletores de resíduos sólidos em Divinópolis, Minas Gerais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal São João Del Rei, Campus Centro Oeste - Dona Lindu (CEPES/CCO), sob o parecer nº 846.156, obedecendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[10].

Divinópolis possui, aproximadamente, 213 mil habitantes, segundo o censo do IBGE (2010)[11]. Segundo dados da empresa de engenharia ambiental responsável pela coleta e destino final do resíduo sólido, a cidade produz, aproximadamente, 150 toneladas de lixo/dia e 4.500 toneladas de lixo por mês, dentre lixo comercial e urbano. Cada trabalhador coleta cerca 3 toneladas de lixo urbano/dia.

Foi realizado previamente um estudo piloto com amostra de 10% de todos os trabalhadores das diversas áreas de atuação da empresa, que possibilitou a definição do público alvo dessa pesquisa, o local da realização da coleta de dados e a aplicação dos questionários no modelo de entrevista.

A população alvo constituiu-se de todos os coletores de resíduos sólidos alocados no quadro ativo de trabalhadores da única empresa de coleta de resíduo da cidade; no período da coleta de dados somaram 47 trabalhadores. Desse número total, 45 estavam em atividade e dois não puderam participar visto não estarem em atividade ativa e dois já haviam participado de estudo piloto anterior. Assim a amostra final ficou com 43 coletores.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e julho de 2015, através de entrevista nas residências dos trabalhadores nos períodos de folga após contato prévio por

telefone. Utilizou-se nesse estudo três questionários: o primeiro verificou as características socioeconômicas e demográficas (escolaridade, idade, sexo, estado civil, características de moradia) e características do trabalho. O segundo questionário utilizado foi o WHOQOL-Bref. Este foi criado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, em 1998 (THE WHOQOL GROUP, 1998)[12], traduzido e validado à realidade brasileira[13]. O WHOQOL- Bref, que é um instrumento curto que demanda pouco tempo para seu preenchimento e baseia-se nos pressupostos de que QV, é um construto subjetivo pela percepção do indivíduo, multidimensional e composto por dimensões tanto positivas quanto negativas. O WHOQOL-Bref foi originado do WHOQOL-100, por conter 100 questões agrupadas, que formam seis dimensões ou domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais. Já o instrumento abreviado, utilizado neste estudo, consta de 26 questões sendo duas gerais de qualidade de vida e satisfação com a saúde. As demais 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original no qual são avaliadas a partir de 4 questões. Portanto no WHOQOL-Bref, cada faceta é avaliada por apenas uma questão e há quatro domínios: físico (7 facetas), psicológico (6 facetas), relações sociais (3 facetas) e meio ambiente (8 facetas) [13].

As 26 questões que compõem o WHOQOL-Bref são formadas por escalas com cinco respostas do tipo Likert, contendo escala de intensidade (nada a extremamente), frequência (nunca e sempre), capacidade (nada e completamente) e avaliação (muito insatisfeito, a muito satisfeito; muito ruim a muito bom)[13.] Para calcular os escores dos domínios, utilizou-se o método proposto pelo WHOQOL Group[12] e validade no Brasil por Fleck et al[13].

O terceiro questionário utilizado foi o Estilo de vida Fantástico (EVF), instrumento esse também traduzido e validado no Brasil[14], é auto administrado que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde. Possui 25 questões, divididas em nove domínios que são: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho. As questões estão dispostas na forma de escala tipo Likert. Há 23 questões que possuem cinco alternativas de resposta e duas são dicotômicas. As alternativas estão dispostas na forma de colunas para facilitar a sua codificação, e a alternativa da esquerda é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável.

A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira, 3 para a quarta e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e

4 pontos para a última. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos)[14].

Foi utilizado Alfa de Cronbach para verificar o coeficiente de consistência interna dos dois instrumentos utilizados.

Os dados foram tabulados eletronicamente, utilizando a planilha eletrônica do Programa Microsoft Excel versão 2013, com técnica de dupla digitação. Foi realizada análise univariada, para avaliar os fatores associados aos resultados das escalas WHOQOL-Bref e EVF, por intermédio dos testes Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fisher na análise de variáveis categóricas; o teste t-Student foi utilizado para análise das variáveis numéricas com distribuição normal e o Teste de Mann-Whitney na análise das variáveis numéricas com distribuição assimétrica. A normalidade das variáveis numéricas analisadas foi testada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os resultados da escala WHOQOL-Bref foram categorizados em uma variável binária, utilizando como ponto de corte a mediana, para facilitar as comparações, considerando o reduzido tamanho da amostra. Foi considerado como QV baixa um escore menor ou igual a mediana e como QV elevada escores maiores que a mediana.

Os resultados da escala EVF também foram dicotomizados em “excelente e muito bom” *versus* “bom e regular”, visando manter uma frequência adequada em cada categoria comparada.

Na análise multivariada, para avaliar os fatores associados aos resultados das escalas WHOQOL-Bref e EVF, foi utilizado o modelo de regressão logística binária. Para entrada das variáveis preditoras no modelo, foi considerado um valor-p menor que 0,20 na análise univariada. Utilizou-se o critério *foward* para entrada das variáveis no modelo e para permanência das variáveis no modelo final, foi adotado um nível de 5% de significância. Após ajuste do modelo final, foi avaliada a estimativa do Odds Ratio (OR) ajustado com respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). O ajuste do modelo foi avaliado por meio da estatística de Hosmer & Lemeshow. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% e foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versão 20.0.

RESULTADOS

No EVF, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,717; já no WHOQOL-Bref no Qualidade de vida geral o resultado foi de 0,719, ambos com confiabilidade interna.

De acordo com os dados socioeconômicos e demográficos, 100% dos trabalhadores eram do sexo masculino, com idade média de 33,6 anos (DP±9,2), 69,8% eram casados ou viviam em união estável não oficial, 79,1% possuíam filhos, apenas 9,3% concluíram o ensino médio, 34,9% possuíam casa própria.

Sobre dados relacionados do trabalho: a jornada de trabalho era de 44 horas semanais, com seis dias de trabalho por semana, em dois turnos fixos de trabalho, 93,1% faziam uma carga horária igual ou superior 46 horas semanais somados à hora extra, 37,8% já sofreram algum acidente de trabalho ou de percurso, 93% recebiam um salário a um e meio salário mínimo por mês; 60,5% faziam algum tipo de lanche antes de sair para o trabalho e 44,2% fazem apenas uma refeição durante o trabalho. Quanto às condições de saúde, 46,5% dos entrevistados relataram que consideravam sua saúde igual à de outras pessoas da mesma idade. Apenas 1 (2,3%) indivíduo relatou ter depressão desde os 16 anos e fazer tratamento. Apenas 7% dos entrevistados fazem uso de medicamentos, mas 55,8% sente dor no corpo, sendo a região mais afetada a coluna (50,0%).

Os resultados encontrados, após aplicação do questionário EVF, foram: 6 (14%) tiveram estilo de vida classificados como “Excelente” (85 a 100 pontos), 12 (27,9%) “Muito bom” (70 a 84 pontos), 19 (44,2%) “bom” (55 a 69 pontos) e 6 (14%) com estilo de vida “Regular” (35 a 54 pontos). Nenhum dos entrevistados apresentou escore abaixo de 34, ou seja, que necessitava melhorar.

Na Tabela 1, os resultados da escala Estilo de Vida Fantástico foram dicotomizados em “excelente” e “muito bom” *versus* “bom” e “regular”, visando manter uma frequência adequada em cada categoria comparada.

Tabela 1 - Análise univariada comparando os escores Estilo de vida fantástico com as variáveis socioeconômicas e demográficas dos coletores de resíduos sólidos (n=43). Divinópolis, Minas Gerais, 2015

(continua)

Variáveis Socioeconômicas e demográficas	Estilo de vida fantástico		Valor-p
	Bom ou Regular	Excelente ou Muito bom	
Idade			
Média ± desvio-padrão	30,8 ± 7,3	37,7 ± 10,4	**0,014******
Mediana (Mínimo – Máximo)	30 (20 – 45)	37 (21 – 58)	
Estado civil			
Sem parceiro	9	4	
	69,2%	30,8%	0,332**
Com parceiro	16	14	
	53,3%	46,7%	
Possui filhos			
Não	7	2	
	77,8%	22,2%	0,263*
Sim	18	16	
	52,9%	47,1%	
Número de filhos			
Média ± desvio-padrão	2,2 ± 1,6	2,3 ± 1,1	0,445***
Mediana (Mínimo – Máximo)	2 (1 – 7)	2 (1 – 4)	
Escolaridade			
1º grau	13	9	
	59,1%	40,9%	0,789**
2º grau	11	10	
	52,0%	48,0%	
Condição de moradia			
Casa própria	8	7	0,640**
	53,3%	46,7%	
Outros	17	11	
	60,7%	39,3%	
Religião			
Católico	19	13	0,999*
	59,4%	40,6%	
Evangélico	5	4	
	55,6%	44,4%	
Idade que começou a trabalhar			
Média ± desvio-padrão	13,8 ± 3,1	13,6 ± 3,1	0,765***
Mediana (Mínimo – Máximo)	15 (7 – 18)	14 (8 – 18)	
Tempo trabalho como coletor (meses)			
Média ± desvio-padrão	33,2 ± 42,9	64,3 ± 77,5	0,306***
Mediana (Mínimo – Máximo)	18 (4 – 144)	24 (3 – 240)	
Carga horária semanal (incluindo horas extra)			
Até 48 horas	7	2	
	77,8%	22,2%	
50 horas	7	9	0,240**
	43,8%	56,3%	
52 horas ou mais	11	7	
	61,1%	38,9%	

(conclusão)

Variáveis Socioeconômicas e demográficas	Estilo de vida fantástico		Valor-p
	Bom ou Regular	Excelente ou Muito bom	
Turno de trabalho			
Diurno	14 58,3%	10 41,7%	0,999*
Noturno	11 57,9%	8 42,1%	
Renda/mês (cotação do dólar 08/12/15 R$ 3,80)			
1 SM (US$ 207,36)	10 76,9%	3 23,1%	0,100**
2 SM (US$ 414,73)	15 50,0%	15 50,0%	
Já sofreu acidente durante o trabalho?			
Não	15 48,4%	16 51,6%	0,080*
Sim	9 81,8%	2 18,2%	
Já sofreu acidente indo ou voltando do trabalho?			
Não	21 55,3%	17 44,7%	0,380*
Sim	4 80,0%	1 20,0%	

*Teste exato de Fisher **Teste Qui-quadrado de Pearson ***Teste Mann-Whitney ****Teste t-Student.

Houve diferença estatisticamente significativa entre homens com EVF “Excelente ou Muito Bom” e homens com EVF “Bom e Regular” em relação a idade. Homens com EVF “excelente ou muito bom” são mais velhos que os homens com EVF “bom e regular”.

A seguir, na Tabela 2, são apresentados os resultados da análise univariada que comparou o resultado da QV geral do questionário WHOQOL-Bref, com as variáveis socioeconômicas, demográficas e de trabalho. O resultado da QV geral foi categorizado em uma variável binária, utilizando como ponto de corte a mediana, para facilitar as comparações, considerando o reduzido tamanho da amostra. Assim foi considerado como QV baixa um escore menor ou igual à mediana da QV geral (87,5) e como QV alta escores maiores que essa mediana.

Tabela 2 - Análise univariada comparando o resultado do Índice geral WHOQOL com as variáveis socioeconômicas e demográficas e de trabalho (n=43). Divinópolis, Minas Gerais, 2015

(continua)

Variáveis	Índice Geral		Valor-p
	QV baixa Escore ≤ 87,5	QV elevada Escore > 87,5	
Idade			
Média ± desvio-padrão	33,2 ± 8,4	35,6 ± 12,4	0,493****
Mediana (Mínimo – Máximo)	31 (20 – 58)	35 (21 – 52)	
Situação conjugal			
Sem parceiro	11	2	0,699*
	84,6%	15,4%	
Com parceiro	23	7	
	76,7%	23,3%	
Possui filhos			
Não	7	2	0,999*
	77,8%	22,2%	
Sim	27	7	
	79,4%	20,6%	
Número de filhos			
Média ± desvio-padrão	2,3 ± 1,4	2,3 ± 1,0	0,622***
Mediana (Mínimo – Máximo)	2 (1 – 7)	2 (1 – 4)	
Escolaridade			
1º grau	19	3	
	86,4%	13,6%	
2º grau (completos e não completos)	15	5	0,445*
	75,0%	25,0%	
Condição de moradia			
Casa própria	11	4	0,696*
	73,3%	26,7%	
Outros (aluguel ou favor)	23	5	
	82,1%	17,9%	
Qual religião			
Católico	27	5	0,087*
	84,4%	15,6%	
Evangélico	5	4	
	55,6%	44,4%	
Idade que começou a trabalhar			
Média ± desvio-padrão	13,8 ± 3,1	13,6 ± 3,0	0,809***
Mediana (Mínimo – Máximo)	15 (7 – 18)	15 (8 – 17)	
Tempo trabalho como coletor (meses)			
Média ± desvio-padrão	40,2 ± 51,4	69,0 ± 88,8	0,436***
Mediana (Mínimo – Máximo)	18 (4 – 168)	24 (3 – 240)	
Carga horária semanal (incluindo horas extras)			
Até 48 horas	8	1	
	88,9%	11,1%	
50 horas	11	5	0,497*
	68,8%	31,3%	
52 horas ou mais	15	3	
	83,3%	16,7%	
Turno de trabalho			
Diurno	20	4	0,477*
	83,3%	16,7%	
Noturno	14	5	
	73,7%	26,3%	

(conclusão)

Variáveis	Índice Geral		Valor-p
	QV baixa Escore ≤ 87,5	QV elevada Escore > 87,5	
Renda/mês (cotação do dólar 08/12/15 R$ 3,80)			
1 SM (US$ 207,36)	11	2	0,699**
	84,6%	15,4%	
2 SM (US$ 414,73)	23	7	
	76,7%	23,3%	
Já sofreu acidente durante o trabalho?			
Não	23	8	0,403*
	74,2%	25,8%	
Sim	10	1	
	90,9%	9,1%	
Já sofreu acidente no trajeto do trabalho?			
Não	32	6	0,054*
	84,2%	15,8%	
Sim	2	3	
	40,0%	60,0%	

*Teste exato de Fisher **Teste Qui-quadrado de Pearson ***Teste Mann-Whitney ****Teste t-Student.

Ao comparar o resultado da qualidade de vida geral (QVG) do questionário WHOQOL-Bref com as variáveis socioeconômicas, demográficas e de trabalho, mostrou-se que, em média, a idade dos coletores (33,2±8,4 anos) para os indivíduos com baixa QV e de 35,6±12,4 anos para aqueles com QV elevada, ao realizar o teste T Student, obteve-se valor de p=0,493. Por conseguinte, ser mais velho melhorou a QV. Os indivíduos sem parceiro tiveram QV elevada em 15,4% dos casos, enquanto para aqueles com parceiro (casados e união estável), o percentual de QV elevada foi de 23,3% reportando que indivíduos com parceiros possuem melhor QV, ao realizar o Teste Exato de Fisher, obteve-se o valor p=0,699. O número médio de filhos entre os participantes com QV alta (2,3±1,0) e QV baixa (2,3±1,4) e ao realizar o Teste Exato de Fisher, obteve-se o valor p=0,622, não sendo estatisticamente significante.

No que se refere à escolaridade, para os entrevistados que estudaram até o 1º grau, 13,6% apresentaram QV elevada, enquanto para aqueles com escolaridade de 2º grau, a QV elevada foi de 25%, ao realizar o Teste Exato de Fisher, obteve-se o valor p=445, mostrando, assim, que a escolaridade também pode ter influência sobre a QV.

Entre aqueles que moravam em casa própria, 26,7% tiveram QV elevada, já para os que não moravam em casa própria esse percentual foi de 17,9%, ao realizar o Teste Exato de Fisher, obteve-se o valor p=0,696, não sendo estatisticamente significante. Esse resultado pode ser justificado pelo fato de que morar de aluguel ou em casa de familiar traz consigo um desgaste muito grande seja relacionado aos gastos financeiros ou desgastes nas relações interpessoais.

A seguir, a Tabela 3 apresenta os resultados da análise univariada que comparou o resultado da QVG do questionário WHOQOL-Bref, categorizado em uma variável binária, utilizando como ponto de corte a mediana com os resultados da escala Estilo de Vida Fantástico, dicotomizados em “excelente” e “muito bom” *versus* “bom” e “regular”.

Tabela 3 - Análise univariada comparando a escala estilo de vida fantástico com os resultados da escala WHOQOL (n=43). Divinópolis, Minas Gerais, 2015

	Estilo de vida fantástico		**Valor-p**
Escala Geral –WHOQOL-Bref	**Bom ou regular**	**Excelente ou muito bom**	
QV baixa ($\leq$ 87,5)	23	11	
	67,6%	32,4%	
QV elevada (> 87,5)	2	7	**0,023***
	22,2%	77,8%	

*Teste exato de Fisher.

Ao realizar a comparação entre os resultados dos questionários WHOQOL-Bref e Estilo de vida Fantástico, constatou-se que maiores escores de QV estão associados a melhores estilos de vida, ou seja, p=0,023 estatisticamente significante.

A Tabela 4 a seguir, a análise multivariada foi utilizada para associar dentre todas as variáveis estudadas e apresentadas qual delas teve fatores associados significativamente (p<0,05) com o resultado da QVG, por meio do modelo de regressão logística binária, foi realizado o teste de normalidade.

Tabela 4 - Análise multivariada avaliando os fatores associados a uma elevada qualidade de vida na escala global WHOQOL (n=43). Divinópolis, Minas Gerais, 2015

				IC 95% para OR	
		Valor-p	**OR**	**Limite inferior**	**Limite superior**
Qualidade de vida Geral (QVG) elevada	**Religião**				
	Católico	-	1,00	-	-
	Evangélico	0,038	12,23	1,15	130,13
	Estilo de vida fantástico				
	Bom e Regular	-	1,00	-	-
	Excelente e muito bom	0,002	16,18	2,68	97,52

OR=*Odds Ratio* IC=Intervalo de Confiança.

Por conseguinte, na Tabela 5 a seguir a análise multivariada foi utilizada para associar dentre todas as variáveis estudadas e apresentadas qual delas teve fatores associados significativamente (p<0,05) com os resultados da escala EVF, “Excelente” ou “Muito bom”, por meio do modelo de regressão logística binária, foi realizado teste de normalidade.

Tabela 5 - Análise multivariada avaliando os fatores associados aos resultados “excelente e muito bom” da EVF dos coletores de resíduos sólidos (n=43). Divinópolis, Minas Gerais, 2015.

				IC95% para OR	
		Valor p	**OR**	**Limite inferior**	**Limite superior**
Estilo de vida “excelente” e “muito bom”	**Idade (em anos)**	0,027	1,11	1,01	1,21
	Escala Global - WHOQOL				
	QV baixa				
	QV elevada	0,029	9,03	1,28	63,50

OR=*Odds Ratio* IC=Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

O perfil do trabalhador coletor de resíduos do presente estudo é muito parecido quando comparado a outros, sendo a sua maioria do sexo masculino[7, 15].

Em relação à idade, a média foi de 33,6 anos (DP±9,2), variação de idade entre (20-58). Resultado similar foi encontrado em várias pesquisas[1,15-17] evidenciando o perfil relativamente jovem dessa categoria.

Estudo evidenciou que a maioria era casada ou união estável[15], resultado semelhante ao encontrado nesta.

Quanto ao salário mensal, em estudos[16,18] que também investigaram coletores de resíduos, o salário foi superior ao encontrado na atual pesquisa.

Em geral, os coletores apresentam baixa escolaridade, neste estudo, apenas 9,3% dos coletores concluíram o segundo grau (ensino médio). Estudiosos[15, 19] também constataram que o nível de escolaridade é baixo nessa categoria.

A variável ter filho pode ser apresentada como postiva e negativa, quando relacionada aos níveis de estresse e de QV apresentados pelo trabalhador; a qualidade da dinâmica familiar já estabelecida mediará o comportamento, visto que, quando as relações familiares são conflituosas com predomínio de discussões, violências e brigas, ter filhos pode ser um fator de estresse, porém, se essa dinâmica é harmoniosa e afetuosa, pode ser entendida como uma experiência recompessadora e geradora de felicidade[20].

Os coletores de resíduos iniciaram suas atividades laborais com média de idade de 13,7 anos (DP±3,1), o que afetou a escolaridade, pois informaram ter deixado os estudos para contribuir com a renda dos seus lares. Outro fato relevante desse grupo de trabalhadores é que a grande maioria realizava horas extras, mesmo com carga horária de 44 horas semanais, chegando a 52 horas semanais de trabalho.

Há uma inserção precoce no mercado de trabalho relacionado a essa categoria profissional, com muitos trabalhadores iniciando no mercado informal em atividades pouco qualificadas[15].

Funcionários com baixa escolaridade são mais propensos a relatar perda de produtividade no trabalho e a tirar licença por motivo de doença. Mesmo após ajustes no estido de vida, na saúde e nas condições de trabalho, a associação entre educação e perda de produtividade manteve-se entre os participantes. As desigualdades educacionais, principalmente a baixa escolaridade, influenciam o estilo de vida, a saúde e as condições de trabalho e podem ainda estar ligados à perda ou ganho de produtividade e uso de licença médica[21].

O trabalhador pode, muitas vezes, deixar de realizar atividades básicas e essenciais como: horas de sono e alimentação adequada, o que pode prejudicar sua saúde e influenciar seu desempenho[22].

Nesta pesquisa, 44,2% dos coletores apresentaram escores do EVF classificados como “bom” e 27,9% “muito bom”. Nenhum dos entrevistados apresentou classificação menor que 34, ou seja, o estilo de vida “necessita melhorar”. Esses resultados estão em concordância com outros trabalhos[14, 23- 25].

O estilo de vida de maneira geral é baseado nas condições de vida de um indivíduo, assim, em um sentido mais amplo, envolve as condutas determinadas por fatores socioculturais e características individuais. Um estilo de vida considerado saudável sugere condutas e hábitos que influenciam a saúde de forma positiva[26].

A função de coletor de resíduos sólidos implica em contato com fatores de riscos biológicos, químicos e físicos a sua saúde, visto que a diversidade de conteúdo, contidos no lixo, decorrente de novos materiais descartáveis no mercado, modifica o potencial de exposição aos bioaerossóis nos trabalhadores que mantêm o contato mais próximo[27].

Por apresentar um estereótipo semelhante ao de um atleta, o coletor de resíduos sólidos, que atua sob uma enorme carga de trabalho diária, beneficia-se igualmente do condicionamento, pois deve desenvolver várias qualidades físicas imprescindíveis para executar movimentos essenciais da rotina – arremessos de entulhos e correria (indo e vindo), com objetos até o veículo em movimento, dentre outras atividades[28].

Um dado muito relevante desta pesquisa mostra que houve associação significativa entre os resultados do questionário WHOQOL-Bref e os resultados do questionário EVF ($p<0,05$). Assim, ao realizar o Teste Exato de Fisher, obteve-se o valor $p= 0,023$ para os entrevistados com baixa QV tiveram estilo de vida “excelente” ou “muito bom” em 32,4% dos casos. Já entre aqueles com QV elevada, o percentual de estilo de vida “excelente” ou “bom” sobe para 77,8%, indicando que maiores escores de QV estão associados a melhores estilos de vida.

Na atualidade, aproximar a ideia de viver com qualidade e as noções que lhe explicam, é tratar de uma bipolaridade, para não dizer de uma contradição, que se evidencia a partir do mundo que muitas vezes é padronizado através de modelos ditados pela mídia[29].

Portanto esses dados remetem que a QV depende de mudanças de atitude e é essencial que os indivíduos promovam hábitos de vida que não comprometam a saúde, assim como adotem medidas capazes de prevenir inúmeras doenças crônicas[30].

Os conjuntos de ações destinados a determinantes modificáveis à saúde não devem ser relacionados apenas aos indivíduos, mas também à condição social, renda, educação, condições

de trabalho e, principalmente, ao acesso a serviços de saúde adequados. Portanto, é importante destacar que apresentar sugestões para o equilíbrio entre trabalho e vida saudável tornou-se uma importante forma de proporcionar melhorias da cultura preventiva de doenças relacionadas às atividades laborais[31].

A religião é uma variável pouco valorizada nos estudos, quando se aborda estilo e qualidade de vida. Quando abordados sobre religião, 97,7% dos participantes relataram que praticam alguma religião, sendo a evangélica a mais incidente.

Por meio do modelo de regressão logística binaria, foi realizado o teste de normalidade para as tabelas 4 e 5.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, os fatores associados a uma qualidade de vida geral elevada foram a religião evangélica e apresentar estilo de vida "excelente" ou "muito bom". Constatou-se que o coletor de resíduos evangélico tinham mais chances de ter uma QV elevada comparada àquele da religião católica (OR=12,23; p=0,038). Já um indivíduo com estilo de vida "excelente" ou "muito bom" obteve mais chances de ter uma QV elevada comparada àquele com estilo de vida "regular" ou "ruim" (OR=16,18; p=0,002).

Quando o assunto é religiosidade e se tratando de estilo de vida, há um novo estilo ancorado em práticas não convencionais, ou seja, fugindo de tudo que é hegemônico. Esse novo estilo de vida é marcado pela inclusão ou pela fuga dos valores padronizados pela sociedade e distanciamento dos valores e práticas básicos da modernidade[32].

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 5, os fatores associados aos resultados "excelente" ou "muito bom" do questionário EVF foram: maior idade e escala global WHOQOL-Bref elevada. Verificou que o aumento na idade dos coletores, a chance de apresentarem um estilo de vida muito bom ou excelente aumentou 1,11 (OR=1,11, p=0,027). Já aqueles com QV elevada tinham 9,03 mais chances de ter um estilo de vida excelente ou muito bom que aqueles com QV baixa (OR=9,03; p=0,029).

Esses achados foram muito significantes dentro do contexto estudado, visto que nem sempre ter todas as condições financeiras favoráveis ou uma profissão que exija um estudo superior que tenha sua valorização pela sociedade é condicionado a um excelente estilo de vida ou a uma boa QV.

Poder aproveitar as possibilidades da vida, de escolher, de decidir e ter controle de sua vida também são aspectos que QV[33].

CONCLUSÃO

Podemos observar que, mesmo após diversos estudos e discussões relacionados ao tema qualidade de vida, ainda não há uma definição aceita de forma universal, visto que essa é determinada por diversos fatores, seja de forma individual ou coletiva como: o estilo de vida adotado, o ambiente familiar, ambiente laboral, o modo como o indivíduo se vê em relação ao mundo que o cerca, as questões de crença e costumes. Assim, com oportunidade de pesquisar trabalhadores com características tão parecidas, seja de ordem econômica ou cultural, nos remete a refletir que não existe receita pronta e universal para a totalidade do que é ter uma "boa" qualidade de vida, pois cada trabalhador pesquisado tem seus sonhos, suas perspectivas, vontades e desejos e sua visão individual do mundo que o cerca.

Portanto, podemos observar que, mesmo com toda condição adversa acerca da profissão de coletor, esses trabalhadores apresentaram avaliações positivas da qualidade e estilo de vida, além de satisfação no trabalho. Um achado relevante desse estudo refere que escores elevados de qualidade de vida estão associados estatisticamente a estilo de vida "Excelente ou Muito bom". E que quanto melhor o estilo de vida, melhores escores também serão de qualidade de vida.

Na avaliação da QV e EV é importante destacar que esse estudo teve como limitação um número reduzido de coletores, características culturais, sociais econômicas e escolaridade muito distintas o que pode dificultar sua generalização para coletores de resíduos de outras regiões e realidades do Brasil.

Portanto é necessário avaliação individual e minuciosa do contexto no qual o indivíduo está inserido e programas de promoção à saúde podem servir para informar e orientar sobre estratégias para criar oportunidades de mudanças de comportamentos e para proporcionar um estilo de vida mais ativo e saudável que traga um equilíbrio com as condições que o cercam.

REFERENCIAS

1 Ferreira DKS, Bonfim C, Augusto LGS. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. Ciênc. S. Col. 2011;16(8):3003;12.

2 Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth, Hallal PC. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. Cad. S Púb. 2009;25(7):1511-20.

3 Both J, Nascimento JV. Intervenção profissional na educação física escolar: considerações sobre o trabalho docente. Rev Mov. 2009;15(2):169-86.

4 Costa Junior GR, Tonello L, Neves RLR, Ribeiro JC, Miranda EF. Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão. Rev Am Legal. 2013;1(1):33-40.

5 WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. Quality oflife assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994.41-60.

6 Silva WS, Paixão NA, Araújo AFV, Picanço AP. Avaliação dos benefícios da coleta de lixo em Palmas, Tocantins: uma aplicação do método de avaliação de contingente. Rev Eng Sanit Amb. 2011;16 (2):141-8.

7 Cardoso RK, Rombaldi AJ, Silva MC. Distúrbios osteomusculares e fatores associados em coletores de lixo de duas cidades de porte médio do sul do Brasil. Rev Dor. 2014;15(1):13-6.

8 Lazzari MA, Reis CB. Os coletores de lixo urbano no município de Dourados (MS) e sua percepção sobre os riscos biológicos em seu processo de trabalho. Rev Ciênc S Colet. 2011;16(8):3437-42.

9 Timossi LS. Correlações entre qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho em colaboradores das indústrias de laticínios. [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná. 2009. 173p.

10 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

11 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Minas Gerais, 2010. [citado 2014 ago. 24]. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis|infograficos:-informacoes-completas.

12 The World Healt Organization quality of life assement (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998; 46:1568-85.

13 Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Púb. 2000;34(2):178-83.

14 Añez CRR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. Arq Bras Cardiol. 2008;91(2):102-9.

15 Pataro SMS, Fernandes RCP. Trabalho físico pesado e dor lombar: a realidade na limpeza urbana. Rev Bras Epidem. 2014;17(1):17-31.

16 Pinho LM; Neves EB. Acidentes de Trabalho em Uma Empresa de Coleta de Lixo Urbano. Cad S Col. 2010;18(2):243-51.

17 Braga AL, Oliveira PCB, Papoti M, Mendes OC. Aptidão física em coletores de lixo da cidade de Bauru/SP. Col Pesq Ed Fís. 2009;8(4):37-44.

18 Velloso MP, Santos EM, Anjos LA. Processo de trabalho e acidentes de trabalho em coletores de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad S Púb. 1997;13(4):693-700.

19 Miglioransa MH, Rosa LC, Perin C, Ramos GZ, Fossati GF, Stein A. Estudo epidemiológico dos coletores de lixo seletivo. Rev Bras Saú Ocup. 2003;28(107-108):19-28.

20 Umberson D, Pudroska T, Reczek c. Parenthood, Childlessness, and well-being: a lifecourse perspective. J Marr. Fam. 2010;72(3):612-29.

21 Robroek SJW, Lenthe FJV, Burdorf A. The role of lifestyle, health, and work in educational inequalities in sick leave and productivity loss at work. Int Arch Occup Environ Health. 2013;86:619–27.

22 Battaus MRB, Monteiro MI. Perfil sociodemográfico e estilo de vida de trabalhadores de uma indústria metalúrgica. Rev. Bras Enf. 2013;66(1):52-8.

23 Triviño LP, Dosman VA, Uribe YL, Agredo RA, Jerez AM, Cali RR. Edtudio del estilo de vida y relación com factores de riesgo de síndrome metabólico em adultos de mediana edad. Acta Méd Col. 2009;34(4):158-63.

24 Ramírez-Vélez R, Agrego RA. Fiabilidade y validez del instrumento “Fantástico” para medir del estilo de vida em adultos colombianos. Rev de Salud Púb. 2012;14(2)226-37.

25 Santos JJA, Saracini N, Silva WC, Guilherme JH, Costa TA, Silva MRAG. Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. ABCS Health Sciences. 2014;39(1):17-23.

26 Pardo-Torres, Gómez MPN, Arturo N. Estilo de vida y salud em la mujer adulta jovem. Aquichan. 2008;8(2):266-84.

27 Graudenz GS. Indicadores infecciosos e inflamatório entre trabalhadores de limpeza urbana de São Paulo. Rev. Bras. Saúde Ocup. 2009; 34(120):106-114

28 Silva TL, Moreira IA. Avaliação do perfil antropométrico e nutricional de coletores em treinamento para meia maratona. Rev Bras Nutr Esp. 2011;5(28):342-47.

29 Tavares FMB. Apontamentos sobre o conceito de qualidade de vida: revisões, cruzamentos e possibilidades críticas. Rev Bras Qual Vida. 2011;3(2):23-32.

30 Tzeng DS, Chung WC, Lin CH, Yang CY. Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals: a cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2012;12(309)1-9.

31 Canaval G, Sánchez, M. Lifestyle and cancer prevention in female employees at a health institution. **Colombia Méd** North Amer. 2011;42(2):177-83.

32 Siqueira D. Religiosidade contemporânea brasileira: estilo de vida e reflexividade. Rev Soc Cult. 2006;9(1):13-26.

33 Renwick R, Brown I. The center for healt promotions conceptual approach to quality of fife. In: Renwick R, Brown I, Nagler M. editors. Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues amd applications. Thousand Oaks: Sage. 1996. p.75-86.

34 Salvador D, Daher Neto PE, Ferrari FP. Aplicação de técnica de energia muscular em coletores de lixo com lombalgia mecânica aguda. Fisiot Pesq. 2005;12 (2):20-7.

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que dos 43 coletores de resíduos sólidos entrevistados, todos eram do sexo masculino, com média de idade de 33, 6 anos, 69,8% eram casados ou viviam em união estável não oficializada e 79,1% possuíam filhos. Apenas 9,3% haviam completado o segundo grau, 34,9% tinham casa própria e 62,8% ganhavam em média um salário mínimo e meio.

Quanto às características do trabalho, em média, os coletores começaram a trabalhar com 13,7 anos de idade, o tempo médio de trabalho como coletor foi de 46, 3 meses, 93,1% destes coletores cumprem uma carga horária acima de 44 horas semanais somadas às horas extras. Dos trabalhadores estudados, 26,2% já sofreram acidentes de trabalho e 11,6% sofreram acidentes de trajeto, 97,7% referem estar satisfeitos com seu trabalho.

Em relação à qualidade de vida, o índice geral teve escore de 81,7 e, dentre os domínios, o relações sociais teve a maior média, ou seja, 81,8 e o menor domínio foi o meio ambiente com 61,1. Quanto à frequência com que os trabalhadores autoavaliaram sua qualidade de vida, 49% avaliaram-na como boa, 35% avaliaram-na com muito boa e 16% nem ruim nem boa. Já a frequência com que autoavaliaram sua satisfação com a saúde, 51% referiram estar satisfeitos, 42% muito satisfeitos e 7% nem satisfeitos nem insatisfeitos. Quando se realizou a correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref pelo teste de Spearman, constatou-se que houve correlação significativa entre os domínios relações pessoais e os demais domínios.

Na análise das condições de saúde, mostra-se que 55,8% dos entrevistados apresentaram dor em alguma parte do corpo após terem iniciado sua função como coletores de resíduos sólidos e que a coluna foi a parte do corpo mais acometida. Quanto à pressão arterial, 25,6% apresentaram no ato da entrevista valores maiores ou iguais a 140/90 mmhg. E quanto à mensuração do IMC, 18,6% estavam com sobrepeso.

Quanto ao estilo de vida, os resultados encontrados após aplicação do questionário EVF mostraram que 14% tiveram estilo de vida classificados como “Excelente” (85 a 100 pontos), 27,9% “Muito bom” (70 a 84 pontos), 44,2% “bom” (55 a 69 pontos) e 14% com estilo de vida “Regular” (35 a 54 pontos).

Houve associação significativa entre os resultados do questionário WHOQOL-Bref e os resultados do questionário EVF ($p<0,05$), visto que entre os coletores com QV elevada o percentual de estilo de vida “excelente” ou “bom” foi de 77,8%, indicando que maiores escores de QV estão associados as melhores estilos de vida.

Os fatores associados significativamente a uma qualidade de vida geral elevada foram a religião evangélica e apresentar estilo de vida “excelente” ou “muito bom”. Já os fatores associados aos resultados “excelente ou muito bom” do questionário EVF foram: maior idade e escala global WHOQOL-Bref elevada. Com o aumento de um ano na idade dos coletores a chance de apresentarem um estilo de vida muito bom ou excelente aumentou 1,11 vezes. Já aqueles com QV elevada tinha 9,03 vezes mais chance de ter um estilo de vida muito bom ou excelente que aqueles com QV baixa.

Os indicadores aqui apontados permitem inferir que, na pesquisa realizada, o estilo e qualidade de vida dos trabalhadores coletores de resíduos sólidos da cidade de Divinópolis/MG, apresentou-se como satisfatória. Portanto é válido ressaltar que uma limitação desse estudo foi um número reduzido de coletores, além destes apresentarem características culturais, sociais econômicas e escolaridade muito distintas o que pode dificultar sua generalização para coletores de resíduos de outras regiões e realidades do Brasil.

Este estudo sugere, ainda, a realização de pesquisas comparativa envolvendo o estilo e qualidade de vida de coletores de outras localidades do país para, assim, estabelecer parâmetros e descobrir eventuais diferenças e deficiências, a partir das quais seja possível propor mudanças realmente eficazes para o setor.

A pesquisa constatou índices consideráveis de acidentes no trabalho e de trajeto causados principalmente por cortes nas mãos e braços pelos materiais perfuro cortantes encontrados no lixo além de lesões articulares, e fraturas em membros inferiores causados pelo ato de correr atrás dos caminhões, subir e descer desses veículos em movimentos.

Outro índice relevante encontrado foi relacionado a dor músculo esquelética associada ao trabalho de coletor. Dos trabalhadores pesquisados 55% apresentaram dor em alguma parte do corpo após terem iniciado na função, problemas esses associados a posturas ergonômicas caracterizados por esforço repetitivos, levantamento de peso e posições incomodas por ficarem de pé no estribo do caminhão. Esse dado aponta a necessidade de medidas de prevenção e controle que inclua adequações no ambiente físico com equipamentos, ferramentas e tecnologias apropriados para o desenvolvimento das tarefas que possa contribuir para redução de movimentos e modificações nos aspectos relacionados à organização do trabalho.

Contudo cabe ressaltar que há necessidade de reforço com toda equipe formada pelos coletores com orientações e treinamentos internos relacionados a operacionalização do trabalho, com intuito de evitar e/ou minimizar problemas ergonômicos. Relevante reforçar também, as orientações sobre o uso e importância dos EPI’S. E para população em geral realizar

campanhas educativas esclarecendo sobre a maneira correta de acondicionamento do lixo e suas consequências se essas não forem realizadas corretamente.

Conclui-se que intervenções são necessárias quando se remete à saúde do trabalhador, visto que o público pesquisado é formado por homens jovens, com pouco conhecimento de ações de prevenção à saúde e hábitos de vida saudáveis somados a uma profissão que necessita de muito esforço físico para ser executada, além dos riscos ocupações que estão expostos diariamente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AÑEZ, C.R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI EL. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida Fantástico: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo v. 91, n. 2, p.102-109, ago. 2008.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012.

ARAÚJO, M. A.; SOUZA, J. C. **Qualidade de vida dos professores de enfermagem**. Passo Fundo: Editora da Universidade Passo Fundo, 2011.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 353 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10.004**:
resíduos sólidos: classificação. Rio de Janeiro, 2004.

BARBANTI, V. J. **Dicionário de educação física e esportes**. 2. ed. Barueri: Manole, 2003.

BARROS, A. L. B. L. de. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 440 p.

BATTAUS, M. R. B.; MONTEIRO, M. I. Perfil sociodemográfico e estilo de vida de trabalhadores de uma indústria metalúrgica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 52-58, fev. 2013.

BORGES, T. T. et al. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1511-1520, jul. 2009.

BOTH, J.; NASCIMENTO J. V. Intervenção profissional na educação física escolar: considerações sobre o trabalho docente. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 169-186, abr./jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**, 8., 1986. Brasília. Acesso em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Texto promulgado em 5 de outubro de 1988. 35. ed. Biblioteca Digital da Câmera dos Deputados. 2012. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 306, de 7 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6dd00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001. 580 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco das indústrias de 23 estados e do Distrito Federal. Brasília: Serviço Social da Indústria, 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupações**. Códigos, títulos e descrições. 3. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.° 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Diário Oficial **[da]** República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Previdência Social. http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/subsecao-a-acidentes-do-trabalho-registrados/tabelas-a-2013/

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CANAVAL, G.; SÁNCHEZ, M. Lifestyle and cancer prevention in female employees at a health institution. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2, p. 177-183, June 2011.

CARAN, V. C. S. **Contexto de vida e trabalho de mulheres cortadoras de cana-de-açúcar**. 2012. 227 f. Tese (Doutorado em Ciências – área de concentração em enfermagem fundamental) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

CARDOSO, C. S. Qualidade de vida na esquizofrenia: atualidades e perspectivas para o Brasil. In: BANDEIRA, M.; LIMA, L. A.; BARROSO, S. (Org.). **Avaliação de serviços de saúde mental**: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 159-186.

CARDOSO, R. K; ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C. Distúrbios osteomusculares e fatores associados em coletores de lixo de duas cidades de porte médio do sul do Brasil. **Revista Dor**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 13-16, mar. 2014.

CARDOSO, R. K.; ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C. Nível de atividade física de coletores de lixo de duas cidades de porte médio do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 18, n. 5, p. 604-613, set. 2013.

CARDOZO, M. **Percepção de riscos ambientais de trabalhadores catadores de materiais recicláveis em um aterro controlado do município de Duque de Caxias, RJ**. 2009. 108 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Meio Ambiente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, R. M. B. et al. Estilo de vida e indicadores organizacionais e de produtividade em uma empresa industrial da Região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 5, n. 4, p. 44-54, out./dez. 2013.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008. Available from: <Uhttp://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>. Acesso em: 15 jun. 2015.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-Breve. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação da qualidade de vida**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 60-74.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Org.). **Isto é trabalho de gente**?: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes. 1993. p. 56-75.

COSTA, C. F. **Qualidade de vida dos farmacêuticos de drogarias de Campo Grande, MS**. 2010. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2010.

COSTA JUNIOR, G. R. et al. Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão. **Revista Amazônia Legal**, Cuiabá, v. 1, n. 1, p. 33-40, 2013.

DAY, H.; JANKEY, S. G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Ed.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation**: conceptual approaches, issues and applications. Thousand Oaks: Sage, 1996.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, C.; JAYET. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas,1994, p.152.

DEJOURS, C. A. **loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez -Oboré. 1992. 168 p.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 502-8, 1995.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan./jun. 2001.

FERREIRA, D. K. S.; BONFIM, C.; AUGUSTO, L. G. S. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. **Ciência da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3403-3412, ago2011.

FERREIRA, D. K. S. **Condições de saúde de trabalho e modos de vida de policiais militares**: estudo de caso na cidade do Recife-PE. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2009.

FERREIRA, J. A.; ANJOS, L. A. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão de resíduos sólidos municipais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 17, n. 3, p. 689-696, maio/jun. 2001.

FERREIRA, J. A. **Lixo hospitalar e domiciliar**: semelhanças e diferenças – estudo de caso no município do Rio de Janeiro. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, abr. 1999.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.**Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 34 , n. 2, p. 178-83, abr. 2000. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2015.

FISCHER, F. M. et al. A (in)capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina no Trabalho**, Belo Horizonte , v. 3, n. 2, p. 97-103, ago./dez. 2005.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p.145-159, jan. 2012.

GIOVANELLI, G. dos S. Capacidade física e qualidade de vida dos coletores de lixo no município de Linhares-ES. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 5, n. 28, p. 381-391, jul./ago. 2011.

GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 3, n. 1, p. 40-52, jan./jun. 2011.

GONÇALVES, C. V. et al. A vida no lixo: um estudo de caso sobre os catadores de materiais recicláveis no município de Ipameri, GO. **Holos**, Natal, v. 2, n. 29, p. 238-250, mar./abr. 2013.

GRAUDENZ, G. S. Indicadores infecciosos e inflamatório entre trabalhadores de limpeza urbana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 34, n. 120, p. 106-114, 2009.

HILLESHEIN, L. F.; LAUTERT, L. Capacidade para o trabalho, característica sócio demográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, maio/jun. 2012. (8 telas)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Minas Gerais**. 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 24 ago. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. 124 p. (Mapas).

KRONE, D. et al. Qualidade de vida no trabalho. In: MOSTRA CIENTÍFICA DO CESUCA, 3., 2013, Cachoeirinha. **Anais...** Cachoeirinha-RS: CESUCA, 2013. v. 1, n. 7.

LAZZARI, M. A.; REIS, C. B. Os coletores de lixo urbano no município de Dourados (MS) e sua percepção sobre os riscos biológicos em seu processo de trabalho. **Ciência de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3437-3442, ago. 2011.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flagnan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, ago. 2000.

LIMA, C. G. et al. Circunferência da cintura ou abdominal? Uma revisão crítica dos referenciais metodológicos. **Revista Simbio-Logias**, v. 4, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/CircunferenciadaCinturaouAbdominal.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2015.

LOHMAN, T.G. et al. **Anthropometric standardization reference manual**. Illinois: Human Kinetics, 1988.

LOPES, F. T. et al. O Significado do trabalho para os garis: um estudo sobre representações sociais. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 41-69, jul./dez. 2012.

LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI, M. T. **O trabalho da enfermagem sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande: Ed. GRAFURG, 1999.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 1970.

MONTEIRO, J. H. P. et al. **Manual de gerenciamento de resíduos sólidos**. Rio de Janeiro: IBAM, 2001. p. 200.

MIGLIORANSA, M. H. et al. Estudo epidemiológico dos coletores de lixo seletivo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 28, n. 107, p. 107-108, 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O Pentáculo do bem-estar – base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Atividade Física e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NEUMANN, V. N. **Qualidade de vida no trabalho**: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

NISHIMURA, A. Z. F. C. **Produção bibliográfica da qualidade de vida no trabalho**. 2008. 281 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Metodista de Piracicaba. Faculdade de Gestão e Negócios, Piracicaba, 2008.

NUNES, A. L. B. P.; CUNHA, A. M. O.; MARÇAL JUNIOR, O. Coletores de lixo e enteroparasitoses: o papel das representações sociais em suas atitudes preventivas. **Revista Ciência e Educação**, Bauru, v. 12, n. 1, p. 25-38, jan./abr. 2006.

OLIVEIRA, L. E. C. A integração da culpa e do risco na responsabilidade civil dos acidentes de trabalho. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito, São Paulo, 2013.

PATARO, S. M. S.; FERNANDES, R. C. P. Trabalho físico pesado e dor lombar: a realidade na limpeza urbana. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo v. 17, n. 1, p. 17-31, jan./mar. 2014.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, abr./jun. 2012.

PINHO, L. M. de; NEVES, E. B. Acidentes de trabalho em uma empresa de coleta de lixo urbano. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 243-25, 2010.

POWER, M. Qualidade de vida: uma visão geral do projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação da qualidade de vida**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 48-59.

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.

SALLIS, J. F.; OWEN, N. **Physical activity and behavioral medicine**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.

SANTIN, S. Cultura corporal e qualidade de vida. **Kinesis**, Santa Maria RS, v. 27, p. 116-186, nov. 2002.

SANTOS, C. O. M. et al. Desregulamentação do trabalho e desregulação da atividade: o caso da terceirização da limpeza urbana e o trabalho dos garis. **Produção**, São Paulo v. 19, n. 1, p. 202-213, abr. 2009.

SANTOS, G. O. Lixo e saúde: as experiências de alguns trabalhadores de Fortaleza/CE. **Revista Saúde e Ambiente**, Duque de Caxias v. 3, n. 2, p. 33-40, jul./dez. 2008.

SANTOS, G. O.; SILVA, L. F. F. Há dignidade no trabalho com o lixo? Considerações sobre o olhar do trabalhador. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 689-716, jun. 2009.

SANTOS, M. N.; MARQUES, A. C. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 18, n. 3, p. 837-846, jan./mar. 2013.

SANTOS, M. N.; MELO, O. S **Urgência e emergência**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2012.

SCATOLLIN, F. A. A. Qualidade de vida: a evolução dos conceitos e os instrumentos de medida. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006.

SCHMIDT, S. et al. The conceptual relationship between healt indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS fied study. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, Hoboken, v. 2, n. 1, p. 28-49, Jan./Feb. 2005.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, abr. 2004.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. **Diretrizes técnicas e de gestão SESI lazer ativo**. O programa: metodologia de atendimento às empresas. Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras. Brasília, 2007.

SIGNS, V. **Adult obesity**. Centers for Disease Control and Prevention, 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vitalsigns/AdultObesity>. Acesso em: 10 maio 2015.

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 19, n. 6, p. 1901-1909, jun. 2014.

SILVA, J. V. R.; THOMAZ JUNIOR, A. T. As territorialidades do trabalho com coleta de lixo domiciliar urbano em presidente prudente/SP: invisibilidade social e saúde do trabalhador. **Revista Rede de Estudos do Trabalho**, Marília, v. 6, n. 13, p. 72-88, 2013.

SILVA, T. L.; MOREIRA, I. A. Avaliação do perfil antropométrico e nutricional de coletores em treinamento para meia maratona. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 5, n. 28, p. 342-47, jul./ago. 2011.

SILVA, W. S. et al. Avaliação dos benefícios da coleta de lixo em Palmas, Tocantins: uma aplicação do método de avaliação de contingente. **Revista Engenharia Sanitária Ambiental**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 141-148, abr./jun. 2011.

SOUZA, D. de O. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) aos profissionais da coleta de lixo urbano. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais**... Fortaleza: Conselho Brasileiro de Enfermagem, 2009. (Trabalho 2884).

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande: UCDB, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Primeira diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro v. 4, n. 1, p. 1-27, abr. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Seis diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2 p. 315- 323, jun. 2008.

TAVARES, F. de M. B. Apontamentos sobre o conceito de qualidade de vida: revisões, cruzamentos e possibilidades críticas. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 3, n. 2, p. 23-32, jul./dez. 2011.

TEIXEIRA, J. R. B. et al. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 31, n. 1, p. 97-110, Janeiro 2015.

TEIXEIRA, M. C. A invisibilidade das doenças e acidentes do trabalho na sociedade atual. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 13, n. 1, p. 102-131, mar./jun. 2012.

TIMOSSI, L. S. **Correlações entre qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho em colaboradores das indústrias de laticínios**. 2009. 173 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2009.

VASCONCELOS, A. F. **Espiritualidade no ambiente de trabalho**: dimensões, reflexões e desafios. São Paulo: Atlas, 2008 p.172.

VASCONCELOS, R. C. et al. Aspectos de complexidade do trabalho de coletores de lixo domiciliar: a gestão da variabilidade do trabalhador na rua. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 15, n. 2, p. 407-419, maio/ago. 2008.

VASCONCELOS, S. P. **Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental**. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009.

VELLOSO, M. P.; SANTOS, E. M.; ANJOS, L. A. Processo de trabalho e acidentes de trabalho em coletores de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 693-700, 1997.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n. 2, 2007.

WHOQOL GROUP. The development of the Word Health Organization quality of life assessment. In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Ed.). **Quality of life assessment**: international perspectives. Heidelberg: Springer, 1994. p. 41-60.

WORLD HEALT ORGANIZATION. **About WHO**. Disponível em: <http://www.who.int/topics/en/>. Acesso em: 7 ago. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global estimateof the burden of disease from second-hand smoke**. Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risk. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. (WHO Obesity Technical Report Series, 284).

WORLD HEALT ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSEMENT (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science** & **Medicine**, v. 46, p. 1568-1585, 1998.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. São Paulo: Medsi, 2001. 205 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO ECONOMICO E DEMOGRÁFICO, SAÚDE E TRABALHO

1. DADOS PESSOAIS

1. Iniciais do nome: _____ Código: ___

2. Data de nascimento:___/___/___ 3. Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino

4. Naturalidade: 5. Tempo que reside em Divinópolis:

6.Estado conjugal: [ ] Solteiro(a) [ ] Casado(a) [ ] Viúvo(a) [ ] Divorciado [ ] Morando junto

7.Você tem filhos? [ ] Sim [ ] Não 8. Quantos filhos?

9.Condição de moradia: [ ] Casa Própria [ ] Alugada [ ] Mora com os pais/parente [ ] Emprestada

10. Quantas pessoas moram na casa além de você: 11. Número total de cômodos:

12. Você estudou até:

[ ] 1ª a 4ª série incompleta [ ] 1ª a 4ª série completa [ ] Continuo estudando_____

[ ] 5ª a 8ª série Incompleta [ ] 5ª série completa

[ ] 2º grau incompleto [ ] 2º grau completo

[ ] Superior incompleto [ ] Superior completo

13. Você tem uma religião? [ ] Sim [ ] Não 14. Qual religião:

2. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

15. Com qual idade você começou a trabalhar?

16. Há quanto tempo você trabalha como coletor?

17. Você faz horário de almoço? [ ] Sim [ ] Não 18. Quanto tempo?

19. Quantas horas você trabalha por semana? [ ] 40 horas [ ] 44 horas [ ] Não sei

20. Quantas dias de folga você tem por semana? [ ] 1 dia [ ] 2 dias [ ] Não tenho folga

21. Faz hora extra? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

[ ] 1 a 3 horas [ ] 3 a 5 horas [ ] 5 a7 horas [ ] 7 a 9 horas

22. Já sofreu algum acidente durante o trabalho? [ ] Sim [ ] Não 23. Qual:

24.Você foi ao médico após o acidente? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não sofri acidente

25. Ficou afastado do trabalho devido a este acidente? [ ] Sim [ ] Não 26. Quanto tempo?

27.Já sofreu algum acidente indo ou voltando para o trabalho? [ ] Sim [ ] Não 28. Qual?

29 Você foi ao médico após este acidente? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não sofri acidente

30. Ficou afastado do trabalho devido a este acidente? [ ] Sim [ ] Não 31. Quanto tempo?

32. Usa equipamento de proteção individual (EPI)? [ ] Sim [ ]Não 33. Quais?

34. Faz exames periódicos anuais a pedido da empresa? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei

35. Já participou de algum curso ou treinamento no trabalho? [ ] Sim [ ] Não

36. O que você mais gosta no seu trabalho?

[ ] Equipe de trabalho [ ] Ambiente de trabalho [ ]festas [ ] Não gosto do meu trabalho [ ] Outros

37. Está satisfeito/feliz com seu trabalho? [ ] Sim [ ] Não

38. Você já ficou desempregado? [ ] Sim [ ] Não

39. Você acha que precisa modificar algo no trabalho? [ ] Sim [ ] Não

40. Se sim, o quê?

41. Que horas você acorda (para trabalhar)?

42. Que horas você costuma dormir?

3. Você dorme cerca de quantas horas por dia?

44. Você tem dificuldade para dormir? [ ] Sim [ ] Não

45. Se sim, qual?

46. Tipo de transporte que utiliza para ir ao trabalho:

[ ] A pé [ ]Bicicleta [ ] Carro [ ]Moto [ ]ônibus

47. Quanto você recebe por mês:

[ ] 1 salário mínimo [ ] 2 salários mínimos E MEIO

[ ] 1 salário mínimo e meio [ ]3 a 4 salários mínimos

[ ] 2 salários mínimos [ ] 5 salários mínimos ou mais

48. Os dados abaixo, são referentes ao seu trabalho. Em seu trabalho tem contato com: MARQUE UM X nas opções que achar correta

	Todo tempo	Metade do tempo	Quase nunca	Nunca
Exposição ao sol/ Chuva				
Ruído/Barulho				
Exposição a monóxido de carbono (Fumaça de escapamentos)				
Faz movimentos repetitivos				
Esforço físico				
Líquidos orgânicos (sangue, urina,etc)				
Perfuro cortantes (agulha, vidro, lata)				
Iluminação inadequada				
Cheiros desagradáveis				

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

49. Peso: Altura: IMC: C.A _____

PA (sistólica/diastólica):_____ FR: _____ T:_____P:_____

50. O que você come/ingere antes de iniciar o trabalho?

51. Quantas refeições você realiza durante o período de trabalho? 1, 2, 3

52. Em relação à sua saúde comparada com a de outras pessoas da mesma idade, você considera que está:

[ ] Muito Melhor [ ] Melhor [ ] Igual [ ]Um pouco pior [ ]Pior

53. Você tem alguma doença? [ ] Sim [ ] Não 54. Qual?

55. Desde quando?

56. Faz tratamento? [ ] Sim [ ] Não

57. Você faz uso de medicamentos? [ ] Sim [ ] Não 58. Qual?

59. Você sente dor em alguma região do corpo? [ ] Sim [ ] Não 60. Qual?

61. Quando começou?

62. o que você deseja para seu futuro?

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE INFRA-ESTRUTURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI - UFSJ
INSTITUIDA PELA LEI W 10,425 DE 19/04/2002 - D.O.U. DE 22/04/2002

CAMPUS CENTRO-OESTE DONA L1NDU - CCO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEPES/CCO)
DECLARAÇÃO DE INFRA-ESTRUTURA

Autorizo a realização da pesquisa "TRABALHO, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE EMPRESA COLETORA DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM MUNICíPIO DE MINAS GERAIS" e declaro para os devidos fins, que há infraestrutura necessária para realização dos procedimentos de coleta de dados junto aos colaboradores na sede na empresa VIASOLO.

Por ser verdade afirmamos a presente.

Rodolfo Fernandino Colta Padrão
Engenheiro Coordenador

Divinópolis, 11. de at(k de ~fl.f .'.

Campus Santo Antônio
Pça. Frei Orlando, 170
Centro
CEP 36307-352
São João del-Rei - MG

Campus Dom Bosco
Praça Dom Helvécio, 74
Fábricas
CEP 36301-170
São João del-Rei - MG

Campus Tancredo Neves
(CTAN)
Rodovia BR 494, Km 2
Colônia do Bengo
CEP 36300-000
São João del-Rei - MG

Campus Alto Paraopeba
Rodovia MG 443 - KM 07
Fazenda do Cadete
CEP 36420-000
Ouro Branco - MG

Campus Centro-Oeste
Dona lindu
Av. Sebastião Gonçalves
Coelho, 400 - Chanadour
CEP 35501-296
Divinópolis - MG
373221-1164

Centro Cultural da UFSJ
Pça. Dr. Augusto das
Chagas Vieqas, 17
Centro
CEP 36300-088
São João del-Rei - MG

APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA

UFSJ
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SÃO JOÃO DEL-REI

Divinópolis, 12 de setembro de 2014.

Ilmo Sr.
Rodolfo Fernandino Cotta Padrão
Responsável Técnico

TERMO DE ANUÊNCIA -

Eu, Flávia Mendes da Silva, na qualidade de mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro-oeste Dona Lindu, venho respeitosamente solicitar-lhe autorização para desenvolver na sua empresa a pesquisa intitulada: TRABALHO, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALAHDORES DE EMPRESA COLETORA DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS. O estudo, tem como objetivo geral de avaliar o trabalho, capacidade para o trabalho e possíveis alterações no estilo e qualidade de vida de trabalhadores de uma empresa coletora de resíduos sólidos em município de Minas Gerais.

Saliento, que em nenhum momento da pesquisa, durante a divulgação dos resultados e publicação, será citado o nome da empresa.

Por favor, solicito-lhe a assinatura autorizando a realização da pesquisa.

Concordância

Eu Rodolfo Fernandino Cotta Padrão
CPF: 049 75 76 96-11 ,cargo: Engenheiro Coordenador autorizo a realização da pesquisa intitulada TRABALHO, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE EMPRESA COLETORA DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS.

Assinatura

Divinópolis, 15 de setembro 2014.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Flávia Mendes da Silva, sou enfermeira e pesquisadora. Gostaria de convidar você a participar de um estudo que pretendemos realizar, que tem o nome: Trabalho, estilo e qualidade de vida de trabalhadores de empresa coletora de resíduos sólidos em municipio de Minas Gerias. Este estudo tem como objetivo geral: avaliar o trabalho, capacidade para o trabalho e possíveis alterações no estilo e qualidade de vida de trabalhadores de uma empresa coletora de resíduos sólidos em município de Minas Gerais.

Ao participar da pesquisa você deverá responder a quatro questionários, sendo um sobre o aspecto socio econômico e demográfico; outro sobre o Índice de capacidade para o trabalho; outro sobre a qualidade de vida e, por fim, estilo de vida. Vale dizer que suas respostas serão arquivadas por um período de 5 anos e você poderá vê-las quando quiser. Após este período, os questionários serão destruídos. Em caso de despesas não previstas, decorrentes de sua participação neste estudo, será garantido o ressarcimento das mesmas.

Este estudo poderá trazer benefícios já que a partir dos resultados deste estudo, poderão ser praticadas ações de promoção à saúde de trabalhadores. Os riscos decorrentes de sua participação neste estudo são relacionados à possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder às perguntas da pesquisa ou à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para isso não ocorrer, você terá a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas sobre as perguntas a serem feitas a você antes de começar a responder aos questionários com a pesquisadora. Se não quiser dar continuidade, tem a liberdade de não participar do estudo. Deixo esclarecido que suas respostas serão confidenciais e anônimas. Portanto, mediante às medidas de prevenção adotadas, os riscos de sua participação neste estudo são considerados mínimos. Ainda, caso ocorra alguma despeza não prevista, será garantida a indenização e ressarcimento em relação aos mesmos. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Ressalto ainda que o seu nome não será visto em nenhum momento, pois os questionários serão identificados através de códigos. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos e publicados em revistas da área de enfermagem e saúde do trabalhador.

Cabe ressaltar que você poderá solicitar mais esclarecimentos a qualquer momento junto à pesquisadora responsável Flávia Mendes da Silva, pelo endereço:

Rua: Alvorada, nº 431, Apartamento 202, Bairro: Manoel Valinhas, CEP: 35500-288, Divinópolis – M.G. Telefone (37) 8812 6497/8822 8903. E-mail: flavia.mendes25@yahoo.com.br.

Você também poderá obter informações junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCO/UFSJ pelo endereço:

Rua: Sebastião Gonçalves Coelho, Bairro: Chanadour, CEP: 35501-296, Divinópolis – Minas Gerais. Tel: (37)3221-1580. Email: cepes_cco@ufsj.edu.br

Dessa maneira, se desejar participa dessa pesquisa, preencha seus dados abaixo.

Eu,..... após ter sido suficiente e devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a realização desta pesquisa, declaro que aceito participar da pesquisa em questão por livre vontade e não sofri nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data:___/____/_____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável. Todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas e a última assinada pelos participantes e pesquisador responsável. Os resultados deste estudo e o presente termo serão armazenados pela pesquisadora responsável por um período de 5 anos, conforme previsto na Res. CNS/MS 466/2012. Em caso de alterações no Indice de capacidade para o trabalho, os participantes serão informados em ambiente privativo sobre os resultados da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO QUALIDADE DE VIDA WHOQOL- Bref

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 como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

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 você está com a sua saúde	1	2	3	4	5

As questões sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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 insatisfeito nem satisfeito	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

ANEXO B - ESCALA ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO

Coloque um X na alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no mês passado. As explicações às questões que geram dúvidas encontram-se no final do questionário.

Quadro I - Questionário de estilo de vida Fantástico.

Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	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	Como uma dieta balanceada (ver explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e salgadinhos	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Estou no meu intervalo de __ Quilos do meu peso considerado saudável	Mais de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
Cigarros e Drogas	Fumo cigarro	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos
	Uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exageros	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nuca	Nunca
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas")	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	Minha ingestão por semana de média de álcool é: __ doses (ver explicação)	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Digiro após beber	Algumas vezes				Nunca
Sono, cinto de Segurança, estresse e sexo seguro						
	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Uso cinto de segurança	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia a dia	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Relaxo de desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Pratico sexo seguro (ver explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me com raiva e hostil	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca

Introspecção	Penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Sinto-me tenso e desapontado	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me triste e deprimido	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Estou satisfeito com meu trabalho e função	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CEPES CCO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS CENTRO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE EMPRESA COLETORA DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS.

Pesquisador: Flávia Mendes da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36543614.6.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 846.156

Data da Relatoria: 02/11/2014

Apresentação do Projeto:

O trabalho é visto como fundamental e com influência dentro do estilo e qualidade de vida das pessoas, visto que boa parte do dia estas dedicam-se as atividades laborais. Será realizado estudo quantitativo, transversal, não-experimental, correlacional e epidemiológico. Delineamentos transversais são apropriados para descrever situação, status do fenômeno ou relações entre fenômenos em um ponto fixo. Pesquisas não-experimentais visarão estudar relacionamentos entre variáveis. Estudo será realizado com trabalhadores que atuam na área de coleta e armazenamento do lixo urbano e hospitalar de um município de Minas Gerais. Espera-se conhecer realidade das condições de saúde, trabalho, estilo e qualidade de vida destes trabalhadores, para que após as análises de dados possa ser conduzido uma educação em saúde. Serão aplicados 4 instrumentos de coleta de dados: um para caracterizar perfil sócio, ecônomico e demográfico, um instrumento testado e validado para pesquisar capacidade destes trabalhadores para o trabalho, um instrumento para verificar qualidade de vida e um ultimo para avaliar o estilo de vida destes trabalhadores. Após a análise dos dados, será realizado uma educação em Saúde para orientações de promoção da saúde a cerca dos achados encontrados no trabalho realizado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar trabalho, capacidade para trabalho e possíveis alterações no estilo e

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br

qualidade de vida de trabalhadores de uma empresa coletora de resíduos sólidos em município de Minas Gerais.

Objetivo Secundário: Caracterizar perfil sócio econômico e demográfico dos trabalhadores; caracterizar estilo e qualidade de vida; avaliar capacidade para trabalho; identificar possíveis alterações de saúde; realizar educação em saúde sobre trabalho, estilo e
qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Ocorrência de constrangimento ou desconforto ao responderem às perguntas e à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Tais riscos serão minimizados por medidas de precaução, isto é, os questionários serão aplicados em local privativo, calmo, tranquilo e que transmita confiança aos participantes, os quais serão identificados através de letras e números, não sendo possível a associação nominal.

Benefícios: Estão relacionados ao fato de que após a realização deste estudo será possível obter subsídios que justifiquem maior atenção e promoção à saúde destes trabalhadores, principalmente no que se refere a programas voltados para melhoria da saúde, qualidade de
vida, de modo que os profissionais sintam-se motivados e desempenhem suas atividades com qualidade. Além disso, espera-se que o resultado deste estudo possa estimular pesquisas futuras na área, uma vez que a literatura científica é escassa nesta temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Hipótese: Perda da capacidade para trabalho está relacionada a fatores associados ao estilo e a qualidade de vida do trabalhador; trabalho desenvolvido com resíduos sólidos pode gerar algum tipo de alteração na saúde do trabalhador.

Metodologia Proposta: Trabalhadores serão abordados pela pesquisadora no momento em que estes registrarem o ponto de início da jornada de trabalho na sede da empresa. Após o piloto e adequações, farse -á a coleta de dados propriamente ditos. Neste momento serão convidados de acordo com sua equipe de trabalho (em grupos de 3 ou 04 colaboradores) em uma sala reservada para apresentação da pesquisa e leitura dos objetivos propostos para a mesma, além da apresentação do instrumento de coleta de dados e do TCLE, com a finalidade de sanar as dúvidas junto aos profissionais do serviço e iniciar a coleta de dados.

Critério de Inclusão: Idade entre 18 e 60 anos de ambos os sexos; Ser alfabetizado.

Análise de Dados: Dados serão tabulados eletronicamente via Excel, com dupla digitação para validação dos dados. Análises estatísticas serão desenvolvidas via SPSS 21.0. Para descrever perfil da amostra serão elaboradas tabelas de frequências das variáveis categóricas e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo) e análises estatísticas uni e bivariadas. A consistência interna será avaliada por meio do alfa de Cronbach, usado para medir a confiabilidade de um questionário (sócio econômico demográfico). O teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov será realizado para a verificação da normalidade de distribuição nas respostas, grupo de trabalhadores for menor que 30. Será realizado o teste estatístico paramétrico t de "Student", quando os grupos a serem analisados forem maior que 30; Qui-quadrado de Person será utilizado para testar a homogeneidade das proporções de respostas, dentre outros.

Desfecho Primário: Torna-se relevante estudar o perfil desses trabalhadores em relação às suas condições de trabalho, saúde, qualidade e estilo de vida e se há ou não alterações na sua saúde. Através desta investigação, espera-se propor prioridades e estratégias no planejamento e implementação de ações multi e interdisciplinares efetivas no que tange a saúde desses trabalhadores. São poucos os estudos publicados em que haja um Enfoque a
este trabalhador e a importância da enfermagem nesse processo. Assim, acredita-se que os resultados dessa investigação possa propiciar avanços ao conhecimento sobre o tema para comunidade acadêmica e população em geral. Além de contribuir para o alcance de conhecimentos na comunidade estudada a partir da educação em saúde a ser realizada. Estes trabalhadores poderão, assim, utilizar os conhecimentos adquiridos em seu cotidiano para melhorar sua qualidade de vida e saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos OK.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado após readequações que foram realizadas em virtude do parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS CENTRO

Continuação do Parecer: 846.156

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

DIVINOPOLIS, 27 de Outubro de 2014

Assinado por:
JULIANO TEIXEIRA MORAES
(Coordenador)

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br