



TATIANA GIOVANELLI VEDOVATO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E CAPACIDADE
PARA O TRABALHO DE MULHERES
TRABALHADORAS DE UMA CENTRAL DE
ABASTECIMENTO**

CAMPINAS

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TATIANA GIOVANELLI VEDOVATO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE
MULHERES TRABALHADORAS DE UMA CENTRAL DE
ABASTECIMENTO**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA TATIANA GIOVANELLI VEDOVATO
E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO.**

Assinatura do(a) Orientador(a)

CAMPINAS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

V515p Vedovato, Tatiana Giovanelli, 1975-
Promoção da saúde e capacidade para o trabalho de
mulheres trabalhadoras de uma central de
abastecimento / Tatiana Giovanelli Vedovato. --
Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Maria Inês Monteiro.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Mulheres. 2. Avaliação da capacidade de
trabalho. 3. Saúde do trabalhador. 4. Estudos de
intervenção. 5. Promoção da saúde. I. Monteiro, Maria
Inês, 1957-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Health promotion and work ability for women workers of a central supply.

Palavras-chave em inglês:

Women

Work capacity evaluation

Occupational health

Intervention studies

Health promotion

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Enfermagem

Banca examinadora:

Maria Inês Monteiro [Orientador]

Emília Luigia Saporiti Angerami

Frida Marina Fischer

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Aparecida Maria Iguti

Data da defesa: 04-12-2012

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

TATIANA GIOVANELLI VEDOVATO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA INÊS MONTEIRO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA INÊS MONTEIRO



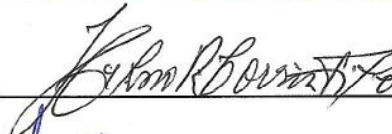
2. PROF(A). DR(A). EMILIA LUGIA SAVORITI ANGERAMI



3. PROF(A). DR(A). FRIDA MARINA FISCHER



4. PROF(A). DR(A). HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO



5. PROF(A). DR(A). APARECIDA MARI IGUTI



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 04 de dezembro de 2012

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por sempre me guiar.

Ao meu marido, Luís Renato, e aos meus filhos, Paulo Vinícius e Clara, pelo carinho e compreensão que sempre tiveram comigo nesta etapa de minha vida profissional.

Aos meus familiares em geral o meu eterno agradecimento por sempre torcerem pelo meu sucesso.

À minha orientadora Profa. Dra. Inês Monteiro, pela sua amizade desde minha época de graduação e o seu incentivo, orientação, disponibilidade e generosidade para me ajudar nesta pesquisa de doutorado.

Agradecimento especial para a companheira de doutorado Valéria Masson - sua amizade foi algo valioso nesta jornada.

A todos as mulheres que trabalhavam na Ceasa Campinas, sujeitos desta pesquisa e que aceitaram participar de todas as etapas deste estudo e que muito contribuíram para tornar real este projeto.

A coordenadora Cristina e demais profissionais da saúde do Ambulatório Médico da Ceasa Campinas agradeço por sempre me tratarem com respeito e profissionalismo durante o período em que fiz parte da rotina de trabalho deles.

Aos estatísticos Cleide e Helymar do Serviço de estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, e Henrique, da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP, agradeço pela atenção e contribuição na análise estatística desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela bolsa de doutorado desde agosto de 2009.

E a todos meus amigos e amigas ou pessoas que conheci nessa jornada de estudo e trabalho e que de alguma forma contribuíram ou simplesmente me apoiaram e incentivaram para a realização deste trabalho.

Meu muito obrigada!!!

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade para o trabalho, aspectos de saúde e condições de trabalho para intervir, por meio da promoção da saúde, de mulheres que atuavam na Central de Abastecimento Hortifrutigranjeiro de Campinas, São Paulo. Trata-se de um estudo de intervenção de delineamento quase-experimental, realizado com amostra intencional de 48 mulheres, que atuavam em diversas empresas e na administração da Ceasa Campinas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas pré e pós-intervenção e a intervenção ocorreu por meio de orientações e distribuição de 'folders' às mulheres participantes, no local de trabalho. Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário com dados sociodemográficos, estilo de vida e aspectos de saúde e trabalho, Índice de Capacidade para o Trabalho, Questionário de fadiga, Escala de Sonolência de Epworth, Escala de Karolinska e Análise Ergonômica do Trabalho. A análise dos dados foi realizada por meio de testes estatísticos pelo programa SAS e o nível de significância considerado nesta análise foi de 5%. A maioria das mulheres era casada, com filhos, boa escolaridade, com ensino médio completo e média de idade de 40 anos. A dupla jornada de trabalho estava presente para a maioria delas. Quanto ao estilo de vida apresentavam tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e sedentarismo. O aspecto de saúde que mais interferiu na diminuição da capacidade para o trabalho das mulheres na pré e pós-intervenção foi 'sentir dor em algum local do corpo', tanto há seis meses, como na última semana. As análises das atividades do trabalho do subgrupo de quatro mulheres mostraram presença de demanda física com movimentos repetitivos e posições inadequadas: trabalhar em pé, sentada, curvada, agachada por muitas horas seguidas. Todas as intervenções com orientações para alimentação

saudável, alongamento, importância do sono e relaxamento foram aceitas pelas trabalhadoras, no entanto, não apresentaram efetividade, pois, não ocorreu diferença estatística significativa na comparação entre a pré e pós-intervenção da capacidade para o trabalho, percepção de fadiga, estresse, aspectos de saúde, principalmente da dor, estresse, índice de massa corporal e prática de atividade física. Concluiu-se que a realização deste estudo foi importante por se tratar de um dos primeiros estudos com intervenção realizado na Ceasa Campinas e os resultados mostraram que existe necessidade de dar continuidade às intervenções, visando à manutenção da capacidade para o trabalho, dos aspectos de saúde e condições de trabalho destas mulheres no decorrer dos anos de trabalho neste local.

Palavras-chave: Mulheres, Avaliação da Capacidade de Trabalho, Saúde do Trabalhador, Estudos de Intervenção, Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Trabalho, Saúde e Educação.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the work ability, health aspects and working conditions in order to act through health promotion with women who worked in the Central Supply of Campinas, São Paulo. This is an intervention study of quasi-experimental design that was conducted with a convenience sample of 48 women, who worked in several companies and in the administration of Ceasa Campinas. The data collection was conducted through interviews pre and post-intervention and the intervention occurred through orientation and distribution of flyers to women participating in the workplace. We used the following instruments: a questionnaire about socio-demographic, lifestyle and health aspects and working, Work Ability Index, Fatigue Questionnaire, Epworth Sleepiness Scale, Scale Karolinska and Ergonomic Work Analysis. The data analysis was performed using the software SAS for statistical tests and the level of significance in this analysis was 5%. Most women were married, with children, good educational level, with high school and a mean age of 40 years. A double shift was present for most of them. Regarding the lifestyle, they presented smoking, alcohol intake and sedentariness. The health aspect that most interfered in reducing the ability of women to work in pre and post-intervention was 'feeling pain in some part of the body', both in the past six months as well as in the last week. The analysis of the activities of the work of subgroups of four women showed the presence of physical demand with repetitive movements and awkward positions: work standing, sitting, bending, and squatting for long hours. All interventions with guidelines for healthy eating, stretching, importance of sleep and relaxation were accepted by the women, however, they showed no effectiveness since no statistically significant differences were observed when comparing the pre and post-

intervention for work ability, perception of fatigue, stress, health issues, especially pain, stress, body mass index and physical activity. Nevertheless, it was concluded that this study was important because it was one of the first intervention studies conducted in Campinas Ceasa and the results showed that there is a need to continue the interventions aiming the maintainance of work ability, health aspects and working conditions of these women over the years of working on this site.

Keywords: Women, Work Capacity Evaluation, Occupational Health, Intervention Studies, Health Promotion

Research line: Work, Health and Education.

Lista de Abreviaturas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEASA – Central de Abastecimento de Campinas

DORT – Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho

DP – Desvio Padrão

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESS – Escala de Sonolência de Epworth

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

GP1 – Galpão Permanente 1

GP2 – Galpão Permanente 2

GP3 – Galpão Permanente 3

GP4 – Galpão Permanente 4

GPs – Galpões Permanentes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

IMC – Índice de Massa Corporal

ML1 – Mercado Livre 1

ML 2 – Mercado Livre 2

MLC – Mercado Livre Central

MLs – Mercados Livres

ML4 – Mercado Livre 4

QSETES – Questionário com Dados Sociodemográficos, Estilo de Vida, Trabalho e Aspectos de Saúde e Riscos Ocupacionais

SAS – Statistical Analysis System

SE – Sonolência Excessiva

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

Lista de Tabelas

Tabela 4.1	Distribuição das mulheres segundo faixa etária, estado civil, número de filhos e escolaridade. Campinas, 2012 (n=48).....	89
Tabela 4.2	Distribuição das mulheres pelo hábito de fumar, ingerir bebida alcoólica, praticar atividade física, índice de massa corpórea (IMC) e presença de dor nos últimos 6 meses e na última semana. Campinas, 2012 (n=48).....	91
Tabela 4.3	Comparação da idade com variáveis sociodemográficas e aspectos de saúde de mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).....	92
Tabela 4.4	Descrição de algumas variáveis numéricas relacionadas ao trabalho de mulheres da Ceasa Campinas, 2012 (n=48).....	93
Tabela 4.5	Distribuição das mulheres segundo exposição aos fatores de risco no trabalho. Campinas, 2012 (n=48).....	94
Tabela 4.6	Distribuição das mulheres em número e porcentagem, segundo o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Campinas, 2012 (n=48).....	95
Tabela 4.7	Descrição das médias das pontuações das variáveis nominais que as mulheres responderam nos questionários. Campinas, 2012 (n=48).....	99
Tabela 4.8	Comparação de algumas variáveis nominais independentes com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).....	100
Tabela 4.9	Comparação das variáveis idade e estresse com Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) categorizado (<44 e ≥44) das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).....	101

Tabela 4.10	Associação de algumas variáveis nominais independentes com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) categorizado (<44 e ≥44) das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).....	102
Tabela 4.11	Comparação de algumas variáveis com a médias de pontuação da fadiga das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).....	103
Tabela 4.12	Correlação da pontuação do ICT com idade, Estresse, Epworth, tempo de empresa e Karolinska das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.....	104
Tabela 4.13	Correlação do escore de Fadiga com idade, Estresse, Epworth, tempo de empresa e Karolinska das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.....	105
Tabela 4.14	Modelo de regressão com o ICT como variável dependente.....	106
Tabela 4.15	Modelo de regressão com a Fadiga como variável dependente.....	107
Tabela 4.16	Regressão logística múltipla na pré-intervenção para algumas variáveis sociodemográficas e aspectos de saúde que poderiam diminuir o ICT das trabalhadoras da Ceasa. Campinas, 2012 (n=48).....	109
Tabela 4.17	Regressão logística múltipla na pré-intervenção para algumas variáveis sociodemográficas e aspectos de saúde que poderiam aumentar a Fadiga das trabalhadoras da Ceasa. Campinas, 2012 (n=48).....	110
Tabela 4.18	Comparações das variáveis numéricas entre o grupo de oito (perda) e das 40 mulheres que participaram da pré e pós-intervenção. (n=40).....	112
Tabela 4.19	Comparações das variáveis numéricas entre pré e pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).....	114
Tabela 4.20	Associações das variáveis categóricas entre pré e pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).....	115
Tabela 4.21	Análise comparativa entre o ICT e variáveis nominais na pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).....	117
Tabela 4.22	Associações de variáveis nominais com o ICT categorizado (<44 e ≥44) na pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).....	118
Tabela 4.23	Correlação da pontuação do ICT pós-intervenção com idade, horas de sono, peso, IMC, estresse, Epworth e Karolinska das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).....	119

Tabela 4.24	Análise de regressão linear univariada para o escore do ICT na pós-intervenção das mulheres que trabalhavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).....	121
Tabela 4.25	Análise de regressão linear multivariada para o escore do ICT na pós-intervenção das mulheres que trabalhavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).....	122

Lista de Figuras

Figura 3.1	Delineamento do estudo de intervenção com mulheres.....	48
Figura 3.2	Mercado Livre da Ceasa Campinas, 2008.....	54
Figura 3.3	Galpão Permanente da Ceasa Campinas, 2008.....	55
Quadro 3.1	Índice de Capacidade para o Trabalho.....	59
Figura 3.4	Pôster afixado em biombo e os 'folders'. Campinas, 2011.....	77
Figura 3.5	Pesquisadora orientando trabalhador no MLC. Campinas, 2011.....	77
Figura 3.6	Pesquisadora ao lado do pôster no ML2. Campinas, 2011.....	78
Figura 3.7	Pesquisadora orientando trabalhadora no MLC. Campinas, 2011.....	78
Figura 3.8	Local de intervenção no ML4. Campinas, 2011.....	79
Figura 3.9	Duas pesquisadoras orientando trabalhadora no ML4. Campinas, 2011..	79
Figura 4.1	Porcentagem de doenças por diagnóstico médico e na opinião das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.....	97
Quadro 4.1	Modelo provável da pré-intervenção com mulheres.....	107
Figura 4.2	Análise das características dos objetos de trabalho do subgrupo de quatro mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.....	124
Figura 4.3	Análise das exigências no trabalho do subgrupo de quatro mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.....	125
Figura 4.4	Análise das tarefas realizadas no trabalho do subgrupo de quatro mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.....	126
Figura 4.5	Análise do local de trabalho do subgrupo de quatro mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.....	128

Sumário

Agradecimentos.....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Lista de Abreviaturas.....	xiii
Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Figuras.....	xix
Apresentação.....	25
1 Introdução.....	29
1.1 Sobre gênero e a mulher no mercado de trabalho nacional.....	31
1.2 Capacidade para o trabalho.....	35
1.3 Promoção da saúde.....	39
1.4 Ambulatório Médico da Ceasa Campinas.....	41
1.5 Definição do problema.....	43
2 Objetivos.....	45
2.1 Objetivo geral.....	45
2.2 Objetivos específicos.....	45
3 Métodos.....	47
3.1 Descrição dos locais da pesquisa	53
3.2 Participantes da pesquisa.....	57

3.3 Instrumentos para o questionário pré-intervenção.....	59
3.3.1 Análise das atividades de trabalho em subgrupo de mulheres.....	65
3.4 Construindo a intervenção para Ceasa Campinas.....	67
3.5 Instrumentos para o questionário pós-intervenção.....	69
3.6 Como foi a intervenção.....	71
3.7 Entrevistas pós-intervenção.....	81
3.8 Análise estatística.....	83
3.9 Aspectos éticos.....	85
4 Resultados.....	87
4.1 Características dos aspectos gerais do trabalho.....	87
4.2 Dados sociodemográficos, aspectos de saúde e trabalho das mulheres na pré-intervenção.....	89
4.3 Dados da capacidade para o trabalho (ICT), estresse, sonolência e fadiga das mulheres na pré-intervenção.....	95
4.4 Comparações entre pré e pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas.....	111
4.5 Análises das atividades do trabalho em subgrupo de quatro mulheres.....	123
5 Discussão.....	129
5.1 Limitações do estudo.....	141
6 Conclusões.....	143
7 Referências.....	145
Anexos.....	161
Anexo 1 – Questionário sociodemográfico e estilo de vida.....	163
Anexo 2 – Índice de Capacidade para o Trabalho.....	165
Anexo 3 – Escalas de sonolências Karolinska e Epworth.....	167

Anexo 4 – Questionário de Fadiga.....	168
Anexo 5 – Questionário usado somente na pós-intervenção.....	169
Anexo 6 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	171
Apêndices.....	173
Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	175
Apêndice 2 – Dormir bem é fundamental à saúde.....	177

Apresentação

Meu primeiro contato com a Central de Abastecimento de Hortifrutigranjeiros de Campinas – Ceasa foi no segundo semestre de 2005, quando atuei como estagiária do Programa Estágio Docente (PED), na disciplina Saúde do Trabalhador, ministrado pela Profa. Dra. Inês Monteiro, que na época, era minha orientadora do mestrado. No mestrado estudei os fatores associados à capacidade para o trabalho dos professores de escolas estaduais de duas cidades do interior de São Paulo.

Desde 2005, sou membro do “Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho”, coordenado pela Profa. Dra. Inês. Terminei o mestrado em 2007 e continuei a participar deste grupo, tendo sido convidada pela professora Inês, neste mesmo ano, a participar de uma coleta de dados com trabalhadores da Ceasa, tendo em vista, o Projeto de Pesquisa em Políticas Públicas apoiado pela FAPESP – Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo e coordenado por ela. Este projeto interdisciplinar visava conhecer o perfil sociodemográfico dos trabalhadores que atuavam na Ceasa Campinas, o estilo de vida e suas condições de trabalho e saúde visando desenvolver mecanismos que viabilizassem a formulação e implementação de políticas públicas de saúde do trabalhador, em serviço público de saúde.

Na Ceasa Campinas existe um Ambulatório Médico, serviço de saúde mantido pela prefeitura do município, com o qual a Profa. Dra. Inês juntamente com alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem mantêm parceria desde 2000.

Durante a coleta de dados para a pesquisa de políticas públicas da FAPESP coordenada pela professora Inês, interessou-me estudar as condições de trabalho e saúde de mulheres que atuavam nas empresas que se situavam dentro da Ceasa Campinas, porque observei, por exemplo, que muitas possuíam dores pelo corpo enquanto trabalhavam e também relatavam que o trabalho na Ceasa era estressante e que realizar intervenção no local de trabalho poderia amenizar alguns destes problemas de saúde.

A minha proposta de pesquisa para o doutorado é conhecer o trabalho de mulheres que atuavam na Ceasa, identificando possíveis aspectos de saúde, estilo de vida e condições de trabalho que poderiam estar interferindo na capacidade para o trabalho delas e propor intervenções possíveis de serem realizadas no local de trabalho.

Assim, em 2009 iniciei o doutorado tendo como orientadora a Profa. Dra. Inês Monteiro.

A tese está estruturada em vários capítulos e alguns deles apresentam tópicos. A estrutura está descrita a seguir:

A introdução está dividida em tópicos: sobre gênero e a mulher no mercado de trabalho nacional, no qual conceituo gênero e apresento informações sobre o trabalho das mulheres no contexto brasileiro; capacidade para o trabalho, no qual descrevo o conceito de capacidade para o trabalho e sua importância para promoção da saúde com artigos internacionais sobre esta temática; definição da promoção da saúde; e apresento o Ambulatório Médico da Ceasa Campinas. Termina, com a definição do problema e perguntas norteadoras desta pesquisa.

Em seguida, apresento objetivos geral e específicos.

No capítulo métodos, são descritos: tipo de estudo realizado; local da pesquisa; participantes; instrumentos de coleta de dados utilizados na pré e pós-intervenção; descrição do processo de intervenção e a análise das atividades do trabalho das mulheres. Também constam neste capítulo as análises estatísticas utilizadas e aspectos éticos do estudo.

Os resultados são analisados por meio de testes estatísticos e se apresentam de maneira descritiva em tabelas e figuras.

Na discussão, os achados da pesquisa são confrontados com o referencial teórico, relacionando-os com outros estudos semelhantes nacionais e internacionais e as limitações deste estudo.

Na conclusão os objetivos propostos são retomados mostrando as condições encontradas, validade da intervenção e importância da continuidade deste estudo de intervenção.

Introdução

Este estudo sobre mulheres que atuam na Ceasa Campinas, suas condições de trabalho e saúde integra o “Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho” formado em 1998 e coordenado pela Profa. Dra. Inês Monteiro, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, e que possui atualmente banco de dados com mais de seis mil trabalhadores entrevistados, de diferentes ramos produtivos: trabalhadores de empresa de tecnologia da informação (1,2); trabalhadores terceirizados de serviço de limpeza hospitalar (3); trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário (4); metalúrgicos de uma cidade do interior paulista (5); trabalhadores da indústria farmacêutica (6); trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar (7); professores de escolas públicas estaduais (8); trabalhadores rurais de flores e plantas (9); motoristas de caminhões que fazem rotas longas e curtas na Ceasa Campinas (10) e profissionais de um serviço de atendimento móvel de urgência (11).

Nestas pesquisas citadas foram caracterizadas e avaliadas as condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores em relação à capacidade para o trabalho e envelhecimento funcional.

Para construção desta tese tornou-se necessário pesquisar para embasá-la teoricamente em alguns tópicos que passam, com escopo introdutório, a ser aqui descritos.

1.1 Sobre gênero e a mulher no mercado de trabalho nacional

A palavra gênero surgiu em 1970, em estudos feministas anglo-saxões, e o termo *gender*, como foi primeiramente chamado por estas feministas inglesas, tentava ampliar a existência das diferenças entre mulheres e homens (12). “O que algumas delas passariam a argumentar é o que são os modos pelos quais determinadas características femininas e masculinas são representadas como mais ou menos valorizadas, as formas pelas quais se distingue feminino de masculino...”(12).

Por esta definição entendeu-se que conceituar gênero extrapolava a esfera anatômica e biológica para avançar no âmbito do social e cultural; assim, o conceito de gênero baseou-se além das características definidoras sexuais dos seres humanos, adentrando no âmbito social dos papéis vivenciados pelos indivíduos (13).

Entende-se, de maneira geral, que gênero perpassa a simples diferença sexual entre os seres humanos indo além, inserindo-se no contexto social, no qual, os indivíduos apresentam características majoritariamente pertencentes ao universo feminino e/ou ao masculino (12,13).

As diferenças entre os gêneros, cada vez mais, são estudadas e discutidas em diferentes sociedades. Na brasileira, especificamente, os estudos sobre a mulher e os de gênero tornaram-se cada vez mais evidentes a partir de 1990, destacando as relações sociais agregadas na percepção entre os sexos e assim, contribuindo para ampliar o entendimento do processo saúde-doença-cuidado sob a ótica do feminino (14).

A preocupação em relacionar o trabalho com a saúde e as questões de gênero, incorporando a noção de condição de saúde dos trabalhadores como resultante da interseção entre o trabalho e a vida em sociedade (15) mantém-se na atualidade.

A saúde pode ser expressa por meio da condição social, cultural, econômica e política da coletividade, e que qualquer trabalho desempenhado, principalmente por mulheres, além de possuir destaque na sociedade, pode muitas vezes contribuir para o adoecimento e um dos fatores de maior impacto em relação à saúde da mulher, é a posição ocupada no processo de produção, ou seja, a função que desempenha e o local de trabalho que ocupa.

Além disso, “... a utilização da perspectiva de gênero pode ser vista como práxis norteadora da atenção à saúde, transformando a visão sobre a realidade e as intervenções para superar suas contradições” (16).

Existe interesse em se estudar as diferenças em saúde e trabalho entre homens e mulheres, no entanto, os estudos nacionais sobre gênero, saúde e trabalho no Brasil concentram-se nos temas: reprodução e contracepção; violência de gênero; sexualidade e saúde, com ênfase nas doenças sexualmente transmissíveis (DST)/Aids; trabalho e saúde, incluindo trabalho doméstico e trabalho noturno, porém existem temas emergentes como os estudos de intervenção focados no gênero, saúde e trabalho das mulheres que ainda são pouco explorados pelas pesquisas científicas nacionais (17).

A Pesquisa Mensal de Emprego – PME do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE (18) mostrou em 2011, que as mulheres eram maioria da população de 10 anos ou mais de idade (53,7%), contudo, correspondia a 45,4% da população ocupada no Brasil. A presença feminina também era majoritária (57,9%) na população desocupada e na população não economicamente ativa (63,9%).

Alguns locais no mercado de trabalho brasileiro nos quais as mulheres possuem maiores oportunidades de empregos são: prestação de serviços, agropecuária, setor social como os serviços de saúde, educacionais e sociais, comércio de mercadorias e indústria (19).

Segundo dados relativos ao mercado de trabalho das mulheres brasileiras em atividades econômicas, em 2011, 22,6% atuavam na administração pública, educação, defesa, segurança e saúde; 17,5% no comércio; 14,9% nos serviços prestados à empresa; 14,5% nos serviços domésticos; 13% na indústria; 1% na construção e 16,2% em outros serviços e/ou outras atividades (18).

A participação feminina no mercado de trabalho brasileiro está se ampliando, o que poderia ter contribuído para isto, foi redução da taxa de fecundidade no país, emancipação econômica, busca por realização profissional e elevada escolaridade das mulheres, além do fato, de precisarem manter o sustento da família, especialmente, em casos de desemprego ou mesmo ausência do cônjuge (20).

Via de regra, as mulheres quando inseridas no mercado de trabalho exercem mais de uma jornada de trabalho, tanto no processo de reprodução econômica como no trabalho domiciliar, o que configura mais uma desigualdade entre os gêneros (21), pois afazeres domésticos e cuidados com os filhos, principalmente os pequenos é pouco reconhecido, não remunerado e ocupa tempo e dedicação.

A cidadania das mulheres e a igualdade de gêneros no universo do trabalho somente poderão ser eficazes, se mudanças ocorrerem na divisão sexual do trabalho doméstico, isto contribuirá para concretizar a efetiva igualdade social e sexual (22).

A proporção de mulheres no mercado de trabalho formal, com carteira de trabalho assinada, aumenta na medida em que elas estão mais escolarizadas, pois em 2011, as brasileiras com ensino superior completo eram maioria (58,8%) da população, isto significava que neste ano, mulheres com nível superior completo estavam inseridas em 52% do total dos vínculos empregatícios do país (23). Estes dados são relevantes, pois demonstram que a participação feminina no emprego formal insere-se em estratos de escolaridade mais elevados o que pode ser um indicador positivo de maior grau de educação entre as mulheres.

Existem tendências de contrastes no mercado de trabalho das mulheres brasileiras, pois, o aumento da participação feminina em profissões de prestígio por parte das mais escolarizadas, é acompanhado também pelo elevado desemprego e má qualidade de emprego em atividades informais e precárias por mulheres com menor grau de instrução (19).

No Brasil, o rendimento do trabalho feminino ainda é acompanhado pela remuneração inferior ao trabalho masculino, embora as mulheres tenham ampliado sua participação no mercado de trabalho e acumulado mais anos de estudos, ainda assim, receberam remuneração, em 2011, de somente 70,4% do rendimento médio dos homens, cerca de R\$ 997,00 de rendimento médio mensal em reais (24).

De maneira geral, as mulheres mantêm-se empobrecidas, ocupando espaços de trabalho, muitas vezes, precários ou com contrato por tempo determinado, além de apresentarem mais adoecimento e desemprego (22).

1.2 Capacidade para o trabalho

No início de 1980, o Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional apresentou o conceito de capacidade para o trabalho com intenção de prolongar a vida útil dos trabalhadores, principalmente dos idosos na ativa (25).

De acordo com Ilmarinen (26) a capacidade para o trabalho é construída sobre o equilíbrio entre os recursos humanos e as exigências do trabalho. Os recursos humanos são descritos por capacidades de saúde e funcionais (física, mental, social); educação e competência; valores e atitudes, e motivação. Estes recursos humanos quando se relacionam com exigências do trabalho (físico e mental); comunidade de trabalho e de gestão, e local do trabalho, resulta na capacidade para o trabalho.

O conceito de capacidade para o trabalho é um processo dinâmico, que muda, por diversas razões ao longo da vida do trabalhador. O principal fator de mudança é o envelhecimento do trabalhador no local de trabalho, o qual tende a levar a diminuição da capacidade para o trabalho devido aos seus efeitos sobre os recursos humanos (27).

O grupo multidisciplinar finlandês desenvolveu e validou o instrumento Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que foi aplicado em vários setores produtivos da Finlândia (28). Diversas pesquisas demonstraram que os fatores relacionados à gestão, ergonomia e estilos de vida explicavam tanto o declínio como a melhoria da capacidade para o trabalho durante o envelhecimento. Atualmente, o instrumento ICT já foi traduzido e está disponível em 26 países (28).

O ICT possui grande valia para pesquisas nacionais, contudo seu uso não deve ser banalizado como medida de seleção ou exclusão dos trabalhadores, tal prática fere os aspectos éticos.

O Índice de Capacidade para o Trabalho é um questionário muito utilizado em pesquisa sobre a saúde do trabalhador porque avalia a capacidade de cada trabalhador por estar associado com características individuais, estilo de vida, exigências no trabalho e condição física (29).

Em revisão sistemática sobre os efeitos dos fatores individuais e do trabalho relacionados com a capacidade para o trabalho, os autores (30), concluíram que os fatores mais associados à diminuição da capacidade para o trabalho foram: falta de lazer, falta de atividade física, presença de dor musculoesquelética, idade avançada, obesidade, alta demanda do trabalho mental, falta de autonomia, local de trabalho físico inadequado e elevada carga de trabalho físico.

Por possuir esta natureza multifatorial este instrumento deve ser levado em consideração em programas de promoção da saúde voltados para a melhoria e manutenção da saúde dos trabalhadores.

Pesquisas no exterior, sobretudo em países como Finlândia, Suécia, Dinamarca, entre outros, já possuem a temática capacidade para o trabalho aliada com promoção da saúde por meio de alguma intervenção no local de trabalho. Trata-se de estudos de acompanhamento por longos períodos no tempo (31-34).

Estudo realizado na Finlândia (31,32) com 100 mulheres trabalhadoras de 85 cozinhas de escolas municipais avaliou a capacidade para o trabalho por meio da promoção da saúde e realizou intervenção no processo de trabalho das participantes, com formação de grupos nos quais foram discutidas questões específicas sobre o processo de trabalho delas. As intervenções melhoraram a organização do trabalho destas mulheres e foram realizadas no próprio local enquanto estavam trabalhando.

Um estudo prospectivo (33) de nove meses foi projetado com o objetivo de avaliar os efeitos da capacidade para o trabalho e duas intervenções de promoção da saúde no local de trabalho, sendo uma com orientações de padrões de atividade física e de auto reflexão sobre a vida (n=21) e outra com atividades educativas em ergonomia (n=21), ambas as intervenções eram para mulheres com sintomas musculoesqueléticos, trabalhadoras do setor público da Suécia.

As duas intervenções mostraram efeitos positivos em mulheres com sintomas musculoesqueléticos, além disso, as participantes da intervenção com orientações tiveram efeitos positivos na capacidade para o trabalho percebida e as que participaram das atividades educativas em ergonomia apresentaram melhora na capacidade para o trabalho no futuro e utilizaram mais estratégias de enfrentamento da dor.

Outro estudo (34) avaliou o efeito de diferentes intervenções de atividade física para a região cervical e ombros juntamente com a capacidade para o trabalho de trabalhadores de escritórios de ambos os sexos na Dinamarca e concluiu, após um ano de intervenção, ocorreu redução estatisticamente significativa para os problemas musculoesqueléticos dos participantes.

Em outro estudo (35) que não utilizou a capacidade para o trabalho, mas avaliou a eficácia de um programa de intervenção para trabalhadores que usavam computador e que possuíam ou não sintomas dolorosos em membros superiores e região cervical. Este programa foi desenvolvido pelo serviço de saúde ocupacional na Holanda por um período de 12 meses. Participaram mais de 1000 trabalhadores que foram avaliados antes e após a intervenção e os resultados mostraram que não houve diferenças entre homens e mulheres quanto à eficácia da intervenção e que a maior significância foi a diminuição de posturas e movimentos inadequados que poderiam afetar a saúde destes trabalhadores no local de trabalho.

Existem nos países europeus diversos fatores, principalmente, com referência a gestão econômica e industrial, e as esferas sociais e demográficas que contribuem para a globalização das finanças e do comércio, aumento da terceirização nas indústrias, conhecimento cada vez maior sobre o trabalho, flexibilização e envelhecimento da população ativa, e que de certa maneira, estão interligados ao desenvolvimento de pesquisas voltadas para a saúde dos trabalhadores bem como de promoção da saúde nos locais de trabalho (36).

De modo geral, as pesquisas internacionais com intervenção visam à promoção da saúde nos locais de trabalho.

1.3 Promoção da saúde

As questões relacionadas à promoção da saúde também fazem parte do contexto brasileiro e os pesquisadores, políticos e pensadores estão se empenhando para que ocorra cada vez mais implementação de intervenções possíveis que possam amenizar as adversidades encontradas pela população no local em que vivem e trabalham (37).

Segundo Buss (38), “a promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século”. Há uma preocupação com a saúde da população mundial e a mesma deve ser preservada a fim de promover a qualidade de vida.

Um documento considerado como marco para divulgação do termo ‘Promoção da Saúde’ surgiu no Canadá em 1974 - “A New Perspective on the Health of Canadians” (39), também conhecido como “Informe Lalonde”, devido à autoria do ministro da saúde canadense da época, Marc Lalonde. Este documento oficial da promoção da saúde conceituou com inovação “campo da saúde” e “determinantes de saúde” (39). Esta abordagem conceitual dividiu-se em quatro pilares: biologia humana, referente à composição genética e funcional do ser humano; ambiente, também denominado como local pertencente à natureza e sociedade; estilo de vida, que aborda o comportamento de cada pessoa em relação a sua própria saúde e a organização da assistência à saúde presente em cada país (38-40).

Segundo Buss (38), o “Informe Lalonde”:

...concluiu que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentravam-se na organização da assistência médica. No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida.

Assim, mudanças conceituais na saúde paulatinamente concluíram que todas as pessoas têm direito à saúde e que governantes têm deveres a cumprir para saúde.

Em 1986, em Ottawa, Canadá, realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou a “Carta de Ottawa” (41), que se tornou a referência mundial para divulgação das ideias fundamentais de promoção da saúde.

Por esta conferência foram propostos cinco campos centrais para a promoção da saúde: “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades individuais e reorientação do sistema de saúde” (38). Nessa perspectiva pode-se incluir a promoção da saúde dos trabalhadores no local de trabalho como uma extensão das propostas da Carta de Ottawa.

A promoção da saúde como prática no local de trabalho pode ser realizada por meio das intervenções e a prática educativa em saúde deve ser entendida como uma forma de se intervir junto aos trabalhadores.

Práticas educativas voltadas para questões de saúde e trabalho são essenciais para a melhoria da saúde do trabalhador.

As práticas educativas em saúde podem ser desenvolvidas no local de trabalho para proporcionar condições propícias de acumulação de conhecimentos pelo trabalhador, possibilitando a ele autonomia para intervir nos problemas decorrentes de seu processo de trabalho, mantendo a qualidade de vida e prevenindo danos à saúde (42).

As condições de vida e trabalho nem sempre são favoráveis a saúde dos trabalhadores, e todo estudo que se propõe a realizar intervenções visando à promoção da saúde no local de trabalho possui relevância social e pode beneficiar o trabalhador.

1.4 Ambulatório Médico da Ceasa Campinas

A Central de Abastecimento de Campinas (Ceasa) possui um Ambulatório Médico desde 1985 (43) que pertence à prefeitura do município e atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sendo referência em atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, incluindo vacinação e distribuição de medicamentos, para a população trabalhadora e que circula por este local.

A presença do Ambulatório Médico na Ceasa Campinas pretende garantir atendimento e resolução dos problemas de saúde da população que ali trabalha ou circula, no entanto, são necessários esforços preventivos para doenças, principalmente para aquelas que podem ser adquiridas no local de trabalho. As orientações podem ser uma maneira de ajudar o trabalhador a se conscientizar sobre como cuidar de sua saúde.

Em pesquisa anterior realizada na Ceasa com amostra de 1.006 trabalhadores, as mulheres representavam 13,1% dos trabalhadores. As mulheres jovens possuíam capacidade para o trabalho mais baixa que os homens jovens. O estilo de vida, lazer, atividade física, número de horas de sono e condições de trabalho foram correlacionados com a capacidade para o trabalho e estas variáveis deveriam ser consideradas no planejamento das ações de intervenção de promoção da saúde no local de trabalho (44).

Quando estudadas as condições de trabalho das mulheres que atuavam em 2008 na Ceasa Campinas, os movimentos repetitivos estavam presentes em diversas funções desempenhadas por elas como empacotadoras, vendedoras, secretárias entre outras, além da pressão do tempo para terminar o trabalho, trabalhar em pé por muitas horas e a dupla jornada de trabalho¹.

¹ Monteiro MI. Bases para a implementação de um serviço público de saúde do trabalhador no trabalho informal em micro e pequenas empresas do comércio de hortifrutigranjeiro e mercado de flores no Estado de São Paulo. Relatório Final. Projeto de Políticas Públicas, Fase II. Campinas, 2008.

O estudo anterior das mulheres que trabalhavam na Ceasa Campinas demonstrou que elas poderiam adoecer no trabalho quando existiam cargas de trabalho além da capacidade delas e que isto estava relacionado com maior percepção da fadiga, absenteísmo, problemas musculoesqueléticos e estresse.

Movimentos repetitivos e atividades de trabalho inadequadas não são problemas específicos das trabalhadoras da Ceasa, e outras profissionais, como as da enfermagem também podem apresentá-los, quando existe a sobrecarga favorecendo o desenvolvimento em longo prazo das doenças musculoesqueléticas e o estresse (45).

1.5 Definição do problema

A promoção da saúde no local de trabalho pode fortalecer processos protetores e construtivos da saúde, bem como amenizar os problemas relacionados à saúde e trabalho das mulheres que atuavam no Entrepasto Hortifrutigranjeiro de Campinas, São Paulo, visto que as condições de trabalho inadequadas a que estão expostas são fortes determinantes de saúde. Assim, o foco desta pesquisa foi realizar intervenções educativas oferecendo às mulheres alternativas promotoras de saúde.

Foram formuladas as seguintes questões:

1. Quais aspectos de saúde e condições de trabalho interferem na capacidade para o trabalho das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas?

2. Quais intervenções propostas para promoção da saúde no local de trabalho amenizaram aspectos de saúde inadequados das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas?

3. Quais atividades de trabalho eram relacionadas às condições de trabalho inadequadas em subgrupo de mulheres que atuavam em diferentes locais da Ceasa Campinas?

4. Quais os efeitos da intervenção no local de trabalho sobre a capacidade para o trabalho, percepção de fadiga, aspectos de saúde das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a capacidade para o trabalho, aspectos de saúde e condições de trabalho para intervir por meio da promoção da saúde com mulheres que atuavam na Central de Abastecimento Hortifrutigranjeiro de Campinas, São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e avaliar aspectos de saúde pré e pós-intervenção das mulheres participantes da pesquisa;
- Avaliar as pontuações do índice de capacidade para o trabalho e percepção de fadiga;
- Avaliar aspectos de saúde que interferiram na capacidade para o trabalho na pré e pós-intervenção;
- Analisar as atividades de trabalho em relação às condições de trabalho em subgrupo de mulheres que atuavam em diferentes locais da Ceasa;
- Realizar intervenção após a primeira entrevista propondo alternativas saudáveis para amenizar aspectos de saúde inadequados;
- Avaliar a efetividade da intervenção sobre os aspectos de saúde das mulheres na pós-intervenção.

3 Métodos

Trata-se de um estudo quase-experimental (46-48) de delineamento tempo-série (48).

Os delineamentos quase-experimentais são pesquisas que manipulam “uma variável independente (isto é, a instituição de um tratamento),(…), não possuem as características de randomização ou de grupo de controle, ou ambas...” (48).

Dentre vários delineamentos quase-experimentais, dois foram mencionados nesta tese.

O primeiro é o “delineamento do grupo de controle não equivalente” (48), neste tipo de pesquisa que envolve um tratamento (intervenção), dois ou mais grupos de sujeitos são observados no pré e pós-intervenção, mas estes grupos não são randomizados, ou seja, os sujeitos não são distribuídos aleatoriamente nos grupos.

O segundo delineamento é o tempo-série que “não tem grupo de controle, nem randomização. (...) envolve a coleta de dados durante um longo período de tempo e a introdução do tratamento durante este período” (48).

Fluxograma explicativo do estudo de intervenção com mulheres:

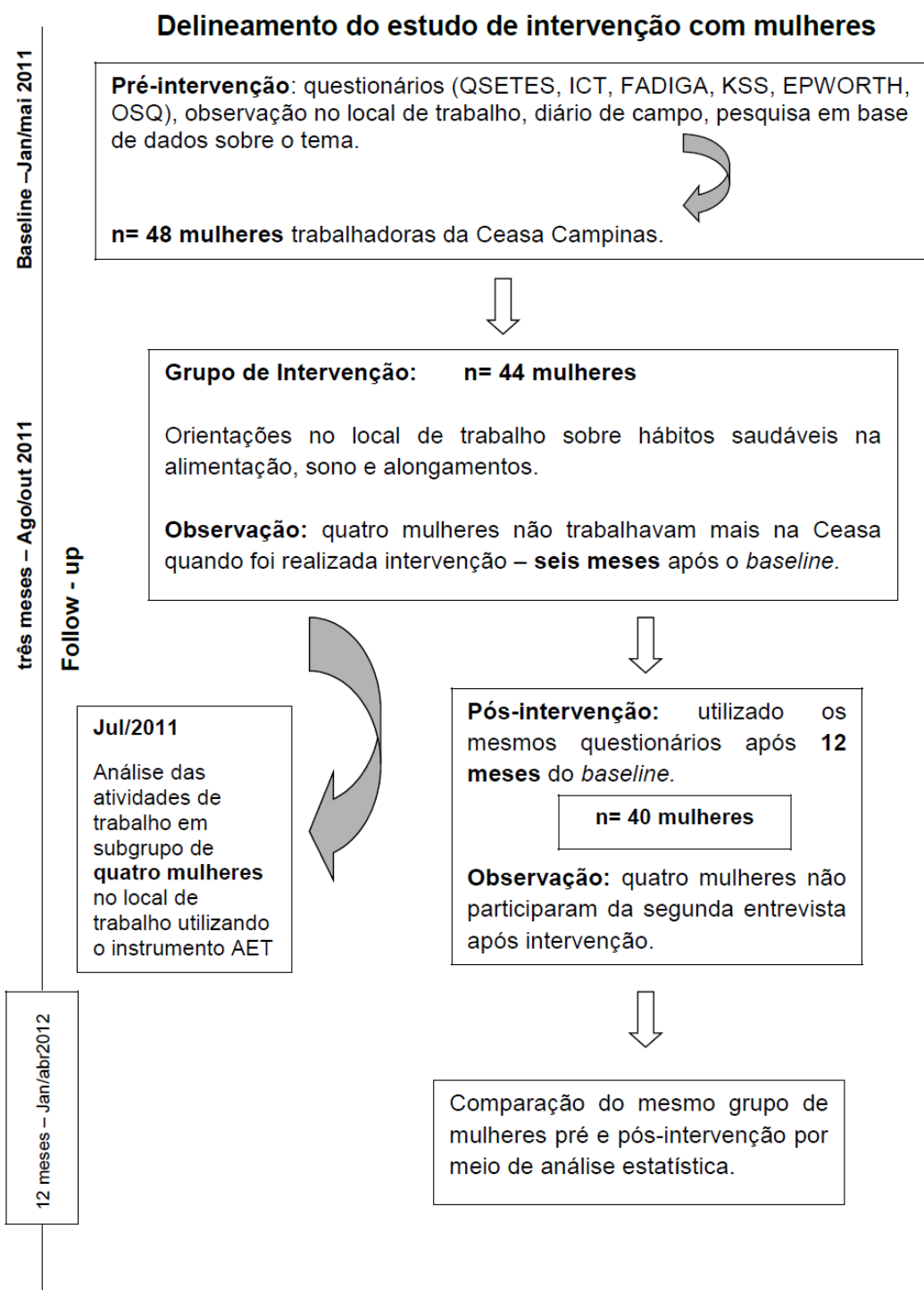


Figura 3.1: Delineamento do estudo de intervenção com mulheres.

Esta pesquisa baseou-se em estudos pré e pós-intervenção (47), pois foi realizada uma entrevista pré-intervenção (*baseline*), acompanhamento das mulheres (*follow up*) e intervenção no local de trabalho com duração de três meses e após um ano da primeira entrevista (*baseline*), aplicou novamente os mesmos questionários (pós-intervenção) com as mesmas mulheres participantes para avaliar se ocorreram mudanças em alguns aspectos do estilo de vida, saúde e trabalho das trabalhadoras.

Os estudos pré e pós-intervenção são denominados de estudos quase-experimentais e podem ser considerados razoáveis por alguns autores (46,47) para avaliação dos resultados, pois poderiam ser susceptíveis a diversas ameaças a sua validade interna, o que “não elimina a possibilidade de conduzir a pesquisa com integridade” (48).

Podem existir ameaças à validade interna dos estudos quase-experimentais (47), pela possibilidade do surgimento de viés no desenvolvimento do estudo, ou seja, quanto maior o número destes vieses, menor poder de confiança poderá ser atribuído aos resultados após as intervenções.

Outra possibilidade pode ser devido à natureza complexa do local de trabalho e considerações cuidadosas dos eventos ocorridos antes, durante e após as intervenções devem ser realizadas pelo pesquisador, pois podem afetar os resultados da pesquisa. Assim, um diário de observação (diário de campo) deve ser mantido pelo pesquisador para acompanhar tais eventos nas intervenções e, depois, nas avaliações (47).

A pesquisadora acompanhou todas as etapas desta pesquisa descrevendo-as em um diário de campo.

Diante destas preocupações, a princípio, a pesquisadora e a orientadora buscaram realizar as estratégias “adição de grupo controle e avaliação de medidas antes e depois da execução da intervenção”, no entanto, apenas a medição pré e pós-intervenção foram possíveis de se concretizar, pois, a formação de pelo menos dois grupos de mulheres, sendo um deles o de controle, não foi possível porque as mulheres participantes da pré-intervenção não compareceram para formação dos grupos (47).

A justificativa das mulheres para o não comparecimento no primeiro encontro para a formação dos grupos foi que não podiam sair do seu local de trabalho, porque muitas vezes, elas eram as únicas vendedoras nas micro e pequenas empresas e poderiam ter prejuízos e, em outro local, a chefia imediata não autorizou a saída da trabalhadora para ir até o Ambulatório Médico da Ceasa.

Embora tenha ocorrido insucesso em relação à formação dos dois grupos, a amostra das mulheres já existia, pois o grupo de trabalhadoras da Ceasa estava formado, sendo necessário encontrar alternativas à formação de grupos que as motivassem a participar da intervenção.

De acordo com Campbell e Stanley (46), em algumas ocasiões, alguns experimentos podem ser de um único grupo:

‘Em Ciências Sociais e na abordagem de situações de campo, os esquemas com grupo de controle dominam de tal forma que a muitas pessoas parecem ser sinônimo de experimentação. (...). Há, com efeito, vários delineamentos quase-experimentais aplicáveis a grupos únicos que podem ser usados com vantagem, com uma lógica e interpretação experimental, em muitas situações em que o esquema com grupo controle seria impossível.

Com a impossibilidade nesta pesquisa de campo de formar dois grupos de mulheres a estratégia utilizada foi realizar no local de trabalho de cada uma das mulheres as orientações propostas para a intervenção, utilizando o grupo de mulheres como controle dele mesmo.

Na presente pesquisa, o acompanhamento do único grupo de mulheres teve a duração de aproximadamente de 12 meses e, neste período, ocorreu a intervenção.

Entre a pesquisadora e o grupo de mulheres formou-se um vínculo que possibilitou o desenvolvimento do projeto com a participação delas em alguma atividade sem que as mesmas precisassem sair do seu local de trabalho.

A estratégia de ir até o local de trabalho de cada mulher foi muito bem aceita pelas participantes da pesquisa.

Campbell e Stanley (46) confirmam que:

Há muitos contextos sociais naturais em que o pesquisador pode introduzir algo semelhante ao delineamento experimental em sua programação de procedimentos de coleta de dados (por exemplo, *quando* e *quem medir*), ainda que lhe falte o pleno controle da aplicação dos estímulos experimentais (*quando* e *quem* expor e a capacidade de casualizar exposições) que torna possível um autêntico experimento. Coletivamente, tais situações podem ser encaradas como delineamentos quase-experimentais. (...) mas justamente porque *falta* completo controle experimental, torna-se imperioso que o pesquisador tenha plena consciência das variáveis específicas que seu delineamento deixa de controlar (Grifos dos autores).

Entende-se que para a pesquisa quase-experimental o pesquisador pode introduzir algo semelhante de delineamento experimental em seu projeto de coleta de dados, que não afete a validade dos seus dados, considerando que no estudo quase-experimental algumas variáveis deixarão de ser controladas.

No caso desta pesquisa conseguiu-se controlar durante as intervenções '*quem*' eram os sujeitos - grupo de mulheres que trabalhavam na Ceasa e o '*quando*'. O período escolhido pela pesquisadora para a pós-intervenção foi em torno de um ano após o *baseline*, e de seis meses, em média, após a intervenção.

Esta alternativa de realizar intervenções no próprio local de trabalho surgiu das experiências anteriores em que outros membros do “Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho” conseguiram adesão dos trabalhadores dos Mercados Livres e Galpões Permanentes da Ceasa Campinas quando realizaram outras atividades de orientações desta maneira.

3.1 Descrição dos locais da pesquisa

Os locais da Ceasa Campinas escolhidos pela pesquisadora e orientadora para as mulheres serem entrevistadas foram os comércios dos Mercados Livres (MLs) e Galpões Permanentes (GPs) e também o setor administrativo.

O setor administrativo da Ceasa também foi escolhido porque era um local onde se concentrava muitas mulheres em diversos tipos de funções como gerentes, secretárias e auxiliares administrativos.

Os MLs eram as áreas demarcadas no solo denominadas de 'pedras', elas eram identificadas por letras e números. O espaço de cada 'pedra' era em torno de 8m² (44). Os espaços das pedras eram abertos, não existindo paredes entre uma pedra e outra, somente a pintura no solo.

Muitas vezes os proprietários possuíam mais de uma 'pedra', nelas ficavam expostas as mercadorias em caixas de plásticos ou madeira e, às vezes, também existia um pequeno balcão ou pequeno escritório com computador na 'pedra'.

Segundo observação participante identificou-se que, geralmente, nos MLs trabalhavam o(a) proprietário(a) com um ou dois empregados, porém, também foi constatado empresas com mais empregados. Nesta pesquisa encontraram-se mulheres que eram proprietárias e trabalhavam com o marido e/ou com apenas um empregado.

De acordo com o Anuário do trabalho na micro e pequena empresa: 2010-2011 (49), as micro empresas são aquelas que possuem até nove empregados.

Na figura 1 visualiza-se um dos Mercados Livres da Ceasa Campinas e pode-se verificar que não existem paredes separando um comércio do outro, apenas o pequeno escritório administrativo possui divisórias, e a disposição das mercadorias de hortaliças, frutas e legumes é feita em caixas sobre o solo e também empilhadas.



Figura 3.2: Mercado Livre da Ceasa Campinas, 2008.

Fonte: <http://www.ceasacampinas.com.br/novo/Institucional.asp>

Observou-se que ao final de um dia de trabalho nos MLs, as mercadorias não vendidas e as caixas vazias eram envolvidas por 'lonas' e amarradas com cordas. Existe na Ceasa um sistema de patrulhamento com segurança interna, além de um sistema de câmeras por todos os Mercados.

Os Galpões Permanentes (GPs) são lojas com maior infraestrutura e espaço físico, geralmente possuem escritórios, grandes balcões e os produtos podem ficar dispostos em prateleiras ou mesmo em caixas de plásticos para exposição aos clientes em bancadas. Podem ser denominadas de lojas ou "box", pois além do espaço deste local ser maior do que o dos Mercados Livres, também existe a separação com parede de alvenaria de uma loja da outra, existe o nome da empresa na porta de entrada em destaque e a quantidade de trabalhadores por loja também pode ser maior, dependendo do porte da empresa.

Constatou-se que nos GPs também existiam lojas com até nove empregados classificadas como micro empresa, de 10 a 49 empregados denominadas de pequeno porte, de 50 a 99 trabalhadores classificadas como médias empresas e as grandes empresas que possuíam mais de 100 empregados (49).

Nos Galpões Permanentes da Ceasa Campinas observou-se que existem paredes separando um comércio do outro, além das portas que se fecham ao final do expediente, e a disposição das mercadorias de hortaliças, frutas e legumes em caixas sobre o solo e também em bancadas (Figura 3.3).



Figura 3.3: Galpão Permanente da Ceasa Campinas, 2008.

Fonte: <http://www.ceasacampinas.com.br/novo/Institucional.asp>

Ao final de um dia de trabalho nos Galpões Permanentes, a pesquisadora observou que as lojas guardavam as mercadorias não vendidas dentro das lojas e fechavam as portas.

A Central de Abastecimento de Campinas S.A. – Ceasa, o Entrepósito Hortifrutigranjeiros, é o quarto maior do Brasil em volume de comercialização, local onde anualmente comercializam-se cerca de 609 mil toneladas de frutas, verduras e legumes com movimentação de R\$ 406 milhões (50). Constatou-se sua grande importância econômica para a região de Campinas.

A Ceasa possui ainda 110 mil m² de área coberta com infraestrutura para varejistas e serviços completos de apoio como bancos, restaurantes, mecânica e elétrica de veículos, entre outras como Casa Lotérica e banca de jornal e revistas (50). Além disso, existe também o Ambulatório Médico do serviço de saúde pública do município que se localiza dentro da Ceasa Campinas proporcionando diversos tipos de cuidados com a saúde para a população circulante, cerca de cinco mil trabalhadores e em média 15 mil pessoas (50).

3.2 Participantes da pesquisa

Em 2011, na Ceasa Campinas existiam 61 empresas que possuíam como permissionária e/ou sócia mulheres. Cerca de 30% destas empresas eram chefiadas por mulheres que foram convidadas pela pesquisadora para participarem da pesquisa. Algumas empresas que possuíam mulheres trabalhando, mas que não ocupavam cargo de chefia também foram convidadas a participarem deste estudo.

O estudo foi realizado com 48 trabalhadoras nos Mercados Livres - MLs, Galpões Permanentes - GPs e administração, com amostra intencional.

Foram convidadas a participar desta pesquisa mulheres de qualquer faixa etária de idade que eram ativas funcionalmente em alguma empresa dentro da Ceasa, mais especificamente, nos Mercados Livres e Galpões Permanentes, e também as que atuavam na administração da Ceasa, por ser local com muitos postos ocupados pelo sexo feminino.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2011. Foram visitadas 27 empresas pelos Mercados Livres (ML1, ML2, MLC e ML4), 13 pelos Galpões Permanentes (GP1, GP2, GP3 e GP4) e administração da Ceasa. Aceitaram participar desta pesquisa 19 empresas dos MLs e 10 dos GPs.

A taxa de resposta foi de 72,5%, com amostra composta por 44 empregadas e/ou proprietárias e quatro trabalhadoras da administração.

A justificativa de 11 mulheres que se recusaram a participar da entrevista foi porque cinco delas não tinham interesse, quatro estavam sem tempo disponível para responder e duas não quiseram responder à pesquisa por outro motivo que não mencionaram.

A pesquisadora visitou mais empresas dos Mercados Livres porque a rotina de trabalho das mulheres neste local acontecia mais nos dias de feira, que eram as segundas, quartas e sextas-feiras. Normalmente, nestes dias, sempre que um comércio

era visitado pela pesquisadora as recusas eram mais fáceis de ocorrerem, pois a mulheres estavam sempre muito ocupadas com as vendas em seus estabelecimentos.

Os dias de feira nos MLs e GPs eram os de maior movimentação de mercadorias e circulação de pessoas que compram produtos hortifrutigranjeiros. Nestes dias, a comunicação com os trabalhadores de maneira geral era dificultada pelo volume de serviços que eles possuíam.

Nos MLs, muitos estabelecimentos comerciais funcionavam somente nestes dias porque muitos comerciantes moravam em outras cidades da região de Campinas e não compensavam financeiramente para eles virem à Ceasa em dias que não eram os de feira.

Diferente dos MLs, os Galpões Permanentes possuíam uma rotina diária de comércio, sendo que as entrevistas eram mais bem aceitas pelas proprietárias e/ou proprietários as terças e quintas-feiras, dias que era menor o movimento de clientes, pois não era o dia de feira.

A participação das mulheres ocorreu tanto nos MLs como nos GPs, pois 22 mulheres eram dos MLs e 22 dos GPs. Além destas, quatro trabalhadoras do setor administrativo da Ceasa também aceitaram participar.

As visitas eram agendadas com proprietárias e/ou proprietários pela pesquisadora que explicava a finalidade do questionário que seria aplicado à empregada ou à própria proprietária. Quando ocorria o aceite a pesquisadora conversava individualmente com cada mulher e a mesma assinava um termo de consentimento livre e depois a entrevista era realizada.

As entrevistas com as trabalhadoras ocorriam durante a semana sempre no final da manhã, por volta das 10 horas, quando diminuía as transações comerciais tanto dos MLs como dos GPs, principalmente nos 'dias de mercado'.

3.3 Instrumentos para o questionário pré-intervenção

Para as entrevistas com as mulheres foram utilizados diversos instrumentos que compuseram o questionário pré-intervenção: Índice de Capacidade para o Trabalho (51); avaliação da fadiga com Questionário de Yoshitake (52); Escala de Sonolência de Epworth (53); Escala de Sonolência Karolinska (54); Questionário com dados sociodemográficos, estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho – QSETES (55), já utilizado em outras pesquisas (2-11); uma questão adaptada por Monteiro (55) do Questionário de Estresse (OSQ) e duas questões do OSQ (56) e o roteiro para Análise Ergonômica do Trabalho (AET) (57). O último instrumento mencionado foi seguido em quatro mulheres que participaram das entrevistas e da intervenção.

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (51) foi determinado baseando-se em respostas individuais do trabalhador a uma série de questões e que levavam em consideração as exigências físicas e mentais de seu trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador; sua pontuação variava entre sete e 49 pontos. O ICT retrata como o próprio trabalhador conceituava sua capacidade para o trabalho (51).

De acordo com o escore, o ICT possuía medidas necessárias a serem tomadas e que foram classificadas como indicado (58):

Quadro 3.1: Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT.

Pontos	Capacidade para o Trabalho	Objetivos da Medida
7 – 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 – 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 – 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44 – 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

Fonte: Tuomi et al., 2005, p.11.

O ICT era o questionário finlandês auto-aplicável composto pelos seguintes itens (59):

- 1) Capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida (pontuação de 0 a 10 pontos);
- 2) Capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas do trabalho: esta parte do questionário era composta por duas perguntas relativas à capacidade mental e à capacidade física para o trabalho, eram questões com escores que variavam de um a cinco pontos, respectivamente, correspondendo de muito baixa a muito boa;
- 3) O número atual de doenças diagnosticadas pelo médico: para a pontuação desse item consideraram-se o número de doenças referidas pelo respondente que podia variar de zero a cinco ou mais doenças, com escore variando de um a sete pontos;
- 4) A perda estimada do trabalhador devido a doenças: escala que variava de um ponto, quando o respondente estava totalmente incapacitado para o trabalho, até seis pontos, quando em sua opinião, o entrevistado, respondia que não possuía impedimento para o trabalho. Esta pergunta era de múltipla escolha podendo o sujeito escolher mais que uma alternativa;
- 5) As faltas ao trabalho devido a doenças no último ano: essa seção podia variar de nenhuma falta ao trabalho (cinco pontos), até nove dias de afastamento (4 pontos), de 10 a 24 dias (3 pontos), de 25 a 99 dias (dois pontos) e de 100 a 365 dias (1 ponto);
- 6) O prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos: questão composta por três alternativas: é improvável (1 ponto), não estou muito certo (quatro pontos) e é bastante provável (sete pontos);

- 7) Os recursos mentais: nesta questão apresentava três questões sobre a vida em geral, tanto no trabalho quanto no tempo livre. Com escalas que variavam de zero a quatro pontos, a pontuação das três questões eram somadas de zero a três pontos (1 ponto), de quatro a seis (2 pontos), de sete a nove (3 pontos), de dez a doze (4 pontos).

Outro questionário utilizado foi de fadiga do Yoshitake (52) que se referia à percepção que o próprio trabalhador possuía sobre seu cansaço no local de trabalho e fora dele, pois a fadiga pode ser considerada um desconforto percebido pelo trabalhador.

A fadiga percebida subjetivamente pelo trabalhador, além do desconforto percebido, poderia também refletir no trabalhador em aversão ao trabalho, vontade para descansar sempre, impaciência e sentimentos contraditórios físicos e mentais (52).

O Comitê de Pesquisa da Fadiga Industrial da Associação Japonesa da Saúde Industrial elaborou em 1967 o “Questionário de Fadiga”, posteriormente validado por Yoshitake (52) que foi traduzido e utilizado para pesquisa com trabalhadores da indústria petroquímica no Brasil (60).

O questionário era composto por 30 questões de múltipla escolha e auto-aplicado. Posteriormente as respostas eram convertidas em valores numéricos: sempre – 5 pontos; muitas vezes – 4 pontos; às vezes – 3 pontos; raramente – 2 pontos e nunca – 1 ponto.

A pontuação máxima era de 150 pontos (maior fadiga) e a mínima, 30 pontos (menor fadiga).

Existe um trabalho que citou (61) três escores parciais para as questões sobre a fadiga serem divididas em três domínios: um de sonolência e falta de disposição para o trabalho (questões de 1 a 10); outro de dificuldade de concentração e atenção (questões de 11 a 20) e um terceiro de projeções da fadiga sobre o corpo (questões 21 a 30).

Para melhor conhecimento da sonolência no local de trabalho das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas utilizou-se dois questionários. O primeiro instrumento escolhido para compor o questionário pré-intervenção foi a Escala de Sonolência de Epworth (ESS) (53), também chamada de Escala de Sono de Epworth, que descrevia a frequência que qualquer pessoa poderia dormir ou cochilar em situações comuns da vida cotidiana.

Este questionário (53) consiste em oito questões que avaliavam o grau de sonolência em situações vivenciadas no dia a dia pelos indivíduos, que poderiam pontuar cada questão de zero a três pontos de acordo com menor ou maior probabilidade de sentirem sonolência nas situações descritas na escala, podendo totalizar de zero a 24 pontos, com menor pontuação indicando menos sonolência.

O escore utilizado para cada situação acima era: 0–nunca durmo; 1–pequena chance de dormir; 2–moderada chance de dormir e 3–grande chance de dormir.

As seguintes situações eram as pontuadas pelo entrevistado de acordo com a possibilidade de cochilar em cada uma delas:

- 1) Sentado e lendo um livro ou revista;
- 2) Assistindo TV;
- 3) Parado em lugar público, por exemplo, no cinema ou em uma reunião;
- 4) Em uma viagem de carro com duração aproximada de uma hora como passageiro;
- 5) Deitar para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem;
- 6) Sentado e conversando com alguém;
- 7) Sentado calmamente após o almoço;
- 8) No carro parado por alguns minutos no trânsito.

Uma escala de graduação foi sugerida em 1998 (62) para melhor avaliar o grau de sonolência em normal, sonolência excessiva (SE) limite, leve, moderada e a sonolência excessiva propriamente declarada:

- Normal: 0 a 6 pontos;
- SE limite: de 7 a 9 pontos;
- SE leve: de 10 a 14 pontos;
- SE moderada: de 15 a 20 pontos;
- SE: acima de 20 pontos.

O segundo instrumento utilizado para sonolência foi a “Escala de Sonolência Karolinska (KSS)” (54) que era uma pergunta ao trabalhador: “Como você está se sentindo agora em relação ao sono?”. A resposta era uma escala de medida iniciada com a expressão “muito alerta” (no valor um) e finalizada com a expressão “muito sonolento, brigando com o sono, muito esforço para ficar acordado” (no valor nove). Esta escala representava uma avaliação da sensação de sono da mulher no momento em que ela era entrevistada no local do seu trabalho, pois foi anotado o horário exato em que se perguntava esta questão às trabalhadoras.

Foi utilizado também o questionário com dados sociodemográficos, estilo de vida, trabalho e aspectos de saúde e riscos no trabalho – QSETES desenvolvido por Monteiro (55) que com variáveis que caracterizavam o perfil sociodemográfico da amostra estudada.

Além disso, uma questão adaptada por Monteiro (55) do Questionário de Estresse (OSQ) e duas questões do Questionário de Estresse (OSQ) (56) faziam parte do questionário pré-intervenção.

A primeira questão que foi adaptada por Monteiro (55) referia-se sobre qual espécie de estresse a pessoa sentia por aqueles dias (no caso, era sobre a semana em que ocorria a entrevista com o trabalhador), sendo que a resposta variava de uma escala de zero a 10, quanto mais próximo do zero, mais estressado a pessoa demonstrava estar sentindo e quanto mais próximo do número 10, menos estressado a pessoa se encontrava naquele momento.

As outras duas questões do OSQ (56) eram satisfação com o trabalho e com a vida atual e as respostas variavam de muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, pouco insatisfeito e insatisfeito.

O questionário pré-intervenção incluía todos estes instrumentos descritos e foram aplicados em todas as mulheres que participaram da primeira entrevista.

A um subgrupo de quatro mulheres que participavam da pesquisa foi solicitado para dar continuidade ao estudo que permitissem a pesquisadora observá-las durante suas atividades de trabalho por um período de três horas. A pesquisadora utilizou o instrumento de Análise Ergonômica do Trabalho, denominado AET (57), no qual foram realizadas todas as observações pertinentes.

O AET (57) é composto por 216 questões distribuídas em três partes: na primeira parte está a 'análise do trabalho', sendo observados os tipos e propriedades dos objetos do trabalho, os equipamentos utilizados e o aspecto organizacional do local de trabalho; na segunda parte encontra-se a 'análise da tarefa', na qual são analisadas tarefas relacionadas aos materiais de trabalho, processamento de informações, planejamento de ações e frequência de repetições das tarefas; na terceira parte está a 'análise das exigências do trabalho' que avalia as demandas referentes à recepção de informações, decisões, posturas e movimentações que são realizadas durante o trabalho.

3.3.1 Análise das atividades de trabalho em subgrupo de mulheres

Quatro mulheres foram observadas por um período de três horas no seu local de trabalho, em quatro diferentes dias em julho de 2011. Foi observada uma trabalhadora no ML2 e outra no ML4, uma no GP3 e uma na administração da Ceasa.

Para melhor efetividade da observação foi utilizado o instrumento de Análise Ergonômica do Trabalho (AET) (57) que consistia em um roteiro sistematizado para observação dos aspectos de saúde, ambientais, organizacionais e sociais do trabalho.

Durante a observação das atividades do trabalho alguns pontos foram importantes e foram acompanhados pela pesquisadora que ficou ao lado de cada mulher observando e anotando o tempo que cada ação era desempenhada, por meio de um relógio digital que marcava os minutos.

Cada trabalhadora foi acompanhada no seu posto de trabalho, ou seja, na 'pedra', loja ou 'box' e no escritório da administração da Ceasa, os objetos de trabalho foram anotados, bem como os equipamentos utilizados por elas.

A pesquisadora também observava quais partes do corpo que as mulheres mais utilizavam, como os membros superiores (dedos, mãos, braços, ombros) ou membros inferiores (pés, pernas, coxas), para determinadas atividades que desenvolviam durante seu processo de trabalho.

As observações consistiam das situações reais enfrentadas pelas mulheres como tarefas e demandas do trabalho, as exigências físicas e mentais, tomadas de decisões e respostas às demandas.

Após o término de cada observação com as mulheres, a pesquisadora transformava em porcentagens mais significantes, seguindo o roteiro e orientações do instrumento (57) para melhor entendimento e visualização em gráficos dos aspectos ergonômicos mais destacados durante todo o processo acompanhado.

3.4 Construindo a intervenção para Ceasa Campinas

Para que a intervenção fosse eficaz, ao final de cada entrevista com as mulheres, a pesquisadora perguntava sobre temas de interesse e o que elas gostariam de saber informações a respeito.

Em cada questionário foi indagado:

O que as mulheres gostariam que fosse realizado durante os encontros?

Após a pergunta, vinham as alternativas das palestras temas: atividade física, alimentação saudável, relaxamento e bem estar, autocuidado entre outros temas.

Além desta questão, perguntou-se às mulheres sobre o melhor dia da semana para ser realizado os grupos e as alternativas continham os dias da semana de segunda a sexta-feira. E também sobre o melhor horário para elas entre sete horas da manhã até as 17 horas.

Esta preocupação quanto ao dia e horário foi proposta porque o trabalho na Ceasa começa muito cedo, por volta das cinco horas da manhã e ao final da manhã e começo da tarde por volta das 12 horas o expediente nas 'pedras' tornava-se menos intenso e muitas trabalhadoras encerravam suas jornadas de trabalho e retornavam para suas residências. No entanto, nas lojas ou 'box', a jornada de trabalho era um pouco mais, até as 16 horas e 30 minutos. Assim, foi importante, planejar o dia e horário mais adequado para as intervenções.

Realizou-se levantamento na literatura, pois era necessário realizar uma nova entrevista com as mulheres após a intervenção. Era preciso saber em que período de tempo após a intervenção os outros pesquisadores estavam aplicando o questionário pós-intervenção, ou seja, a entrevista depois de ter feito a intervenção com os sujeitos, e a forma como estavam fazendo, se foi por meio do mesmo questionário, ou se estavam utilizando outros meios além das entrevistas.

Tornou-se necessário entender qual era o método aplicado por outros pesquisadores para avaliar a eficácia da intervenção com os sujeitos participantes de cada estudo.

De um modo geral, após levantamento bibliográfico em julho de 2011, utilizou-se alguns descritores em inglês 'study intervention' and 'health promotion' and 'workers' para realizar uma busca por artigos que pudessem nortear esta pesquisa com a intervenção.

Por meio destes descritores foram encontrados 200 artigos; destes foram selecionados 78 pelos títulos para serem lidos os resumos e após a leitura dos resumos foram selecionados 13 artigos pela pesquisadora que foram lidos na íntegra para auxiliar nas definições das estratégias para a intervenção.

Após a leitura dos 13 artigos, enfatizou-se a parte metodológica de cada um deles e alguns dos métodos foram selecionados e nortearam o caminho desta pesquisa.

O período de tempo que outras pesquisas estavam utilizando entre a intervenção e a pós-intervenção variava entre um mês (63), três meses (64-66), seis meses (35,67-69), nove meses (33), 12 meses (70, 71) e 24 meses (72,73).

Outro dado importante foi quanto a utilização dos questionários para a pós-intervenção; pelo levantamento realizado, a maioria dos autores utilizava os mesmos questionários na pré e pós-intervenção (33,35,64-66,70-73).

Desta forma, na presente pesquisa, a intervenção ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2011, e a entrevista pós-intervenção, de fevereiro a abril de 2012, com três meses de intervalo no mínimo entre a pré e a pós-intervenção.

3.5 Instrumentos para o questionário pós-intervenção

Para a entrevista pós-intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos na íntegra: o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (51), questionário de Fadiga (52), Escala de Sonolência de Epworth (ESS) (53), Escala de Sonolência de Karolinska (KSS) (54), além destes, algumas questões do questionário sociodemográfico (QSETS) (55) foram mantidas como idade, dados antropométricos (peso, altura, Índice de Massa Corporal – IMC), hábitos do sono, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, atividade física, uso de medicamentos, lazer, sensação de dor nos últimos seis meses e na última semana e percepção da sua saúde comparada com alguém da mesma idade.

A questão adaptada por Monteiro (55) do Questionário de Estresse (OSQ) e duas questões do Questionário de Estresse (OSQ) (56) foram mantidas no questionário pós-intervenção.

Algumas questões referentes à intervenção foram formuladas e fizeram parte do questionário pós-intervenção. Eram perguntas que se referiam se houve aceitação ou não por parte das mulheres dos temas abordados após as orientações, se as mulheres praticaram algumas das recomendações e, por último, se houve alguma mudança em relação à saúde, estilo de vida e trabalho delas.

3.6 Como foi a intervenção

Diante das respostas das mulheres sobre o que queriam que fossem abordados nos encontros para a formação de grupos, os seguintes temas foram mencionados por elas: orientações para alimentação saudável, atividade física, relaxamento e bem estar.

O melhor dia da semana escolhido pelas mulheres para a participação em grupos foi terça-feira e o horário às 11 horas.

Assim, o planejamento foi realizado para que ocorresse o primeiro encontro e a possibilidade de formar dois grupos.

As mulheres participantes da pesquisa foram convidadas pessoalmente pela pesquisadora por meio de convite entregue com uma semana de antecedência no local de trabalho de cada uma delas.

No convite havia a descrição do primeiro tema escolhido para ser abordado que foi Alimentação Saudável, sendo a data escolhida o dia 23 de agosto de 2011, terça-feira às 11 horas.

Foi realizado planejamento do conteúdo programático tendo como meta a educação em saúde com informações básicas sobre hábitos alimentares saudáveis estimulando as mulheres a se conscientizarem na escolha dos alimentos.

Durante a palestra alguns tópicos foram abordados pela pesquisadora:

- benefícios da alimentação saudável;
- conscientização sobre os alimentos ricos em gorduras, açúcares, sódio prejudiciais ao organismo;
- importância do consumo diário de frutas, hortaliças, legumes e cereais;

- apresentação de pirâmide alimentar (74) com as recomendações e quantidades dos alimentos mais indicados: carboidratos, proteínas, açúcares, gorduras, vitaminas e sais minerais.

Em agosto de 2011, a nutricionista que atuava no Ambulatório Médico da Ceasa auxiliou a pesquisadora durante este primeiro encontro. Houve também suporte técnico por parte da enfermeira e coordenadora do Ambulatório em reservar local para que ocorresse o encontro e também o computador e o kit multimídia para apresentação da palestra.

Foram convidadas 44 mulheres que participaram da primeira entrevista para a formação dos grupos porque quatro mulheres, uma do ML1, e três do GP1 não foram encontradas no seu local de trabalho porque haviam mudado de emprego e não se encontravam mais trabalhando na Ceasa Campinas.

Assim, das 44 mulheres convidadas a participarem, somente cinco mulheres, quatro da administração da Ceasa e uma do Mercado Central compareceram ao primeiro encontro para a formação dos grupos.

A justificativa como referida anteriormente no início do método desta pesquisa foi que não puderam sair do seu local de trabalho no dia e horário da palestra porque não havia ninguém que as substituíssem, ou porque não vieram trabalhar neste dia, ou ainda que a chefia não autorizou a saída delas, entre outras mais.

Como não foi possível a formação de dois grupos, a pesquisadora e sua orientadora concordaram em modificar a estratégia de esperar que as mulheres viessem até o Ambulatório Médico da Ceasa para formação de grupos para a ida da pesquisadora até o local de trabalho de cada mulher para realizar as orientações propostas e entrega de 'folders'.

Normalmente, estes ‘folders’ eram distribuídos durante a Feira de Saúde, evento que acontecia na Central de Abastecimento desde 2008 (50), que proporcionava coleta de exames laboratoriais, orientações sobre diversos assuntos como a alimentação saudável, auto-estima, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas como hipertensão e diabetes, atualização da vacinação, entre outras atividades e todos os trabalhadores, permissionários e visitantes da Central podiam participar gratuitamente.

A maioria dos ‘folders’ entregues para as mulheres já existia no Ambulatório Médico e foram elaborados pela equipe de enfermeiros e médicos que atuavam neste local.

A confecção dos ‘folders’ sobre alimentação saudável e prática de alongamentos foi escolhida como intervenção principal e o material institucional impresso em agosto de 2011, foi com recursos financeiros da própria Ceasa por meio da Assoceasa, Associação dos Permissionários da Ceasa-Campinas, que existe desde 1976, constituindo-se como canal de comunicação permanente da administração da Central, além de ser um setor de apoio e prestação de diversos serviços aos associados (50).

A Feira de Saúde da Ceasa Campinas possuía parcerias da Secretaria de Cultura, das Universidades públicas e particulares de Campinas, de colégios técnicos de enfermagem também de Campinas e da própria entidade que representava os comerciantes, a Associação dos Permissionários da Ceasa Campinas (Assoceasa), além de alguns atacadistas que possuíam lojas no local (50).

Após o término de cada Feira de Saúde, muitos ‘folders’ que não eram distribuídos durante os eventos eram guardados no próprio Ambulatório Médico para serem reutilizados em eventos futuros. A pesquisadora solicitou autorização da Coordenadora para distribuir estes ‘folders’ durante as intervenções que seriam realizadas. Houve permissão por parte dela para que fossem distribuídos estes ‘folders’ que se encontravam guardados.

Sobre o tema relaxamento e bem estar, não existia material disponível, e mediante isso, duas pesquisadoras, incluindo a que escreveu esta tese, juntamente com a enfermeira e Coordenadora do Ambulatório Médico da Ceasa construíram este 'folder' que abordava aspectos importantes do sono durante a noite, pois, o expediente na Ceasa começa bem cedo e as trabalhadoras, geralmente, acordam de madrugada para trabalharem.

Este folder (Apêndice 2) possuía também uma técnica relativa à respiração para relaxamento (75). Ele também foi distribuído na IV Feira de Saúde que ocorreu em 12 de setembro 2011 e depois os que restaram foram distribuídos durante a intervenção da pesquisadora às mulheres.

A pesquisadora participou da IV Feira de Saúde, sendo este dia considerado também como de intervenção, pois muitas mulheres que trabalhavam na Ceasa participaram das atividades, inclusive algumas que foram entrevistadas na pré-intervenção.

A Feira aconteceu das 8 às 17 horas e muitas pessoas passaram pela barraca denominada de "Cantinho do Trabalhador", ao final deste dia nesta barraca totalizaram-se 84 pessoas que foram orientadas e destas, seis mulheres eram participantes da primeira entrevista e receberam as orientações e também os 'folders' sobre alimentação saudável (76), sugestões para se dormir bem durante a noite e alongamentos para o corpo.

A partir da IV Feira de Saúde a pesquisadora e orientadora identificaram que, para eficácia da intervenção, era necessário ir até o local das trabalhadoras para realizar as devidas orientações propostas. Além disso, as orientações estariam abertas a todos os trabalhadores que quisessem participar, no entanto, estes trabalhadores não seriam contabilizados para esta pesquisa, pois, não foi este o objetivo, mas sim, as mulheres trabalhadoras da Ceasa.

A pesquisadora solicitou autorização ao Gerente dos Mercados Livres e Galpões Permanentes para realizar, em alguns dias dos meses de setembro e outubro, as intervenções pelos MLs e GPs.

Após a liberação da autorização um cronograma foi elaborado e as intervenções ocorreram nos dias propostos e nos locais descritos, de acordo com o Cronograma da Intervenção:

Local	Data
ML4	21/09/2011
MLC	26/09/2011
ML2	28/09/2011
ML1	03/10/2011
GP4	05/10/2011
GP1	17/10/2011
GP2	17/10/2011
GP3	24/10/2011

Durante os meses de setembro a novembro de 2011, o Ambulatório Médico da CEASA passou por reforma em sua infraestrutura e a nutricionista e dentista que trabalhavam neste local foram liberadas pela Coordenadora do Ambulatório a acompanharem a pesquisadora durante os dias de intervenções pelos MLs e GPs porque suas consultas estavam suspensas devido a reforma.

As intervenções foram realizadas por duas pesquisadoras, uma orientou as mulheres, no caso, a que escreve esta tese, e a outra pesquisadora que realizou pesquisa semelhante no mesmo período a esta, realizou a intervenção com os jovens trabalhadores da Ceasa (77).

Com o material da primeira palestra sobre alimentação saudável construiu-se um pôster que ficou afixado em um biombo móvel e chamou a atenção das trabalhadoras e dos trabalhadores.

Nas datas especificadas as duas pesquisadoras juntamente com a nutricionista e a dentista ficavam em locais determinados nos MLs e depois nos GPs. No entanto, mesmo com a proximidade do local de trabalho das mulheres, não foram todas que vieram até uma das pesquisadoras para receber as informações. Assim, a permanência de três horas, normalmente das 9 horas até meio dia, a pesquisadora que acompanhava as mulheres, dedicava um período de pelo menos uma hora para ir até cada 'pedra' ou 'box' para orientação das participantes da pesquisa e entregava os 'folders'.

O tempo com cada mulher para a orientação variou entre 10 e 15 minutos e dependia muito do que as mulheres queriam saber.

Todas as 44 mulheres que participaram da primeira entrevista (pré-intervenção) receberam as orientações e os 'folders' diretamente da pesquisadora que as acompanhavam.

A intervenção com as trabalhadoras era um dos objetivos desta tese, no entanto, muitos trabalhadores da Ceasa, cerca de 209, que passavam pelo local onde estava ocorrendo a intervenção também eram orientados pelas duas pesquisadoras ou pela equipe que participava da intervenção.

Não foi registrado o número exato de trabalhadores orientados, homens e mulheres, que não estavam participando diretamente desta pesquisa como sujeitos, mas que mesmo assim, receberam orientações e os 'folders' porque em alguns momentos, as orientações eram realizadas em grupos com trabalhadores.

Durante as intervenções algumas fotos foram registradas pela Coordenadora do Ambulatório Médico da Ceasa e depois disponibilizadas para a pesquisadora.

Observam-se algumas fotos dos momentos em que foram realizadas as intervenções pelos Mercados:



Figura 3.4: Pôster afixado em biombo e os 'folders'. Campinas, 2011.



Figura 3.5: Pesquisadora orientando trabalhador no MLC. Campinas, 2011.



Figura 3.8: Local de intervenção no ML4. Campinas, 2011.



Figura 3.9: Duas pesquisadoras orientando trabalhadora no ML4. Campinas, 2011.

3.7 Entrevistas pós-intervenção

No final do mês de fevereiro de 2012 a pesquisadora voltou até o local de trabalho de cada mulher para aplicar o questionário de pós-intervenção, cerca de seis meses após a intervenção, assim, uma nova entrevista foi realizada com cada uma das 44 mulheres que participaram da intervenção.

A pesquisadora foi bem recebida pelas mulheres, que a conheciam desde o início da pesquisa, e foi muito mais fácil o acesso a elas devido a vínculo adquirido ao longo do desenvolvimento do projeto de pesquisa de doutorado.

Das 44 mulheres que tiveram a oportunidade de participar da intervenção com as orientações e distribuição de 'folders', 40 (90,9%) participaram da entrevista pós-intervenção, as quatro mulheres que não participaram foram as que trabalhavam numa empresa em um dos Galpões Permanentes e o proprietário não autorizou a entrada da pesquisadora na empresa para nova entrevista, alegando que a empresa não tinha mais interesse em participar porque estava em um período de muitas negociações comerciais e as trabalhadoras estavam com muitos serviços na empresa e não poderiam parar de trabalharem para serem entrevistadas.

As entrevistas pós-intervenção eram mais rápidas e objetivas, e por isso foram realizadas em um período de tempo menor, cerca de dois meses. As entrevistas eram realizadas durante a semana sempre ao final da manhã, por volta das 10 horas, quando diminuía as transações comerciais tanto dos MLs como dos GPs.

Durante as entrevistas pós-intervenções ficou evidente para a pesquisadora que houve aceitação pelas mulheres da forma como foi realizada a intervenção. E embora algumas perdas de sujeitos durante a intervenção e na pós-intervenção ocorreram, a experiência foi muito interessante e a cada entrevista as mulheres comentavam o que havia mudado em suas vidas, isto de certa forma foi gratificante para a pesquisadora.

3.8 Análise estatística

Os dados quantitativos foram inseridos em banco de dados no programa Excel®, e a análise estatística dos resultados foi realizada por meio do programa *Statistical Analysis System* – SAS, versão 9.02 e também pelo *Statistical Product and Service Solutions* – SPSS, versão 11.

Para descrever o perfil da amostra foram construídas tabelas de frequência das variáveis categóricas e estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo) das variáveis contínuas.

Além disso, foi realizada análise de correlação entre algumas variáveis do perfil sociodemográfico e estilo de vida por meio do teste de Qui-quadrado.

Também foi realizada análise descritiva de algumas variáveis, teste de normalidade das variáveis contínuas: distribuição normal, alguns testes correlação estatística e regressões logística e linear multivariada. O nível de significância considerado nesta análise foi de 5%.

3.9 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos desta pesquisa foram respeitadas as determinações do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções 196/97 e 251/97), foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em fevereiro de 2010 (Parecer nº 065/2010) (Anexo 6) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP.

4 Resultados

4.1 Características dos aspectos gerais do trabalho

O trabalho na Central de Abastecimento de Campinas no setor Hortifrutigranjeiro que corresponde aos Mercados Livres e aos Galpões Permanentes possuía início da jornada de trabalho durante a madrugada, por volta das cinco horas da manhã e se estendia até o período da tarde por volta das 15 horas, caracterizando-se por longas jornadas de trabalho.

O horário de trabalho das mulheres que atuavam nos Mercados Livres acompanhava a rotina da Ceasa, principalmente daquelas que eram proprietárias ao lado dos maridos/companheiros ou mesmo sozinhas.

Algumas mulheres (22,9%) relataram que o horário de funcionamento da Ceasa era o que menos gostavam no trabalho, pois possuíam déficit de sono e muito desgaste físico e emocional devido a esta jornada.

As mulheres que participaram da pesquisa trabalhavam em diversas funções: 18 em cargos administrativos, 17 eram proprietárias, oito eram vendedoras e cinco atuavam em outras funções como auxiliar de limpeza (três), e cozinheiras (duas), em diferentes empresas pelos GPs.

As mulheres em cargos administrativos trabalhavam na administração da Ceasa e também em lojas dos GPs. Os vínculos empregatícios encontrados foram: 27 mulheres com carteira de trabalho assinada, 17 eram proprietárias, duas eram autônomas e outras duas eram familiares da proprietária.

4.2 Dados sociodemográficos, aspectos de saúde e trabalho das mulheres na pré-intervenção

As características sociodemográficas de idade, estado civil e escolaridade das 48 mulheres entrevistadas foram descritas na tabela 1.

Tabela 4.1: Distribuição das mulheres segundo faixa etária, estado civil, número de filhos e escolaridade. Campinas, 2012 (n=48).

Variáveis	Categorias	n	%
Idade (anos)	19 I— 30	10	20,8
	30 I— 40	15	31,2
	40 I— 50	11	23,0
	≥ 50	12	25,0
Estado Civil	Casada	30	62,5
	Não casada (solteira, viúva, separada)	18	37,5
Filhos	Sim	29	60,4
	Não	19	39,6
Escolaridade	< oito anos de estudo (fundamental incompleto)	12	25,0
	≥ oito anos e ≤ 10 anos de estudo (fundamental completo e ensino médio incompleto)	5	10,4
	≥ 11 anos de estudo (ensino médio completo e superior incompleto/completo)	31	64,6
Total		48	100

A maioria das trabalhadoras possuía mais de 30 anos (79,2%) e idade média de 39,9 anos que variava entre 19 e 64 anos (DP 12,24), eram casadas 62,5% e tinham filhos 60,4%, com média de 2,31 filhos (DP 1,14).

Quanto a escolaridade, mais da metade das mulheres (64,6%) que atuavam na Ceasa possuíam mais de 11 anos de estudo que correspondia a pelo menos o ensino médio completo e/ou ensino superior incompleto. Destas, somente 12,9% possuíam ensino superior completo.

Em relação aos aspectos de saúde que incluíam o estilo de vida foi observado que 20,8% das mulheres eram tabagistas (Tabela 4.2) e, em média, fumavam por dia 14,6 cigarros (DP 7,9). Elas possuíam em média 22,8 anos (DP 14,09) de tempo que eram fumantes variando entre seis e 50 anos.

As mulheres que ingeriam bebidas alcoólicas eram 33,3% e a maioria delas não praticava atividade física (62,5%) (Tabela 4.2); a média de peso e altura apresentada pelas mulheres foi, respectivamente, de 72,8 kg (DP 16,81) e 1,61 m (DP 0,06). A maioria apresentava sobrepeso (60,2%), o IMC médio foi de 27,9 kg/m² (DP 6,38).

Mais da metade das mulheres tomavam algum medicamento diariamente (52,1%), e sendo que destas, 30% tomavam anticoncepcionais, outros medicamentos mais utilizados por elas eram anti-depressivos (40%) e os anti-hipertensivos (23,3%); as mulheres que sentiam dores pelo corpo há pelo menos seis meses eram 43,7% e também na última semana eram 37,5% (Tabela 4.2).

As mulheres que referiram alguma dor pelo corpo sentiam mais dores na região da coluna lombar (46%), nos membros superiores (mãos, braços e ombros) (28,6%) e nos membros inferiores (pés, pernas e quadril) (23%).

Tabela 4.2: Distribuição das mulheres pelo hábito de fumar, ingerir bebida alcoólica, praticar atividade física, índice de massa corpórea (IMC) e presença de dor nos últimos seis meses e na última semana. Campinas, 2012 (n=48).

Variáveis	Categorias	n	%
Tabagista	Sim	10	20,8
	Não	38	79,2
Ingestão de bebidas alcoólicas	Sim	16	33,3
	Não	32	66,7
Atividade física	Sim	18	37,5
	Não	30	62,5
IMC	20,0 I— 25,0	19	39,6
	25,0 I— 30,0	15	31,3
	30,0 I— 35,0	7	14,6
	≥ 35,0	6	12,5
	Não consta	1	2,0
Dor nos últimos seis meses	Sim	21	43,7
	Não	27	56,3
Dor na última semana	Sim	18	37,5
	Não	30	62,5
Total		48	100

Verificou-se por meio do teste Qui-Quadrado e teste exato de Fisher que a idade das mulheres apresentou associações significantes com duas variáveis sociodemográficas, o estado conjugal e a escolaridade. Para realizar estes testes utilizou-se a mediana da idade das mulheres por ser o mais usual (78).

As mulheres acima de 38 anos apresentavam mais o estado civil de casadas dos que as mais jovens (p -valor 0,0171) e por outro lado as mais jovens, ou seja, as com idade igual ou menor de 38 anos apresentavam mais escolaridade, acima de 11 anos de estudo (p -valor <0,0001) (Tabela 4.3).

O uso diário de medicamento pelas mulheres também foi associado com a idade, ou seja, as acima de 38 anos ingeriam mais medicamentos do que as mais jovens (p -valor 0,0431) (Tabela 4.3).

Tabela 4.3: Comparação da idade com variáveis sociodemográficas e aspectos de saúde de mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).

Variável	Idade				p-valor
	≤ 38,5		> 38,5		
	n	%	n	%	
Estado conjugal:					0,0171*
Não casada	13	72,22	5	27,78	
Casada	11	36,67	19	63,33	
Escolaridade:					< 0,0001**
< oito anos de estudo	2	16,67	10	83,33	
≥ oito anos e ≤ 10 anos de estudo	0	0,00	5	100,00	
≥ 11 anos de estudo	22	70,97	9	29,03	
Medicamento:					0,0431*
Não	15	65,22	8	34,78	
Sim	9	36,00	16	64,00	
Dor seis meses:					0,7711*
Não	14	51,85	13	48,15	
Sim	10	47,62	11	52,38	
Dor última semana:					0,2330*
Não	17	56,67	13	43,33	
Sim	7	38,89	11	61,11	

* p -valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p -valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Sobre os aspectos do trabalho, a média de período de tempo que as mulheres trabalhavam no ramo de comércio de hortifrutigranjeiros era 16,9 anos (DP 11,6) (Tabela 4.4), isto significava um período longo de tempo principalmente para as que eram proprietárias (35,5%).

Outra observação foi a média de idade do primeiro emprego destas trabalhadoras de 15 anos (DP 4,7) que variava entre início precoce por volta dos sete anos ou mais, normalmente na agricultura (25%) ajudando os pais até um início tardio em torno de 38 anos ou menos trabalhando na Ceasa (6,3%) (Tabela 4.4).

Além de trabalharem na Ceasa, 89, 6% das mulheres realizavam tarefas em casa, como cozinhar, lavar, passar e limpar após o horário normal de trabalho. As horas dedicadas aos serviços domésticos variavam de uma até cinco horas (Tabela 4.4).

A média de horas de sono relatadas pelas mulheres foi 5,9 horas (DP 1,5), sendo que o mínimo que elas dormiam por noite era de três horas e o máximo de oito horas e meia. Destas mulheres, 10,4% não conseguiam dormir bem a noite por apresentarem muita insônia (Tabela 4.4).

Tabela 4.4: Descrição de algumas variáveis numéricas relacionadas ao trabalho de mulheres da Ceasa Campinas, 2012 (n=48).

Variável	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Tempo de empresa*	48	8,3	6,7	0,10	7,5	25
Tempo no ramo*	48	16,9	11,6	0,10	16	40
Horas dorme	48	5,9	1,5	3	5,8	8,5
Idade do 1º emprego*	48	15,0	4,7	7	15	38
Horas tarefas domésticas	43	2,7	1,0	1	3	5

*Em anos.

Quanto à exposição aos fatores de risco no local de trabalho a maioria das trabalhadoras estava exposta aos movimentos repetitivos (75%), trabalho estressante (64,6%) e pressão do tempo para terminarem o seu trabalho (47,9%). Além disso,

atuavam em posições desgastantes por longos períodos como em pé (93,7%), sentadas (60,4%), curvadas (43,7%) e na mesma posição (58,3%) (Tabela 4.5).

Tabela 4.5: Distribuição das mulheres segundo exposição aos fatores de risco no trabalho. Campinas, 2012 (n=48).

Variáveis	Categorias	n	%
Movimentos repetitivos	Sim	36	75
	Não	12	25
Trabalho estressante	Sim	31	64,6
	Não	17	35,4
Trabalhar em pé	Sim	45	93,7
	Não	3	6,3
Trabalhar sentada	Sim	29	60,4
	Não	19	39,6
Trabalhar na mesma posição	Sim	28	58,3
	Não	20	41,7
Trabalhar curvada	Sim	21	43,7
	Não	27	56,3
Pressão de tempo	Sim	23	47,9
	Não	25	52,1
Levantar peso no trabalho	Sim	18	37,5
	Não	30	62,5
Total		48	100

4.3 Dados da capacidade para o trabalho (ICT), estresse, sonolência e fadiga das mulheres na pré-intervenção

Mais da metade das mulheres entrevistadas (58,3%) apresentavam o Índice de Capacidade para o trabalho (ICT) categórico ótimo, 37,5% era bom e apenas 4,2% das trabalhadoras possuíam ICT moderado (Tabela 4.6).

O valor médio do ICT total foi de 43,9 pontos (DP 3,4), variando de 35 a 49 pontos (Tabela 4.7).

A média da capacidade atual para o trabalho atribuída pelas mulheres em uma escala de 0 a 10 foi de 8,6 (DP 1,4). A nota mínima atribuída foi de cinco (2,1%) e a máxima foi dez (41,7%).

Tabela 4.6: Distribuição das mulheres em número e porcentagem, segundo o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Campinas, 2012 (n=48).

Capacidade para o trabalho	n	%
Ótima	28	58,3
Boa	18	37,5
Moderada	2	4,2
Total	48	100

Com relação à classificação que as mulheres fizeram sobre as exigências físicas de seu trabalho, 54,2% responderam que estavam com boa capacidade física, 22,9% estavam com ótima, 18,8% moderada e somente 4,1% responderam que estavam com baixa.

Quanto à classificação que as mulheres fizeram em relação às exigências mentais de seu trabalho, 66,7% responderam que estavam boa sua capacidade mental, 29,2% estavam ótimas e somente 4,1% responderam moderada.

Entre as mulheres entrevistadas 60,4% relataram a presença de doenças com diagnóstico médico e da opinião delas. No entanto, 45,8% das trabalhadoras responderam que possuíam doenças somente na opinião delas sem diagnóstico dos médicos. E poucas mulheres (8,33%) achavam que possuíam doenças somente por diagnóstico médico.

As doenças mais relatadas pelas trabalhadoras por diagnóstico médico e na opinião delas foram respiratórias (asma, bronquite, sinusite e rinite) - 27,1%. As doenças musculoesqueléticas (afetando membros superiores e inferiores, pescoço e coluna) também foram bastante relatadas pelas mulheres por diagnóstico médico (27,1%); no entanto, esta mesma doença musculoesquelética na opinião delas foi comentada por 20,8% e hipertensão arterial sistêmica foi relatada por 16,7% das mulheres por diagnóstico médico (Figura 4.1).

Outras doenças prevalentes tanto por diagnóstico médico e na opinião das mulheres podem ser visualizadas na figura (4.1).

Doenças prevalentes por diagnóstico médico e na opinião das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.

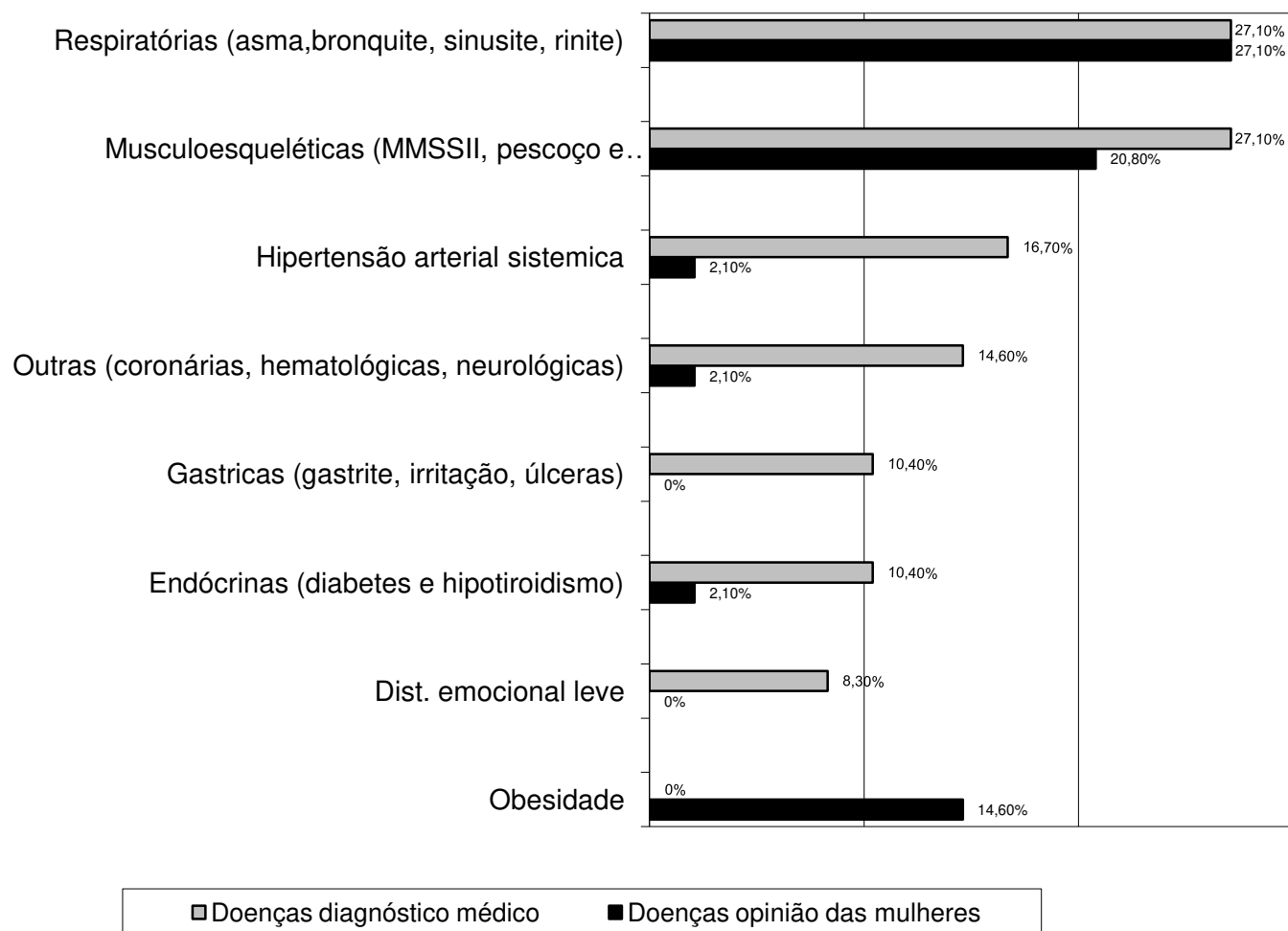


Figura 4.1: Porcentagem de doenças por diagnóstico médico e na opinião das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.

No questionário que as mulheres responderam, existia uma pergunta sobre qual espécie de estresse elas sentiam naqueles dias. No caso, era um dia de semana, e perguntava-se sobre qual estresse elas sentiam naquela semana que estava se iniciando, no meio ou terminando. Existia uma pontuação, que cada mulher respondia, baseando no que estava sentindo, de acordo com os sintomas de estresse que eram descritos como 'tensão, nervosismo, inquietação, ansiedade, incapacidade de dormir a noite porque estava o tempo todo preocupado', a pontuação variava de zero a dez, sendo o zero 'estou totalmente estressada' e o dez 'não estou estressada'. A média de estresse relatada pelas mulheres foi de 6,9 pontos (DP 2,7) (Tabela 4.7).

Foram utilizados dois questionários para sonolência, porém o da escala de Karolinska não foi possível construir um gráfico de sonolência, pois precisava ter sido averiguado a sensação de sonolência das mulheres por pelo menos três dias seguidos, o qual não foi realizado, foi medido somente no dia em que respondiam ao questionário.

Assim, na tabela 4.7 encontra-se a média de pontos das mulheres quanto à sensação de sonolência pela escala Karolinska, sendo a média de três e meio indicativa de 'alertas'. Quanto à outra escala de sonolência, a de Epworth, a média de pontos das mulheres que responderam foi de 6,4 pontos (DP 2,7) equivalendo à sensação de sonolência dentro da normalidade.

A pontuação média do questionário de 'Fadiga' respondidos pelas mulheres foi de 48,3 pontos (DP 9,0) com variação entre 33 e 75 pontos. Quanto maior a pontuação apresentada, maior a percepção da trabalhadora em relação a sensação da fadiga (Tabela 4.7).

Tabela 4.7: Descrição das médias das pontuações das variáveis numéricas que as mulheres responderam nos questionários pré-intervenção. Campinas, 2012 (n=48).

Variável	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Estresse	48	6,9	2,7	0	7,5	10
ICT	48	43,9	3,4	35	44	49
Karolinska	48	3,5	1,9	1	3	9
Epworth	48	6,4	2,7	2	6	12
Fadiga	48	48,3	9,0	33	48	75

Na tabela 4.8 estão algumas comparações entre a média do ICT das mulheres e variáveis independentes, o p -valor foi obtido pelo teste de Wilcoxon.

Por meio deste teste, três variáveis foram comparadas com as médias do ICT, ou seja, mulheres que possuíam filhos apresentaram menores médias do Índice de Capacidade para o Trabalho (p -valor 0,0333), as que referiram sensação de dor em alguma parte do corpo nos últimos seis meses (p -valor 0,0011) e as que sentiram dor na última semana (p -valor 0,0021) também estavam com menor média na pontuação do ICT (Tabela 4.8).

Tabela 4.8: Comparação de algumas variáveis nominais independentes com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).

Variável	ICT						p-valor
	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	
Filhos							0,0333*
Não	19	45,3	3,0	39	45	49	
Sim	29	43,1	3,5	35	43	49	
Atividade física							0,0935*
Não	30	43,3	3,1	35	44	49	
Sim	18	44,9	3,8	36	46	49	
Satisfação com vida							0,0952*
Não	7	42,3	3,4	39	42	49	
Sim	41	44,2	3,4	35	45	49	
Satisfação com trabalho							0,1582*
Não	3	42,0	1,0	41	42	43	
Sim	45	44,1	3,5	35	44	49	
Dor seis meses							0,0011*
Não	27	45,5	2,3	40	45	49	
Sim	21	41,9	3,7	35	42	49	
Dor na última semana							0,0021*
Não	30	45,2	2,5	40	45	49	
Sim	18	41,8	3,8	35	42	49	

*p-valor obtido por meio do teste de Wilcoxon

Na Tabela 4.9 observou-se que variáveis idade (p -valor 0,0480) e estresse (p -valor 0,0494) foram significantes por meio do teste de Wilcoxon para comparação com o ICT categorizado em <44 e ≥ 44 , escolheu-se este ponto de corte do ICT porque na amostra a maioria das mulheres apresentou o ICT na categoria boa e ótima, apenas três estavam com o ICT moderado e nenhuma com o ICT baixo. Mulheres jovens, na faixa dos 30 anos, apresentaram ICT ≥ 44 . E as que apresentaram maior pontuação na pergunta sobre o estresse também estavam com o ICT ≥ 44 .

Tabela 4.9: Comparação das variáveis idade e estresse com Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) categorizado (<44 e ≥ 44) das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).

ICT	Idade						
	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p -valor
<44	20	44,0	12,5	19,0	44,0	64,0	0,0480*
≥ 44	28	37,0	11,4	19,0	33,0	64,0	

ICT	Estresse						
	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p -valor
<44	20	5,9	3,2	0,0	6,0	10,0	0,0494*
≥ 44	28	7,7	11,4	0,0	8,0	10,0	

* p -valor obtido por meio do teste de Wilcoxon

Quando utilizado outros testes como Qui-quadrado e exato de Fisher para associações com ICT categorizado, estes testes também foram significantes. As mulheres também foram divididas entre aquelas que possuíam os escores <44 e ≥ 44 . Para as mulheres com filhos, que sentiam dores pelo corpo e estavam insatisfeitas com a vida houve associação com a menor pontuação do ICT (Tabela 4.10).

Tabela 4.10: Associação de algumas variáveis nominais independentes com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) categorizado (<44 e ≥44) das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).

Variável	ICT				p-valor
	<44		≥44		
	n	%	n	%	
Filhos					0,0190*
Não	4	21,1	15	78,9	
Sim	16	55,2	13	44,8	
Atividade Física					0,3643*
Não	14	46,7	16	53,3	
Sim	6	33,3	12	66,7	
Satisfação trabalho					0,0659**
Não	3	100	0	0	
Sim	17	37,8	28	62,2	
Satisfação vida					0,0158**
Não	6	85,7	1	14,3	
Sim	14	34,2	27	65,8	
Dor seis meses					0,0019*
Não	6	22,2	21	77,8	
Sim	14	66,7	7	33,3	
Dor última semana					<0,0001*
Não	6	20	24	80	
Sim	14	77,8	4	22,2	

*p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

**p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Na tabela 4.11 foi utilizando o teste de Wilcoxon e encontrou-se apenas uma associação significativa entre a sensação percebida da fadiga pelas mulheres com a variável independente satisfação com a vida (p -valor 0,0081).

Tabela 4.11: Comparação de algumas variáveis com as médias de pontuação da Fadiga das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=48).

Variável	Fadiga						
	n	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Mediana	Máximo	p -valor
Atividade física							0,1313*
Não	30	49,5	8,1	35	49	68	
Sim	18	46,4	10,4	33	45	75	
Satisfação trabalho							0,1924*
Não	3	58,7	12,9	44	64	68	
Sim	45	47,6	8,5	33	48	75	
Satisfação vida							0,0081*
Não	7	58,4	10,9	44	53	75	
Sim	41	46,6	7,6	33	46	68	
Dor há seis meses							0,7173*
Não	27	47,5	7,6	37	48	64	
Sim	21	49,4	10,7	33	47	75	
Dor última semana							0,1506*
Não	30	46,8	9,3	33	47	68	
Sim	18	50,9	8,2	44	49,5	75	
Tarefas domésticas							0,1227*
Não	5	51,4	3,1	47	52	55	
Sim	43	47,9	9,4	33	46	75	

* p -valor obtido por meio do teste de Wilcoxon.

Nesta tabela 4.11 entendeu-se que mulheres com satisfação na vida possuíam menores escores da fadiga, significando que poderiam estar menos cansadas que aquelas insatisfeitas com a vida. Outras variáveis também foram testadas, mas seu *p*-valor não foi significativo

Pela tabela 4.12 verificou-se correlação negativa entre ICT e idade, *p*-valor 0,0498 (*R*= -0,2846). As mulheres mais jovens que trabalhavam na Ceasa possuíam razão de chance de 2,8 vezes de possuir maior pontuação do ICT do que as mais velhas, ou seja, as trabalhadoras mais jovens estavam com melhor capacidade para o trabalho. Neste caso, a idade das mulheres pode ter sido um fator de confundimento (ou de confusão), pois esta variável ao longo do tempo se modifica, as mulheres envelhecem no trabalho, podem desenvolver mais doenças e, conseqüentemente, diminuir sua capacidade para o trabalho.

Tabela 4.12: Correlação da pontuação do ICT com idade, Estresse, Epworth, tempo de empresa e Karolinska das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.

Correlação	Coeficiente*	<i>p</i>-valor
ICT x Idade	-0,2846	0,0498
ICT x Estresse	0,3443	0,0165
ICT x Epworth	-0,2226	0,1282
ICT x Tempo de empresa	-0,0922	0,5331
ICT x Karolinska	-0,1332	0,3668

*Coeficiente de correlação de Spearman

Na tabela 4.12 também se observou que existia correlação estatística positiva entre ICT e o estresse, *p*-valor 0,0165 (*R*=0,3443), as mulheres que se sentiam mais

estressadas possuíam a pontuação mais baixa para estresse (valores mais próximos do zero), assim, possuíam razão de chance de 3,4 vezes de possuírem valores mais baixos de ICT do que aquelas que não estavam estressadas.

Na tabela 4.13 também se verificou correlação estatística negativa entre ‘fadiga’ e estresse, p -valor=0,0224 ($R=-0,3289$), para algumas mulheres, ou seja, aquelas que se sentiam mais estressadas com pontuação mais baixa para estresse, possuíam razão de chance de 3,2 vezes de ter valores mais altos de pontuação da fadiga do que aquelas que não estavam estressadas. As mulheres mais estressadas também estavam mais cansadas.

Tabela 4.13: Correlação do escore de ‘Fadiga’ com idade, estresse, Epworth, tempo de empresa e Karolinska das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.

Correlação	Coeficiente*	p-valor
Escore Fadiga x Idade	-0,0398	0,7879
Escore Fadiga x Estresse	-0,3289	0,0224
Escore Fadiga x Epworth	0,1446	0,3267
Escore Fadiga x Tempo de empresa	0,0162	0,9127
Escore Fadiga x Karolinska	0,0941	0,5244

*Coeficiente de correlação de Spearman

No modelo de regressão com o ICT como variável dependente (Tabela 4.14), algumas variáveis apresentaram correlação, como idade, p -valor= 0,0300 ($R=-0,0806$); sentir dor em alguma parte do corpo há seis meses, p -valor 0,0172 ($R=2,2876$); comparação da saúde, p -valor=0,0338 ($R=1,9895$) e estresse, p -valor 0,0137 ($R=0,4342$).

Por este modelo observou-se que algumas variáveis correlacionavam-se mais ao ICT porque quanto mais idade a mulher possuía maior tendência para ICT com menor pontuação. A idade é a variável de confundimento ou de confusão.

O ICT possuía tendência de aumento em 2,3 pontos para as mulheres que não sentiam dores e as que responderam que a saúde delas era melhor, a pontuação do ICT tendia a aumentar quase dois pontos. Para as que estavam menos estressadas (apresentavam valores mais próximos de dez) possuíam pequena tendência de aumento de 0,43 pontos no ICT (Tabela 4.14).

Tabela 4.14: Modelo de regressão com o ICT como variável dependente.

Parâmetro	Coefficiente de Beta	p-valor
Intercepto	44,5560	< 0,0001
Idade	-0,0806	0,0300
Dor há seis meses	2,2876	0,0172
Saúde comparada	1,9895	0,0338
Estresse	0,4342	0,0137

As variáveis que mais se associaram à 'Fadiga' foram comparação com saúde, p -valor=0,0393 ($R=-0,1248$) e estresse, p -valor 0,0279 ($R=-0,0250$) (Tabela 4.15).

Por este modelo (Tabela 4.15) observou-se que comparar a saúde como estando 'melhor' em relação a outras mulheres da mesma idade correlacionava com menor escore de 'Fadiga', ou seja, sentiam-se menos cansadas.

As trabalhadoras que possuíam menos estresse eram aquelas que também possuíam os menores escores da 'Fadiga', ou seja, tendiam a ser menos estressadas e menos cansadas.

Para o modelo com a 'Fadiga' como variável dependente (Tabela 4.15) aplicou-se uma função logarítmica para que a escala de 'Fadiga' ficasse na normalidade, por isso,

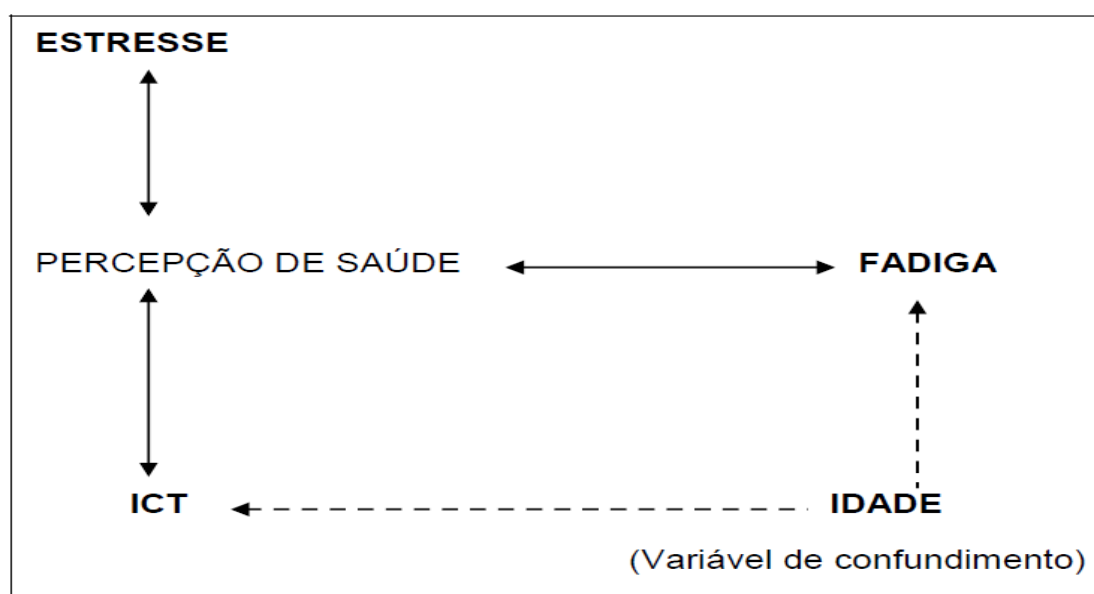
não se descreveu também os valores do coeficiente de Beta para estimar a tendência da percepção de 'Fadiga'.

Tabela 4.15: Modelo de regressão com a Fadiga como variável dependente.

Parâmetro	Coeficiente de Beta	p-valor*
Intercepto	3,9550	< 0,0001
Idade	0,0011	0,6087
Saúde comparada	-0,1248	0,0393
Como se sente	0,0214	0,1068
Estresse	-0,0250	0,0279

*Foi aplicada a transformação logarítmica

Quadro 4.1: Modelo provável da pré-intervenção com mulheres.



Pelo quadro 4.1 tem-se a união de três diferentes variáveis: estresse, ICT e 'Fadiga', e desta forma criou-se um modelo provável do estudo para a pré-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa. Por este modelo, observou-se que a percepção de saúde (sentir dores pelo corpo e comparar sua saúde como sendo igual/pior com outras

mulheres da mesma idade) relacionou-se com estas três variáveis e que a idade, provavelmente, tenha sido um fator de confundimento.

Na regressão logística múltipla na pré-intervenção para algumas variáveis que poderiam diminuir a pontuação do ICT, observou-se que a chance das mulheres que sentiam 'dor há uma semana' possuírem pontuação do ICT diminuída era 10,046 vezes maior do que as mulheres que não referiram esta dor. Outra variável, que apresentou uma razão de chance, embora pequena (0,129), foi a idade, ou seja, as mulheres mais velhas possuíam mais chances de possuírem a menor pontuação do ICT (<44) do que as mais jovens (tabela 4.16).

Nesta pesquisa esta variável foi descrita como fator de confundimento (ou de confusão), como mencionado anteriormente (Quadro 4.1).

A variável 'dor há uma semana' apresentou intervalo de confiança (IC) acima de 1,0. E a idade apresentou o IC menor do que 1,0, as demais variáveis que compuseram esta regressão apresentaram IC passando pelo 1,0 (Tabela 4.16).

Pela tabela 4.17 de regressão logística univariada na pré-intervenção para algumas variáveis que poderiam aumentar a pontuação da 'Fadiga', observou-se que a chance das mulheres que apresentavam algum problema de saúde possuírem pontuação de Fadiga maior era 9,018 vezes a mais do que as mulheres que não estavam com problema de saúde. A variável 'problema de saúde' foi a que apresentou IC acima de 1,0. As outras variáveis apresentaram IC passando pelo 1,0.

Tabela 4.16: Regressão logística múltipla na pré-intervenção para algumas variáveis sociodemográficas e aspectos de saúde que poderiam diminuir a pontuação do ICT das trabalhadoras da Ceasa. Campinas, 2012 (n=48).

Variável	ICT				Odds ratio	I.C. 95%	
	<44		≥44			L. I.	L. S.
	n	%	n	%			
Estresse							
≤5	8	61,5	5	38,5	1,084	0,139	8,447
>5	12	34,3	23	65,7	1,00 (ref)		
Idade							
≤38,5	6	25,0	18	75,0	0,129	0,021	0,771
>38,5	14	58,3	10	41,7	1,00 (ref)		
Atividade física							
Não	14	46,7	16	53,3	1,436	0,268	7,685
Sim	6	33,3	12	66,7	1,00 (ref)		
Escolaridade							
Menos de oito anos	7	58,3	5	41,7			
De oito a dez anos	2	40,0	3	60,0			
Mais de dez anos	11	35,5	20	64,5			
Medicamento							
Não	10	43,5	13	56,5	1,00 (ref)		
Sim	10	40,0	15	60,0	0,297	0,051	1,722
Dor há seis meses							
Não	6	22,2	21	77,8	1,00 (ref)		
Sim	14	66,7	7	33,3	3,391	0,568	20,259
Dor na última semana							
Não	6	20,0	24	80,0	1,00 (ref)		
Sim	14	77,8	4	22,2	10,046	1,241	81,348
Tarefas domésticas							
Não	1	20,0	4	80,0			
Sim	19	44,2	24	55,8			

Tabela 4.17: Regressão logística múltipla na pré-intervenção para algumas variáveis sociodemográficas e aspectos de saúde que poderiam aumentar a pontuação da Fadiga das trabalhadoras da Ceasa. Campinas, 2012 (n=48).

Variável	Fadiga				Odds ratio	I.C. 95%	
	≤49,5		>49,5			L. I.	L. S.
	n	%	n	%			
Stress							
≤5	5	38,5	8	61,5	1,8260	0,3070	10,8790
>5	21	60,0	14	40,0	1,00 (ref)		
Idade							
≤38,5	13	54,2	11	45,8			
>38,5	13	54,2	11	45,8			
Atividade física							
Não	14	46,7	16	53,3	1,7830	0,3730	8,5360
Sim	12	66,7	6	33,3	1,00 (ref)		
Dor há seis meses							
Não	15	55,6	12	44,4	1,00 (ref)		
Sim	11	52,4	10	47,6	0,3850	0,0700	2,1320
Dor na última semana							
Não	18	60,0	12	40,0	1,00 (ref)		
Sim	8	44,4	10	55,6	1,0600	0,1470	7,6280
Problema de saúde							
Não	23	62,2	14	37,8	1,00 (ref)		
Sim	3	27,3	8	72,7	9,0180	1,4040	57,9250
Medicamento							
Não	12	52,2	11	47,8	1,00 (ref)		
Sim	14	56,0	11	44,0	0,842	0,195	3,630
Tarefas domésticas							
Não	1	20,0	4	80,0			
Sim	25	58,1	18	41,9			
IMC							
≤25	14	73,7	5	26,3	1,00 (ref)		
>25	12	42,9	16	57,1	4,6380	0,9600	22,4060

4.4 Comparações entre pré e pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas

As mulheres que responderam ao segundo questionário pós-intervenção foram 40. Houve perda de oito mulheres, quatro destas mulheres deixaram de trabalhar na Ceasa Campinas no período que antecedeu a intervenção, ou seja, nem participaram das intervenções com orientações e distribuição de ‘folders’ explicativos sobre alimentação, sono e relaxamento e alongamentos para o corpo. As outras quatro mulheres não puderam participar da entrevista pós-intervenção, pois, o proprietário da empresa em que trabalhavam, não autorizou a pesquisadora realizar outra entrevista com estas mulheres.

Assim, as perdas de oito mulheres foram comparadas com as 40 que responderam ao questionário pós-intervenção. Por meio do teste de Wilcoxon realizaram-se comparações com variáveis numéricas e obtiveram-se médias, desvio padrão, mínimo, mediana, máximo e o p -valor entre estes dois grupos de mulheres.

A variável idade (p -valor 0,0002) foi significativa (Tabela 4.18). Era esperado que houvesse esta diferença entre os dois grupos de mulheres, pois as mais jovens, provavelmente, buscavam melhores oportunidades de empregos. Talvez, seja por este motivo também, que a idade seja um fator de confundimento neste estudo, porque as mulheres que continuaram participando do estudo foram aquelas que estavam há mais tempo na Ceasa e também estavam envelhecendo no local de trabalho.

Tabela 4.18: Comparações das variáveis numéricas entre o grupo de oito (perda) e o das 40 mulheres que participaram da pré e pós-intervenção. Campinas, 2012.

Variáveis numéricas	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor*
Idade pré-intervenção	8	25,4	5,1	19,0	27,0	32,0	0,0002
Idade pós-intervenção	40	43,6	11,2	29,0	42,0	64,0	
ICT pré-intervenção	8	45,9	2,6	43,0	44,5	49,0	0,1948
ICT pós-intervenção	40	43,6	3,6	34,0	44,0	48,0	
Karolinska pré-intervenção	8	3,3	1,7	1,0	3,0	5,0	0,7601
Karolinska pós-intervenção	40	3,2	1,4	1,0	3,0	7,0	
Epworth pré-intervenção	8	7,50	2,8	3,00	7,50	11,00	0,6089
Epworth pós-intervenção	40	6,88	3,32	0,00	6,00	12,00	
Fadiga pré-intervenção	8	49,63	7,13	38,00	48,50	64,00	0,7404
Fadiga pós-intervenção	40	50,13	10,02	37,00	48,00	80,00	
Horas de sono pré-intervenção	8	6,4	1,3	4,5	6,5	8,5	0,1360
Horas de sono pós-intervenção	40	5,5	1,5	3,0	5,5	8,0	
IMC pré-intervenção	8	25,6	2,7	22,3	25,0	31,8	0,4486
IMC pós-intervenção	40	28,2	6,8	20,9	26,5	54,7	

*p-valor obtido por meio do teste de Wilcoxon.

Entre pré e pós-intervenção das 40 mulheres trabalhadoras foram realizadas análises estatísticas comparativas, sendo as amostras pareadas. Para realizar esta comparação as oito mulheres não participantes da pós-intervenção também não fizeram parte da amostra que foi testada. Cada mulher foi pareada consigo mesma com os dados da pré e pós-intervenção.

Testes comparativos foram realizados com variáveis numéricas e obtiveram-se as médias, desvio padrão, mínima, mediana, máxima e p -valor significativo para duas variáveis testadas entre a pré e pós-intervenção das mulheres que continuaram trabalhando na Ceasa Campinas. Estas variáveis também estavam pareadas para a realização com o teste de Wilcoxon.

O resultado foi significativo para a variável 'horas de sono durante a semana' (p -valor 0,0100) e 'estresse' (p -valor 0,0328) (Tabela 4.19). Na pós-intervenção as mulheres dormiam menos e tinham pontuações do estresse menores, significando que estavam mais estressadas.

Algumas variáveis categóricas também foram associadas entre pré e pós-intervenção como 'saúde comparada', 'dor há seis meses e na última semana', 'tabagismo', 'bebidas alcoólicas', 'atividade física', 'medicamentos' e 'satisfação no trabalho' (Tabela 4.20). Estas variáveis estavam pareadas e foram testadas por meio do teste de Mc Nemar, mas nenhuma destas variáveis foi significativa entre pré e pós-intervenção.

Tabela 4.19: Comparações das variáveis numéricas entre pré e pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).

Variáveis numéricas	n	Média	Desvio Padrão	Mín	Mediana	Máx	p-valor*
Idade pré-intervenção	40	42,9	11,1	28,0	41,0	64,0	-
Idade pós-intervenção	40	43,8	11,2	29,0	42,0	64,0	
Horas de sono pré-intervenção	40	5,8	1,6	3,0	5,5	8,0	0,0100
Horas de sono pós-intervenção	40	5,6	1,5	3,0	5,5	8,0	
Estresse pré-intervenção	40	6,7	2,8	0,0	7,0	10,0	0,0328
Estresse pós-intervenção	40	5,4	3,2	0,0	5,0	10,0	
ICT pré-intervenção	40	43,6	3,5	35,0	44,0	49,0	0,8823
ICT pós-intervenção	40	43,6	3,6	34,0	44,0	48,0	
Karolinska pré-intervenção	40	3,5	2,1	1,0	3,0	9,0	0,2912
Karolinska pós-intervenção	40	3,2	1,4	1,0	3,0	7,0	
Epworth pré-intervenção	40	6,2	2,6	2,0	6,0	12,0	0,2641
Epworth pós-intervenção	40	6,9	3,3	0,0	6,0	12,0	
Fadiga pré-intervenção	40	48,1	9,4	33,0	46,0	75,0	0,3941
Fadiga pós-intervenção	40	50,1	10,0	37,0	48,0	80,0	

*p-valor obtido por meio do teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

Tabela 4.20: Associações das variáveis categóricas entre pré e pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa. Campinas, 2012 (n=40).

Variáveis		Categorias		p-valor*
Saúde Comparada	Pré-intervenção	Pós-intervenção		0,0578
		Igual/pior	Melhor	
		9	2	
Dor há seis meses	Pré-intervenção	Pós-intervenção		0,0956
		Não	Sim	
Dor há uma semana	Pré-intervenção	Pós-intervenção		0,1088
		Não	Sim	
Tabagismo	Pré-intervenção	Pós-intervenção		0,3173
		Não	Sim	
Bebidas alcoólicas	Pré-intervenção	Pós-intervenção		1,0000
		Não	Sim	
Atividade física	Pré-intervenção	Pós-intervenção		0,4795
		Não	Sim	
Medicamentos	Pré-intervenção	Pós-intervenção		0,1317
		Não	Sim	
Satisfação no trabalho	Pré-intervenção	Pós-intervenção		0,1025
		Não	Sim	

* p-valor obtido por meio do teste de Mc Nemar.

Além das comparações e associações com as variáveis numéricas e nominais entre a pré e pós-intervenção das mulheres, realizaram-se testes isolados entre o ICT e as variáveis na pós-intervenção, pois as variáveis da pré-intervenção também foram testadas isoladas com o ICT.

Na análise comparativa entre o ICT e algumas variáveis nominais na pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas obteve-se média, desvio padrão, mínima, mediana, máxima e *p*-valor significativo.

Os resultados significativos para algumas variáveis foram: 'dormir' (*p*-valor 0,0041) 'sentir dor em alguma parte do corpo há seis meses' (*p*-valor 0,0054) e na 'última semana' (*p*-valor 0,0113) e 'uso de medicamentos' (*p*-valor 0,0028) (Tabela 4.21).

As mesmas variáveis quando associadas ao ICT categorizado em <44 e ≥44 das mulheres que atuam na Ceasa Campinas também apresentaram significativos *p*-valor (Tabela 4.22).

Na pós-intervenção, as mulheres que não dormiam bem durante a noite porque tinham insônia (15%) possuíam menores escores (<44) do ICT e as que possuíam sensação dolorosa há seis meses e na última semana, e usavam algum medicamento diariamente, apresentaram as menores pontuações (<44) para o ICT.

As variáveis relacionadas aos 'folders' que foram entregues durante as intervenções para as mulheres não apresentaram associações significativas com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (Tabelas 4.21 e 4.22).

Tabela 4.21: Análise comparativa entre o ICT e variáveis nominais na pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).

Variáveis nominais	ICT						p-valor*
	N	Média	Desv. Pad.	Mín	Mediana	Máx	
Consegue dormir							0,0041
Não	6	38,8	3,8	34,0	39,5	44,0	
Sim	34	44,4	2,9	35,0	45,0	48,0	
Dor há seis meses							0,0054
Não	24	45,1	2,3	39,0	45,0	48,0	
Sim	16	41,3	4,2	34,0	41,5	47,0	
Dor na última semana							0,0113
Não	28	44,6	3,1	35,0	45,0	48,0	
Sim	12	41,3	3,9	34,0	41,5	47,0	
Medicamentos							0,0028
Não	24	44,9	3,2	34,0	45,5	48,0	
Sim	16	41,6	3,4	35,0	42,0	47,0	
Satisfação trabalho							0,4755
Não	7	42,3	4,9	34,0	44,0	48,0	
Sim	33	43,9	3,4	35,0	44,0	48,0	
Satisfação vida							0,1813
Não	6	41,3	4,8	34,0	41,0	47,0	
Sim	34	43,9	3,3	35,0	44,5	48,0	
Folder sono							0,1860
Não	4	41,0	4,6	35,0	42,0	45,0	
Sim	36	43,9	3,5	34,0	44,5	48,0	
Orientação sono							0,4252
Não	25	43,9	3,7	34,0	44,0	48,0	
Sim	15	43,1	3,6	35,0	44,0	47,0	
Folder alimentação							0,6611
Não	3	45,0	1,00	44,0	45,0	46,0	
Sim	37	43,5	3,8	34,0	44,0	48,0	
Orientação alimentação							0,5519
Não	5	45,0	1,6	43,0	45,0	47,0	
Sim	35	43,4	3,8	34,0	44,0	48,0	
Folder alongamento							0,8918
Não	4	42,8	5,3	35,0	44,5	47,0	
Sim	36	43,7	3,5	34,0	44,0	48,0	
Orientação alongamento							0,9129
Não	22	43,6	3,7	34,0	44,0	48,0	
Sim	18	43,6	3,6	35,0	44,5	47,0	

*p-valor obtido por meio do teste de Wilcoxon.

Tabela 4.22: Associações de variáveis nominais com o ICT categorizado (<44 e ≥44) na pós-intervenção das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).

Variáveis nominais	ICT				p-valor
	<44		≥44		
	n	%	n	%	
Consegue dormir					0,0095**
Não	5	83,3	1	16,7	
Sim	8	23,5	26	76,5	
Dor há seis semanas					0,0009*
Não	3	12,5	21	87,5	
Sim	10	62,5	6	37,5	
Dor há uma semana					0,0075**
Não	5	17,9	23	82,1	
Sim	8	66,7	4	33,3	
Medicamentos					0,0009*
Não	3	12,5	21	87,5	
Sim	10	62,5	6	37,5	
Satisfação trabalho					0,6622**
Não	3	42,9	4	57,1	
Sim	10	30,3	23	69,7	
Satisfação vida					0,0749**
Não	4	66,7	2	33,3	
Sim	9	26,7	25	73,3	
Folder sono					0,5839**
Não	2	50,0	2	50,0	
Sim	11	30,6	25	69,4	
Orientação sono					0,4983**
Não	7	28,0	18	72,0	
Sim	6	40,0	9	60,0	
Folder alimentação					0,5382**
Não	0	0,0	3	100,00	
Sim	13	35,1	24	64,9	
Orientação alimentação					1,0000**
Não	1	20,0	4	80,0	
Sim	12	34,3	23	65,7	
Folder alongamento					1,0000**
Não	1	25,0	3	75,0	
Sim	12	33,3	24	66,7	
Orientação alongamento					0,9189*
Não	7	31,8	15	68,2	
Sim	6	33,3	12	66,7	

*p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

**p-valor obtido por meio do teste exato de Fischer.

Algumas variáveis numéricas foram correlacionadas como a pontuação do ICT por meio do coeficiente de correlação de Spearman e somente a variável da Escala Karolinska foi correlacionada com ICT com p -valor significativo (0,0188) (Tabela 4.23). As mulheres que possuíam maior sonolência também apresentavam diminuição da capacidade para o trabalho.

Tabela 4.23: Correlação da pontuação do ICT pós-intervenção com idade, horas de sono, peso, IMC, estresse, escalas Epworth e Karolinska das mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).

Correlação	Coeficiente*	p-valor
ICT x Idade	-0,2773	0,0832
ICT x Horas de sono semana	0,1363	0,4018
ICT x Peso	-0,2068	0,2066
ICT x IMC	-0,1788	0,2761
ICT x Estresse	0,1619	0,3183
ICT x Karolinska	-0,3700	0,0188
ICT x Epworth	-0,2013	0,2129
ICT x Fadiga	-0,2899	0,0696

*Coeficiente de correlação de Spearman

Foram realizadas análises de regressão linear univariada e multivariada na pós-intervenção das mulheres que trabalhavam na Ceasa Campinas (Tabelas 4.24 e 4.25) e todas as variáveis numéricas que não possuíam distribuição normal foram transformadas em postos (ranks) para as análises.

Na análise de regressão linear univariada na pós-intervenção (Tabela 4.24), os resultados estatisticamente significantes para o ICT foram: as mulheres com maior escolaridade (p -valor 0,009); conseguiam dormir bem a noite (p -valor 0,001); não possuíam dor há seis meses (p -valor 0,002); não possuíam dor na última semana (p -valor

0,006); não tomavam medicamentos diariamente (p -valor $<0,001$) e apresentaram menor escore para sonolência na escala Karolinska (p -valor 0,019).

Quanto a análise de regressão linear multivariada (Tabela 4.25), os resultados obtidos foram a relação conjunta significativa de uso de medicamentos, consegue dormir, saúde comparada, mudança no trabalho e idade com o valor do escore do ICT na pós-intervenção. Ou seja, as mulheres com maiores valores do escore do ICT na pós-intervenção foram as que não usavam medicamentos; conseguiam dormir; eram jovens; com percepção de saúde quando comparada com a de outras mulheres como sendo melhor e para as quais houve mudança no trabalho, esta mudança a qual estas mulheres referiam, não era sobre a organização ou o local do trabalho, mas em relação à disposição física para o trabalho destas mulheres elas referiam que estavam melhores.

Sobre as mudanças na saúde, estilo de vida e trabalho das mulheres na pós-intervenção foram perguntas fechadas com respostas de 'sim' ou 'não' em relação a estas mudanças, a pesquisadora perguntava 'o que mudou' e as respostas eram abertas para elas responderem o que quisessem sobre estas mudanças.

As respostas do que as mulheres mais mudaram na saúde na avaliação pós-intervenção foi: 'menos dores pelo corpo (coluna e cabeça)'; 'mais disposição para fazer tudo'; 'melhorei a alimentação'; 'durmo melhor' e 'tenho consciência da minha saúde e quero ficar saudável'.

As respostas do que as mulheres mais mudaram no estilo de vida foram: 'fazendo caminhadas diárias'; 'comecei atividade física na academia'; 'pretendo começar alguma atividade física, acho que caminhadas'; 'mudei alguns hábitos da alimentação'; 'diminui a fritura' e 'pretendo parar de fumar'.

As respostas do que as mulheres mais mudaram no trabalho foram: 'estou com mais disposição para o trabalho' e 'o trabalho se manteve para mim'. Nenhuma mulher relatou mudanças específicas na organização do seu trabalho.

Tabela 4.24: Análise de regressão linear univariada para escore do ICT na pós-intervenção das mulheres que trabalhavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).

Variável	Categorias	Beta (EP)*	p-valor	R ^{2**}
Idade	Variável numérica	-0,26 (0,15)	0,099	0,0700
	<8 anos (ref.)	---		
Escola	8 -10 anos	9,28 (5,81)	0,119	
	≥11 anos	10,87 (3,92)	0,009	0,1741
	Não (ref.)	---		
Consegue dormir	Sim	15,69 (4,51)	0,001	0,2412
	Não (ref.)	---		
Dor há seis meses	Sim	-11,04 (3,32)	0,002	0,2250
	Não (ref.)	---		
Dor última semana	Sim	-10,65 (3,65)	0,006	0,1833
	Não (ref.)	---		
Medicamentos	Sim	-11,93 (3,24)	<0,001	0,2625
	Pior (ref.)	---		
Saúde Comparada	Melhor	5,83 (3,62)	0,116	0,0639
Escore de Karolinska	Variável numérica	-0,41 (0,17)	0,019	0,1369
Escore de Epworth	Variável numérica	-0,20 (0,16)	0,213	0,0405
Escore de fadiga	Variável numérica	-0,29 (0,15)	0,070	0,0840
	Não (ref.)	---		
Mudança na saúde	Sim	1,97 (3,81)	0,607	0,0070
	Não (ref.)	---		
Mudança estilo de vida	Sim	2,91 (3,67)	0,434	0,0162
	Não (ref.)	---		
Mudança no trabalho	Sim	5,39 (3,72)	0,156	0,0523
	Não (ref.)	---		
	Mudou	11,01 (6,05)	0,077	
Intenção de mudança	Ainda não	7,06 (6,73)	0,302	
	Manteve	7,70 (5,94)	0,203	0,0849

*Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. **R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Ref: nível de referência.

Variáveis numéricas transformadas em postos (*ranks*) devido à ausência de distribuição Normal.

Tabela 4.25: Análise de regressão linear multivariada para escore do ICT na pós-intervenção das mulheres que trabalhavam na Ceasa Campinas, 2012 (n=40).

Variáveis Selecionadas	Categorias	Beta (EP)*	p-valor	R ² Parcial**
Medicamentos	Não (ref.)	---		
	Sim	-11,08 (2,36)	<0,001	0,2625
Consegue dormir	Não (ref.)	---		
	Sim	13,14 (3,14)	<0,001	0,2014
Saúde comparada	Pior (ref.)	---		
	Melhor	10,21 (2,49)	<0,001	0,1015
Mudança no trabalho	Não (ref.)	---		
	Sim	7,50 (2,26)	0,002	0,0889
Idade	Variável numérica (ranks)	-0,24 (0,11)	0,043	0,0398

*Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão;

*EP: erro padrão de beta.

**R²: coeficiente de determinação. R² Total: 0.6941.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Intercepto (EP): 9.95 (3.86); p=0.015.

Variáveis numéricas transformadas em postos (*ranks*) devido à ausência de distribuição Normal.

4.5 Análises das atividades do trabalho em subgrupo de quatro mulheres

A pesquisadora observou as atividades do trabalho em um subgrupo de quatro mulheres participantes da primeira entrevista e que concordaram em serem observadas por um período de três horas em seu local de trabalho.

Foram observadas trabalhadoras que desempenhavam as seguintes funções: uma ajudante geral (ML2), uma proprietária (ML4), uma vendedora (GP3) e uma auxiliar administrativa que atuava na administração.

Na figura 4.2 apresentam-se as características dos objetos de trabalho que mais estavam em contato com as mulheres. Todas lidavam com algum objeto sólido a maior parte do tempo, por exemplo, nos ML2 e ML4 os objetos eram as caixas plásticas ou de madeira, além dos próprios legumes ou frutas, no GP3, objetos maiores como câmara fria, geladeira, computador e os produtos alimentícios congelados em sacos plásticos, além de caixas de papelão e na administração da Ceasa, os objetos mais utilizados pela mulher foram o computador, mesa, cadeira e um armário com gavetas.

O local de trabalho considerado com mais risco à saúde à trabalhadora foi GP3 pela presença da câmara fria, local em que a mulher entrava para pegar os produtos congelados e depois os disponibilizava em prateleiras da geladeira que ficava dentro da loja. A trabalhadora permaneceu cerca de duas horas (70%) das três horas observadas entrando ou saindo destes lugares com diferenciação térmica importante. A câmara fria e a geladeira permaneciam em temperaturas abaixo de 0°C. A trabalhadora usava o tempo todo um casaco especial que a protegia do frio por cima de sua roupa e luvas, e o uso das luvas servia para proteção das mãos ao manipular os produtos alimentícios congelados.

As trabalhadoras dos MLs foram as que mais carregavam peso (entre um a 10kg). As caixas vazias de madeiras ou de plásticos (pesavam em média 2kg) e sacos ou embalagens com (1kg) frutas e/ou legumes. O período de tempo que carregavam foi de um pouco mais de duas horas e meia (80%).

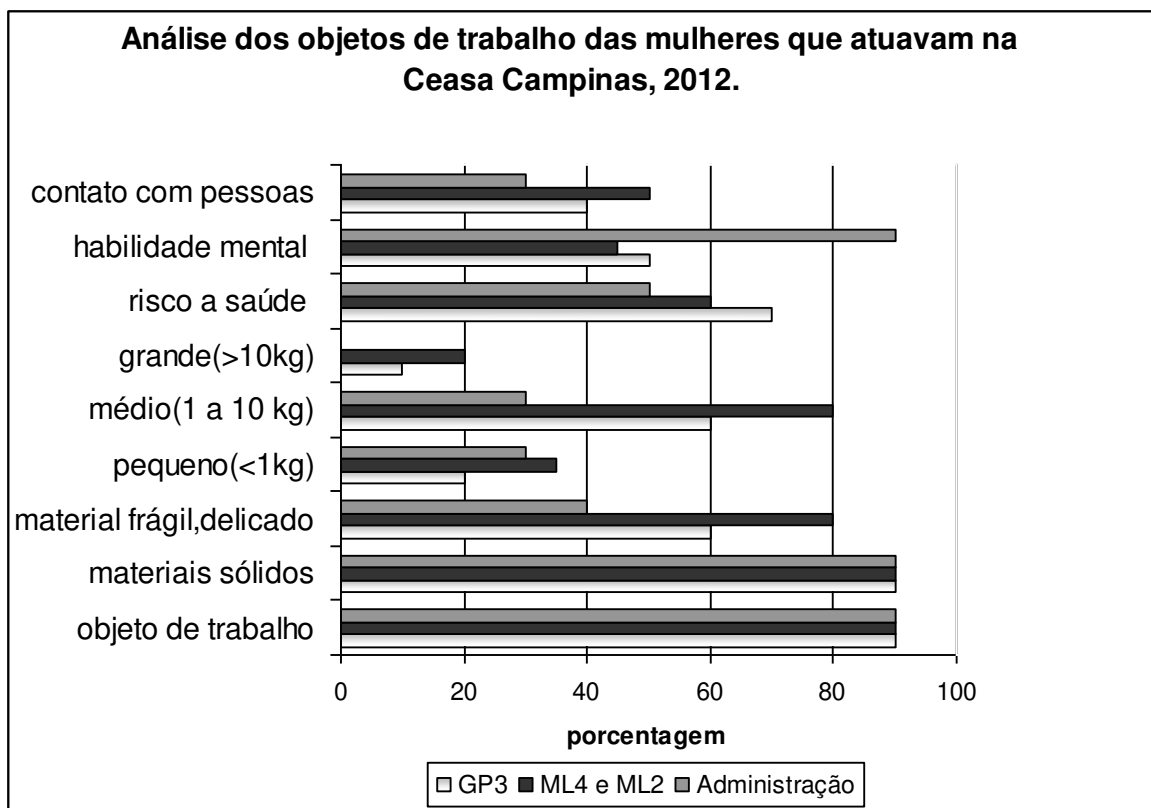


Figura 4.2: Análise das características dos objetos de trabalho do subgrupo de quatro mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.

Comparou-se a utilização de partes do corpo (membros superiores e/ou inferiores) das mulheres com as posições em que mais permaneciam em seu local de trabalho e também as exigências requeridas para cada função desempenhada. Observou-se que as mulheres dos ML2, ML4 e GP3 permaneceram mais de duas horas e meia, ou seja, quase todo o tempo da observação em pé (90%) utilizando os membros inferiores (pés e pernas) para sustentar o corpo no local de trabalho. A mulher da administração foi a que

mais trabalhou na posição sentada utilizando mais os membros superiores para trabalhar (Figura 4.3).

Observou-se também que as trabalhadoras dos MLs e GP possuíam maior exigência física, pois utilizavam várias partes do corpo em outras posturas corporais de maior risco à saúde durante suas atividades laborais como a permanência em posições agachadas, ajoelhadas e/ou curvadas (Figura 4.3).

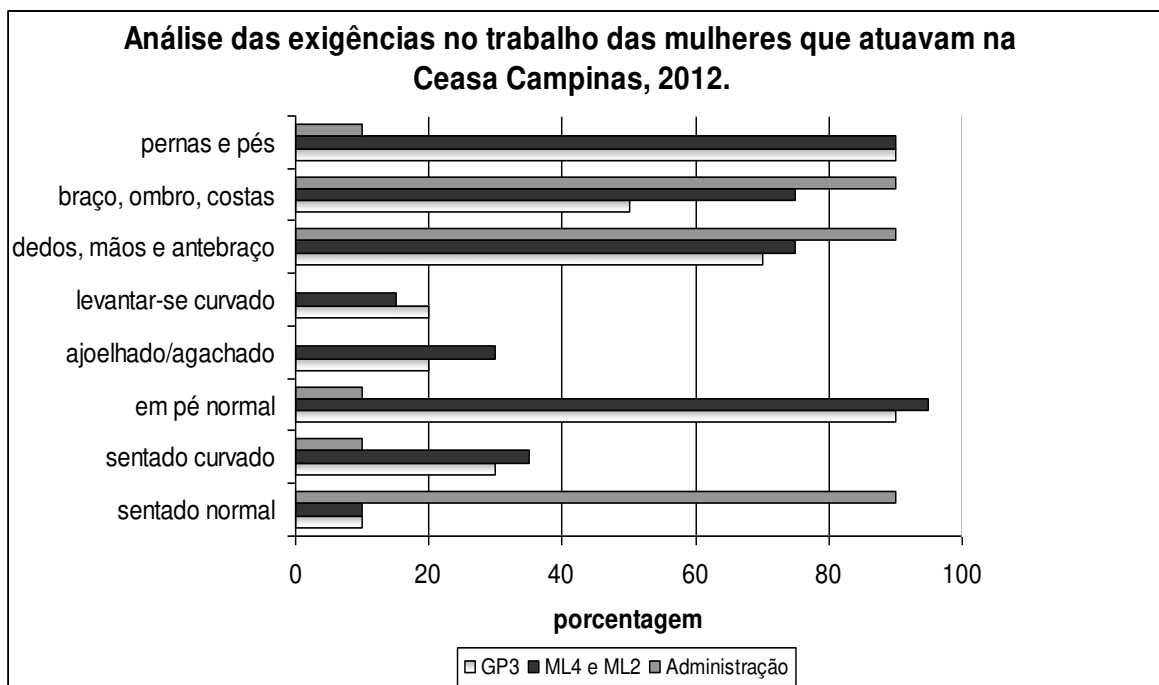


Figura 4.3: Análise das exigências no trabalho do subgrupo de quatro mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.

Uma das tarefas que era realizada com maior frequência pelas mulheres que atuavam nos ML2, ML4 e GP3 foi 'apresentação em público'. O tempo todo elas tinham contato com muitas pessoas que circulavam pela Ceasa para comprar seus produtos. Já a trabalhadora da área administrativa da Ceasa permaneceu somente no escritório e quase não tinha contato com outras pessoas, pois o acesso à administração da Ceasa ficava restrito aos funcionários que trabalhavam neste local (Figura 4.4).

Nos MLs, as mulheres separavam e embalavam os produtos (frutas e legumes) e por isso foi considerado como tarefa também a ‘montagem e desmontagem manualmente’ dos mesmos, por um período de tempo que foi observado de pelo menos uma hora (30%) do trabalho que realizavam (Figura 4.4).

Quanto à ‘operação e controle de máquinas’ foram considerados os computadores do GP3 e da administração que as mulheres destes dois locais utilizavam. Os dois MLs não possuíam computadores, mas as mulheres lidavam com máquinas que embalavam, balanças e também calculadoras para as negociações de preços de seus produtos (Figura 4.4).

O local em que os produtos eram transportados em carrinhos de transporte foi GP3. Em cerca de duas horas (60%) das três horas observadas, a mulher utilizou o carrinho para retirar produtos congelados da câmara fria para serem transportados e organizados na geladeira (Figura 4.4).

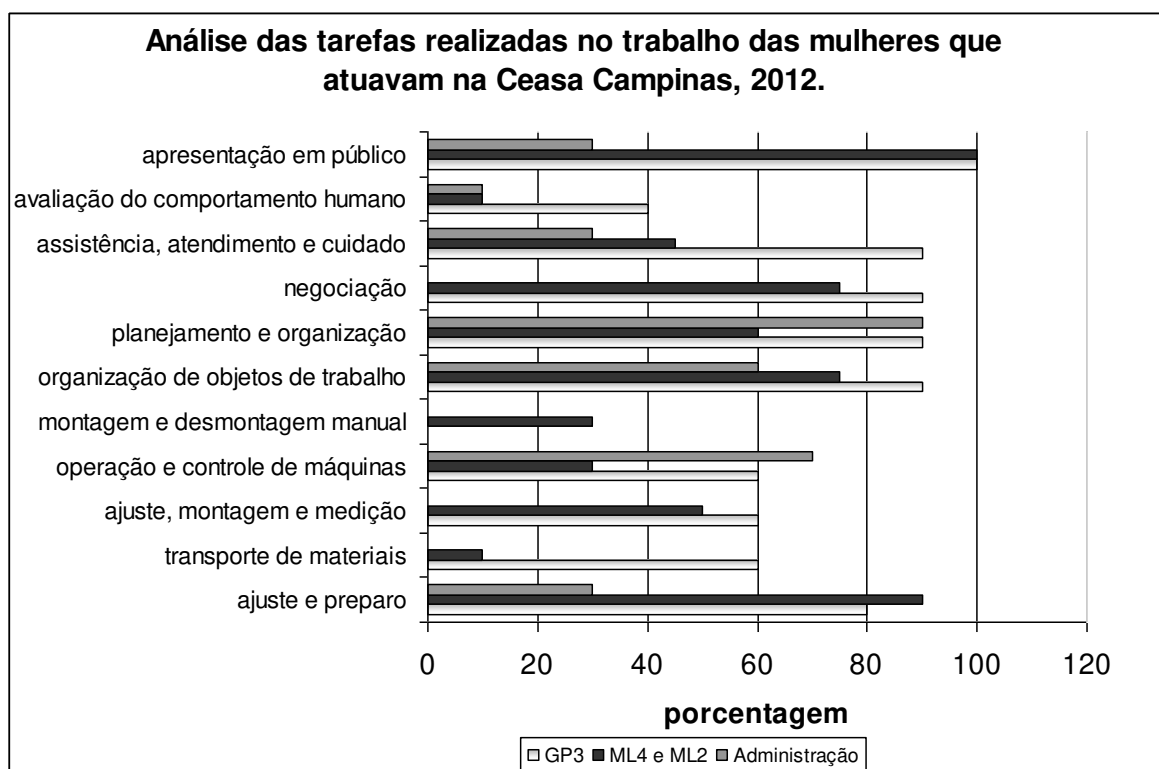


Figura 4.4 Análise das tarefas realizadas no trabalho do subgrupo de quatro mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.

As condições observadas que existiam em cada um dos três locais de trabalho eram iluminação, temperaturas extremas, equipamentos e roupas de proteção, o trabalho ao ar livre, odores, poeiras, gases e produtos químicos. A regularidade das horas de trabalho e a ocorrência de doenças ocupacionais foram perguntas realizadas diretamente para cada mulher (Figura 4.5).

Todas as mulheres possuíam regularidades de horários de trabalho que eram fixos e não existiam turnos de trabalho.

A mulher que atuava no GP3 trabalhava de segunda a sexta-feira, das sete horas da manhã até as 17 horas, possuía uma hora de pausa no horário de almoço, e aos sábados trabalhava alternados das oito até 12 horas.

As mulheres nos MLs entravam para trabalhar às cinco horas da manhã e ficavam até as 14 horas, nos dias de feira, segunda, quarta e sexta-feira, e as terças e quintas-feiras entravam para trabalhar às sete horas até as 13 horas. Aos sábados, alternados, somente a mulher do ML2 trabalhava das sete até 12 horas. A mulher do ML4 trabalhava aos domingos, das oito às 12 horas, separando os produtos (tomates) que seriam vendidos na segunda-feira.

Sobre os riscos de doenças ocupacionais foi indagado se consideravam que poderiam desenvolver alguma doença devido ao trabalho, as mulheres dos GP3 e ML 2 e 4 responderam que, embora não tivessem doenças, sentiam muitas dores pelo corpo, principalmente nos membros inferiores, por causa do trabalho em pé (Figura 4.5).

Quanto aos odores ruins, poeiras, gases e produtos químicos, as mulheres dos MLs tinham contato com poeiras e fumos, que eram gases provenientes dos escapamentos dos veículos, como caminhões e carros, que circulavam diariamente pela Ceasa. No GP3, a mulher comentou sobre o odor desagradável de produtos congelados, como carne de peixe, que às vezes, deixava o local impregnado deste odor desagradável (Figura 4.5).

Os equipamentos de proteção mais utilizados foram as roupas térmicas para a mulher do GP3 e as luvas de proteção que eram usadas tanto no GP3 como no ML4 por estas duas mulheres (Figura 4.5).

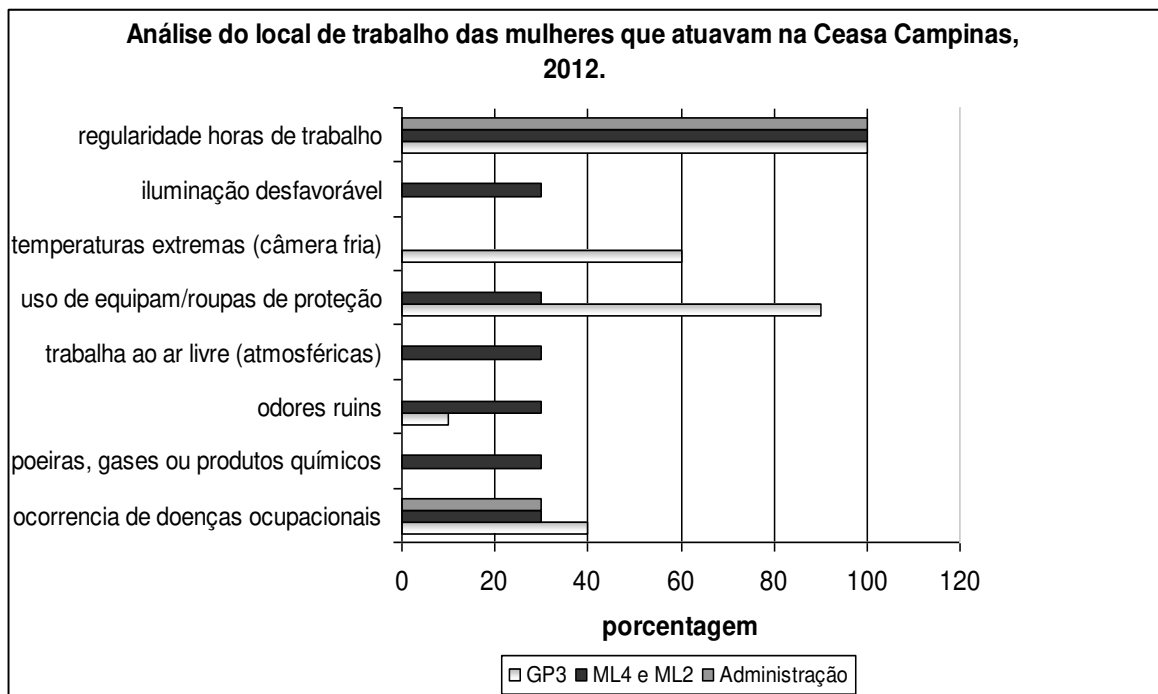


Figura 4.5: Análise do local de trabalho do subgrupo de quatro mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, 2012.

5 Discussão

As questões sobre gênero no trabalho ainda trazem desigualdade tanto dentro, quanto fora do local de trabalho e isto pode ter efeitos sobre a saúde e segurança de mulheres no trabalho (79).

No Brasil, as situações desiguais vivenciadas pelas mulheres continuam presentes pela atuação delas em postos que apresentam baixas remunerações, empregos precários e salário desigual em ocupações de mesma categoria com os homens e, aliado a isto, acrescenta-se o fato de que as trabalhadoras conciliam o trabalho com os afazeres domésticos, enfrentando assim dupla ou tripla jornada de trabalho (80,81).

Na União Européia as desigualdades de gênero no local de trabalho possuem semelhanças com os problemas brasileiros citados. O desequilíbrio entre trabalho e vida pessoal cada vez mais cresce no cotidiano das mulheres. Em 2009, 58,6% da força de trabalho na União Européia era do sexo feminino e elas preencheram 59% dos postos de trabalho (79)

Na amostra de mulheres que trabalhavam na Ceasa Campinas observou-se que embora o local de trabalho seja ‘masculinizado’, existindo maior proporção de homens na ativa (44), as mulheres que atuavam ali se sentiam valorizadas pelo trabalho realizado e conquistado.

Em uma das entrevistas, realizadas em março de 2011, a pesquisadora conversou com uma proprietária de 'pedra' que administrava sozinha sua micro empresa e sentia-se muito valorizada pelo seu trabalho e o comparava com o de operadores da bolsa de valores. A pesquisadora para melhor entender esta comparação perguntou sobre isto e a proprietária explicou: "dependendo do produto que estou vendendo no dia, pode ser tomate, ou mesmo cebola, às vezes, o alimento muda de preço no decorrer do dia, pois pode ter um preço de manhã e, à tarde, o valor pode ser maior ou menor, dependendo da procura ou não pelo produto". A pesquisadora continuou a pedir mais explicação com detalhes à proprietária sobre esta variação nos valores dos preços no decorrer do dia, e a resposta foi: "o valor pode estar maior ou menor dependendo da cotação do produto, e quando acontece isso, parece que estou operando na bolsa de valores porque se tem pouco de determinado produto no mercado, ele (o produto) se valoriza, mas se existe em grande quantidade, ele se desvaloriza e, às vezes, tem que ser vendido pela metade do valor que foi comprado para não ficar com muito prejuízo".

Esta entrevista proporcionou para pesquisadora a percepção de que o trabalho destas mulheres na Ceasa Campinas era complexo e importante para elas e que qualquer estratégia intervencionista seria mais propícia de adesão por elas se fosse realizada no próprio local em que atuavam, pois não precisariam estar afastadas de suas funções.

Outra percepção da pesquisadora foi que as mulheres destacavam-se pela possibilidade de poderem trabalhar em igualdade com os homens que ali atuavam, que poderiam ser seu próprio marido, companheiro, familiar ou mesmo outros proprietários homens, com quem realizavam comercializações.

O perfil sociodemográfico da maioria das mulheres da amostra apresentou média de idade em torno de 40 anos, casadas, com filhos, sendo a média de filhos de pelo menos dois, possuíam boa escolaridade, mais de 11 anos de estudo que correspondia ao ensino médio completo e com tempo de atuação no ramo da Ceasa em torno de 17 anos,

tempo este o suficiente para se sentirem estabelecidas profissionalmente e continuarem a fazer o que gostam.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio – PNAD (82), em 2011, a população brasileira possuía, em média, 7,3 anos de estudo. As mulheres brasileiras eram mais escolarizadas que os homens, com média de 7,5 anos de estudo, enquanto eles tinham 7,1 anos de estudo.

As mulheres que atuavam na Ceasa eram escolarizadas e ocupadas, pois estavam trabalhando no momento em que foi realizada esta pesquisa e segundo informações do Anuário Brasileiro de Educação Básica 2012 (83), a maioria da população ocupada no Brasil possui 11 ou mais anos de estudo, significando que haviam completado o ensino médio.

Constatou-se que as trabalhadoras da Ceasa estavam acima da média nacional se a referência for os anos de estudo, no entanto, estão dentro da média de anos de estudo das pessoas economicamente ativas, ou seja, que estavam trabalhando.

As mulheres que possuíam menos de 38 anos eram as que mais apresentavam anos de estudo. Assim, é possível pensar que quanto mais jovem, a mulher procura se inserir no mercado de trabalho qualificando-se para garantir melhores cargos, e isto é um fator positivo para elas.

Foi verificado que a maioria das mulheres participantes da pesquisa era casada e com filhos, ou seja, além do trabalho na Ceasa, para elas existiam a convivência em família no lar. Tem se observado que desde a primeira década do século XXI, que tanto as mulheres como os homens experimentaram aumento gradual das exigências que se divide entre a vida profissional e as demandas domésticas (84). No entanto, as brasileiras permanecem como as principais responsáveis pelas atividades domésticas e cuidados com os filhos (85). No Brasil, em 2009, a média de horas gastas pelas mulheres que trabalhavam fora do lar em tarefas domésticas por semana era de 22,0 horas, ou seja,

mais do que o dobro da média dos homens que também trabalhavam e que gastavam em média 9,5 horas semanais (85). As mulheres que atuavam na Ceasa Campinas gastavam por semana em média 18,9 horas, cerca de três horas a menos que a média nacional.

As demandas do trabalho e mais as horas dispensadas em afazeres domésticos podem ser conflitantes e acarretarem em estresse e em aspectos negativos para a saúde das pessoas (84).

Algumas pesquisas (86,87) observaram que os principais problemas associados com as demandas do trabalho e os afazeres domésticos pioravam a saúde física e mental, pois proporcionavam pouca satisfação com a vida, elevados níveis de estresse, exaustão emocional, menos atividade física, maior probabilidade de ingestão de bebidas alcoólicas, aumento da ansiedade e fadiga.

O estresse pode ser um problema de saúde pela vida e trabalho com tantos afazeres. Para as mulheres a conquista do trabalho fora do universo doméstico pode significar mais tarefas para serem cumpridas ao longo do dia, podendo tornar o trabalho estressante. Mais da metade (64,6%) das trabalhadoras participantes desta pesquisa referiram que o trabalho delas era estressante.

Segundo a Agência Européia para a Segurança e Saúde no Trabalho (88), “o estresse relacionado com o trabalho é um dos maiores desafios para a saúde e a segurança na Europa”. Qualquer trabalhador pode ficar estressado no seu local de trabalho e isto pode acarretar em problemas de saúde para o empregado como também em prejuízos para as organizações econômicas (88), pois a produtividade pode diminuir em decorrência aos danos causados a saúde das pessoas ativas. Além do adoecimento, as pessoas podem se sentir infelizes tanto com o trabalho como com a vida familiar e o estresse pode contribuir para outros problemas de saúde relacionados com o trabalho, como as lesões musculoesqueléticas (88).

O estresse pode ser considerado como um agente de desequilíbrio da homeostase do organismo humano devido a grande quantidade de tensões que o corpo enfrenta diariamente (89).

Além do trabalho estressante, as mulheres que atuavam na Ceasa apresentavam alguns hábitos do estilo de vida que também poderiam acarretar em problemas de saúde aliado ao fato de possuírem a dupla jornada de trabalho com a função desempenhada na empresa e os afazeres domésticos. Os hábitos eram tabagismo presente em 20,8% delas, ingestão de bebidas alcoólicas (33,3%) e prática de atividade física de somente 37,5%. Além destes hábitos, mais da metade das mulheres (60,2%) estavam com sobrepeso (IMC médio de 27,9 kg/m²).

Existia uma expectativa por parte das mulheres sobre o que queriam que fosse abordado durante as intervenções e os temas mais escolhidos por elas durante o período da pré-intervenção foram: orientações para alimentação saudável, atividade física, relaxamento e bem estar. No entanto, a pesquisadora, utilizou também as anotações feitas em um diário de campo (90) e também as observações das atividades de trabalho em subgrupo de quatro mulheres, que consta no tópico 4.5 dos 'resultados', para entender o trabalho e contemplar o que poderia ser prioridade durante as intervenções.

A promoção da saúde no local de trabalho possui relação direta com o tipo de intervenção que poderá beneficiar ao trabalhador, desta maneira, nesta tese, os temas escolhidos pelas mulheres foram contemplados e foi incluído também orientações referentes a higiene do sono.

Como primeiro tema de intervenção às mulheres contemplou-se alimentação saudável, pois, mais da metade das mulheres estava com sobrepeso. Não era esperado que em pouco tempo (cerca de seis meses) e somente com orientações e/ou sugestões, diminuíssem seus índices de massa corporais (IMC) para peso normal entre 18,5 e 25 kg/m² (91), mas a ideia era incentivá-las ao consumo de alimentos naturais e integrais,

hábitos saudáveis na alimentação (76) e alertá-las sobre os malefícios dos alimentos industrializados e refeições calóricas como lanches e salgados fritos, que muitas relatavam que consumiam quase que diariamente na Ceasa Campinas.

Como segundo tema priorizou-se orientações para prática de alongamento durante o horário de trabalho e incentivo a atividade física de baixo impacto, como caminhadas diárias, fora do horário de trabalho. Esta intervenção foi priorizada devido à constatação de que as mulheres que atuavam na Ceasa sentiam muitas dores em algum local do corpo. No estudo (33), no qual se realizaram intervenções para trabalhadoras suecas com sintomas musculoesqueléticos, o grupo em que as atividades educativas em ergonomia foram colocadas em práticas, as mulheres desenvolveram estratégias de melhor enfrentamento da dor.

A presença de dor nas mulheres que trabalhavam na Ceasa foi observada pelas análises estatísticas que foram realizadas na pré-intervenção. A variável ‘sentir dor em alguma parte do corpo’, principalmente na última semana, estava associada com a diminuição da capacidade para o trabalho (ICT) que deixava de ser ótima para ser classificado como boa para as mulheres que referiam dor (Tabela 4.9).

Pela regressão logística múltipla realizada na pré-intervenção com estas mulheres que participaram da primeira entrevista (Tabela 4.16), para as que sentiam dores pelo corpo há uma semana existia chance de 10,046 vezes a mais de diminuir sua capacidade para trabalho do que as mulheres que não referiam sentir dor.

Observou-se na pré-intervenção que, além da sensação de dor que favorecia a diminuição dos pontos do ICT, 27,1% das mulheres também apresentavam doenças musculoesqueléticas diagnosticadas por médicos e isto favoreceu também que na intervenção se incluísse alguma estratégia que pudesse amenizar estes problemas relacionados à dor.

Outra contribuição para incentivar a prática de alongamentos e atividade física foi o resultado das análises das atividades de trabalho em subgrupo de quatro mulheres que atuavam em diferentes locais da Ceasa Campinas, pois pela observação constatou-se que existia exigência física de muitas partes do corpo para três delas, sendo o risco 'trabalhar em pé' a maior parte do tempo para as que atuavam nos ML2, ML4 e GP3. Trabalhar em posição em pé sobrecarregava os membros inferiores (quadril, pernas e pés) e esta posição de risco também estava presente em um estudo ergonômico com carregadores e proprietários que atuavam na Ceasa Campinas (92).

Outras posturas corporais desgastantes também estavam presentes neste subgrupo de mulheres como as posições 'agachada', 'ajoelhada' e 'curvada'. As três mulheres que atuavam nos ML2, ML4 e GP3 relataram que sentiam dores pelo corpo, principalmente na coluna lombar e pernas.

Em estudo com professores de escolas públicas brasileiras (8), as professoras que eram a maioria da amostra também possuíam riscos no trabalho semelhantes aos das mulheres da Ceasa, como trabalhar nas posições em pé, curvada, sentada e as doenças por diagnósticos médicos musculoesqueléticas também foram as mais relatadas por estes professores.

Na análise das atividades do trabalho da quarta mulher que atuava na administração da Ceasa observou-se que ela ficava a maior parte do tempo do seu trabalho 'sentada' e utilizava os membros superiores (dedos, mãos e braços) o tempo todo, enquanto digitava no computador com movimentos repetitivos. Embora, na amostra somente quatro mulheres eram trabalhadoras da administração da Ceasa, os movimentos repetitivos estavam presentes também nas outras mulheres que atuavam na Ceasa, pois 75% delas referiram que realizavam este movimento no trabalho.

Dentre estes quatro locais de trabalho da Ceasa (ML2, ML4, GP3 e administração da Ceasa) o que pode ser considerado com maior risco para a saúde das trabalhadoras

foi o GP3 pela presença da câmara fria, pois, de acordo com um estudo realizado na Suécia (93) trabalhadores expostos a temperaturas baixas durante a jornada de trabalho possuíam forte relação com sintomas musculoesqueléticos, especialmente das regiões pescoço, ombros e coluna lombar. Trabalhar em contato com temperaturas baixas pode ser considerado fator de risco que intensifica os sintomas musculoesqueléticos em várias partes do corpo de qualquer trabalhador (93).

Pela análise das atividades de trabalho em subgrupo de quatro mulheres, a pesquisadora entendeu como eram desempenhadas as funções das trabalhadoras. Não existia intenção e nem tempo hábil por parte da pesquisadora em modificar a organização do trabalho de cada local analisado, mas em propiciar intervenções com orientações sobre práticas de alongamentos e incentivo a atividade física.

Nas orientações realizadas em cada local de trabalho das mulheres foram distribuídos também os 'folders' sobre os temas destas duas intervenções. A associação da alimentação saudável com prática de atividade física favorece ao envelhecimento saudável da população (94).

Para a intervenção no local de trabalho, além das orientações para alimentação saudável, prática de atividade física e alongamentos, foi incluído também o tema 'importância do sono para a saúde', pois na Ceasa o horário de trabalho iniciava-se quando ainda era madrugada às cinco horas da manhã, para as que atuavam nas 'pedras'. Esta terceira intervenção consistia em orientações e entrega do 'folder' (Apêndice 2) com sugestões para uma boa noite de sono e também uma técnica de relaxamento (75), por meio da respiração abdominal, pois existia uma solicitação das mulheres sobre relaxamento e bem estar.

Durante as entrevistas na pré-intervenção algumas mulheres (22,9%) relatavam que o horário de trabalho na Ceasa cansava porque se iniciava muito cedo e, para a grande maioria, era necessário acordar de madrugada. Aliado a isto, existia o fato que, após o

horário de trabalho, normalmente no horário da tarde, quando estavam em casa, usavam este período para os afazeres domésticos e cuidados com os filhos, tendo pouco tempo para descansarem neste período.

Esta falta de tempo para descansar entre as mulheres que trabalhavam fora do lar parece ser comum também em outras áreas, como a da enfermagem (95) que após o término do trabalho em turno nos hospitais, as trabalhadoras dedicavam longas horas ao trabalho doméstico aumentando sua sobrecarga de trabalho, o que poderia refletir em cansaço.

Todas as orientações realizadas com as mulheres ocorreram nos mercados livres e galpões permanentes, em dias previamente agendados, e os três temas foram abordados, bem como a entrega dos 'folders' para elas.

Todos os testes comparativos realizados com variáveis dos questionários pré e pós-intervenções foram obtidos das 40 trabalhadoras participantes de todas as etapas deste estudo. Oito mulheres não participaram da pós-intervenção, quatro deixaram de trabalhar na Ceasa na época da intervenção e as outras quatro mulheres não foram autorizadas pelo proprietário da empresa a serem entrevistadas novamente após a intervenção.

Entre o grupo de perda de oito com as 40 mulheres que continuaram participando realizaram-se análises estatísticas comparativas, porém, a única variável significativa foi idade, as mulheres que saíram eram mais jovens do que as se mantiveram no trabalho. A justificativa para esta diferença de idade poderia ser que as jovens que saíram da Ceasa procuraram melhores oportunidades de empregos em outros locais.

Entre as 40 mulheres participantes da pré e pós-intervenção ocorreram poucas mudanças entre as variáveis, provavelmente devido ao curto período de tempo de acompanhamento (*follow-up*), que totalizou um ano entre o *baseline* e a pós-intervenção, e de seis meses entre a intervenção e a pós-intervenção. Os dados destas 40 mulheres foram submetidos a análises estatísticas comparativas, sendo as amostras pareadas.

Para realizar esta comparação as oito mulheres que não participaram da pós-intervenção não fizeram parte desta análise.

Assim, entre a pré e a pós-intervenção, quando comparadas, as variáveis priorizadas nas intervenções como sensação de 'dores pelo corpo há seis meses' e 'há uma semana', 'prática de atividade física' e o 'índice de massa corporal (IMC)' constatou-se que não houve alteração delas após as intervenções. Além destas, outras variáveis: 'tabagismo', 'ingestão de bebidas alcoólicas', 'uso de medicamentos', entre outras, também não mudaram para estas trabalhadoras da Ceasa.

Quanto às pontuações de algumas variáveis numéricas provenientes dos questionários utilizados e respondidos neste estudo, tais como 'ICT', 'Fadiga', 'Epworth', 'Karolinska' todos mantiveram pontuações semelhantes entre a pré e pós-intervenção. Sobre a pontuação do ICT não ter se alterado, deve-se provavelmente, ao período curto de acompanhamento, como deste estudo, entre intervenção e pós-intervenção de aproximadamente seis meses, que não foi suficiente para que ocorressem mudanças no ICT. Para que mudanças ocorressem na pontuação seria necessário que este estudo fosse acompanhado por muitos anos (longitudinal), como foram os estudos finlandeses que acompanharam milhares de trabalhadores por longos períodos de tempo (25,27,59).

Embora para o ICT exista a necessidade de acompanhamento por período de longos anos, estudos de intervenção (33, 34) visando à promoção da saúde no local de trabalho utilizaram este questionário e em um deles (33) ocorreu melhora na capacidade para o trabalho, em nove meses de acompanhamento de mulheres suecas com sintomas musculoesqueléticos, porém, no outro (34) não houve alteração do ICT, mesmo sendo um ano de acompanhamento, a justificativa dos autores para que não ocorresse alteração da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de escritório holandeses foi que inicialmente no estudo o ICT estava com pontuação relativamente alta sendo esta razão a mais provável para não aumentá-lo ainda mais após a intervenção. Este último estudo

(34) foi semelhante com este das mulheres da Ceasa no que se refere à pontuação do ICT pré e pós-intervenção.

A capacidade para o trabalho vem sendo utilizada como fator determinante para prevenção das capacidades mentais e físicas dos trabalhadores e para manutenção de suas funções (58,59,96), pois mantendo uma boa capacidade no trabalho, o trabalhador se mantém ativo e para o empregador reduzem-se as perdas da força de trabalho (96).

Quando se realizou análises com algumas variáveis relacionadas aos aspectos de saúde e as comparou com a pontuação do ICT das mulheres na pré e na pós-intervenção observou-se que a 'sensação de dor pelo corpo' manteve-se relacionada às pontuações menores do ICT para mulheres que possuíam dores pelo corpo, mesmo após a intervenção com orientações para alongamentos e práticas de atividade física.

Quanto à pontuação da percepção de fadiga entre as mulheres que atuavam na Ceasa tanto na pré como na pós-intervenção não terem se alterado também, pode-se supor que o fator tempo de acompanhamento não tenha sido suficiente para que ocorresse alguma alteração na pontuação. Sobre esta pontuação da fadiga, assim como o ICT que se apresentou com pontuação relativamente boa para a capacidade do trabalho destas mulheres na pré-intervenção, algo semelhante ocorreu também na fadiga, pois a média de pontos na pré foi 48,1 (DP 9,4) e na pós-intervenção um ligeiro aumento para 50,1 pontos (DP 10,0). Pode-se referir que estas trabalhadoras da Ceasa possuíam percepção de fadiga relativamente baixa, pois os valores estavam mais próximos dos 30 pontos, valor este considerado pelo autor (52) deste questionário como pouca percepção de fadiga. No estudo com enfermeiros na Amazônia (97), existe consideração dos valores compreendidos entre 30 e 62 pontos para a percepção da fadiga como dentro da normalidade e valores acima de 63 pontos considerados como de elevada fadiga.

Neste estudo com trabalhadores da enfermagem (97) constatou-se que a fadiga elevada estava presente em 25,7% deles, diferente das mulheres da Ceasa, em que

12,5% delas na pré-intervenção e 15% na pós-intervenção apresentaram fadiga elevada. A fadiga pode ser mencionada como um fator que contribui para acidentes e doenças em vários setores de trabalho, dentre eles, o setor da saúde (97), pois a percepção da fadiga pode ter relação com atividades laborais que exigem muito esforço físico, mental e ao estresse.

Em relação aos resultados dos testes comparativos obtidos na pós-intervenção das mulheres que trabalhavam na Ceasa, dentre as variáveis testadas, 'as que dormiam menos a noite' (um pouco mais de cinco horas por noite) estavam com pontuações do estresse menores também (cerca de cinco pontos), ou seja, mais estressadas.

O começo do ano costuma ser de grande expectativa para os comerciantes, pois com o término das festas de fim de ano, pode ocorrer diminuição das vendas (98). Talvez, pelo período (meses de fevereiro e março de 2012) em que foram realizadas as entrevistas pós-intervenção com as mulheres, possa ter contribuído para o aumento do estresse. Outra possibilidade foram mudanças políticas ocorridas no ano de 2011 na Prefeitura Municipal de Campinas (99) que refletiram diretamente na administração da Ceasa com a troca da diretoria por duas vezes.

De modo geral, estudos de intervenções identificados nesta tese (33-35,63, 64,68,69,100) apontaram que alguns (33,63,69) foram efetivos em seus resultados finais, porém em outros (34,35,64,68,100) foram poucos efetivos e até não efetivos (64,100) em suas intervenções com trabalhadores no local de trabalho. Da mesma maneira, pode-se dizer que, neste estudo de intervenção para promoção da saúde das trabalhadoras da Ceasa, as intervenções propostas de orientações que foram realizadas não tiveram efetividade perante a amostra das mulheres.

Existem evidências sobre promoção da saúde no local de trabalho que sugere que as intervenções para serem eficazes na melhoria da saúde do trabalhador necessitam de um programa de promoção da saúde que consiga interferir tanto a nível individual como

coletivo, no próprio local de trabalho (101), portanto, tais programas para serem implantados possuem custo financeiro elevado e, muitas vezes, necessitam de vários profissionais para se concretizar e atingir efetividade perante aos trabalhadores.

5.1 Limitações do estudo

As limitações desta tese foram o período de intervenção curto, o intervalo pequeno sem repetir a intervenção, a impossibilidade de fazer randomização e as perdas na pós-intervenção que diminuíram a amostra das mulheres para as análises.

Embora não houve diferenças para as mulheres que atuavam na Ceasa na pré e pós-intervenção, existe a possibilidade de viés de seleção, por ser uma amostra somente com mulheres e de tamanho reduzido. Delineamentos com intervenção randomizada poderão ser realizados no futuro desde que estratégias de intervenções sejam aperfeiçoadas para tal efeito.

Das 48 mulheres que participaram da pré-intervenção, quatro saíram da Ceasa e quatro o proprietário não autorizou a entrevista na pós-intervenção, existe a possibilidade de que se estas oito mulheres tivessem participado da pós-intervenção, os resultados poderiam ser diferentes dos atuais. No entanto, estas mulheres que não participaram, não apresentaram diferenças significativas com o restante do grupo, quando comparado estatisticamente, com exceção da faixa etária das que saíram da Ceasa, que eram mais jovens e, possivelmente, estavam procurando melhores oportunidades de emprego.

6 Conclusões

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a capacidade para o trabalho, aspectos de saúde e condições de trabalho para intervir por meio da promoção da saúde com mulheres que atuavam na Ceasa Campinas, São Paulo.

A média de idade das mulheres foi de 40 anos, casadas, com filhos, sendo em média dois filhos, possuíam boa escolaridade (ensino médio completo), gastavam por semana em média 18,9 horas com afazeres domésticos. A dupla jornada de trabalho estava presente para a maioria delas. Quanto ao estilo de vida apresentavam tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, baixa frequência de atividade física e sobrepeso.

As pontuações da capacidade para o trabalho (ICT), percepção de fadiga, e das escalas de sonolência mantiveram-se com as mesmas pontuações na pré e pós-intervenção. As mulheres mantiveram boa capacidade para o trabalho e baixa percepção de fadiga.

O aspecto de saúde que mais interferiu na diminuição da capacidade para o trabalho das mulheres na pré e pós-intervenção foi 'sentir dor em algum local do corpo', tanto dor crônica, há mais de seis meses, como dor aguda, na última semana. Porém, outras variáveis também contribuíram para diminuição do ICT tanto na pré como na pós-intervenção: 'comparação da saúde como sendo pior/igual', 'estresse', 'uso de medicamentos' e 'idade', porém esta foi considerada como fator de confusão.

As mulheres relataram pouca fadiga e não houve alterações significativas entre a pré e pós-intervenção quanto à pontuação da percepção da fadiga, que se manteve.

As propostas de intervenções basearam-se em orientações e entrega de ‘folders’ com foco na conscientização para adoção de hábitos saudáveis. Para compor as intervenções, a pesquisadora utilizou os temas escolhidos pelas mulheres no período da pré-intervenção, anotações do diário de campo e também observações das atividades de trabalho em subgrupo de quatro mulheres. Os temas foram: alimentação saudável, atividade física/alongamentos, higiene do sono, relaxamento e bem estar.

Quanto às análises das atividades de trabalho, as mulheres dos quatro locais de trabalhado observados possuíam demanda física utilizando diversas partes do corpo para realização do trabalho com movimentos repetitivos e posições com riscos à saúde como: trabalhar em pé, sentada, curvada, agachada por muitas horas seguidas. Além das exigências físicas, elas apresentaram demanda mental e estresse. Esses resultados podem contribuir para futuramente realizarem-se estudos de intervenção que se estendam também para adequações das condições no próprio local e na organização do trabalho.

Todas as intervenções com orientações foram bem aceitas pelas trabalhadoras, no entanto, não apresentaram efetividade perante a amostra das mulheres, pois, não ocorreu diferença estatística significativa na comparação entre a pré e pós-intervenção da capacidade para o trabalho, percepção de fadiga, aspectos de saúde, principalmente da dor, estresse, índice de massa corporal e prática de atividade física.

A realização desta tese foi importante por se tratar de um dos primeiros estudos com intervenção realizado na Ceasa Campinas e os resultados mostraram que existe necessidade de dar continuidade às intervenções, visando a manutenção da capacidade para o trabalho, dos aspectos de saúde e condições de trabalho destas mulheres no decorrer dos anos de trabalho neste local.

7 Referências

- 1.Monteiro Cocco MI. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma empresa de tecnologia da informação. Campinas, 2002. Tese (Livre Docência) – Universidade Estadual de Campinas, 2002.
- 2.Fernandes ACP, Monteiro MI. Work ability among workers from a condominium of high technology companies. Rev Bras Enferm, 2006; 59(6):752–6.
- 3.Chillida M de SP, Cocco MIM. Worker's health & outsourcing: worker's profile in a hospital cleaning service. Rev Lat Am Enfermagem, 2004;12(2):271–6.
- 4.Duran ECM, Cocco MIM. Work ability among nursing workers at the emergency service of a university hospital. Rev Lat Am Enfermagem, 2004; 12(1):43-9.
- 5.Ornellas TCF. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma empresa metalúrgica de uma cidade do interior paulista. [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2004.

- 6.Hodge EP. Riscos associados ao trabalho e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de uma indústria farmacêutica. [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.
- 7.Andrade CB, Monteiro MI. Aging and work ability of workers of a university hospital's cleaning and hygiene service. *Rev Esc Enferm USP*, 2007; 41(2):237–44.
- 8.Vedovato TG, Monteiro MI. Socio-demographic profile and health and working conditions of teachers of nine state of São Paulo public schools. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42(2):290–7.
- 9.Welle MCS. Fadiga e capacidade para o trabalho entre trabalhadores rurais de flores e plantas da região de Holambra-SP. [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2008.
- 10.Masson VA, Monteiro MI. Life style, health aspects and work among truck drivers. *Rev Bras Enferm*, 2010; 63(4):533-40.
- 11.Vegian CFL, Monteiro MI. Living and working conditions of the professionals of the a Mobile Emergency Service. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2011; 19(4):1018-24.
- 12.Meyer DE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Lopes MJM, Meyer DE & Waldow VR (Orgs). *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.41-51.

13.Olinto MTA. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. Rev Bras Epidemiol, 1998; 1(2):161-9.

14.Aquino EML, Barbosa RM, Heilborn ML, Berquó E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. Cad Saúde Pública, 2003;19(Supl.2):198-9.

15.Giatti L, Barreto SM. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. Cienc Saúde Coletiva, 2002; 7(4):825-39.

16.Fonseca RMGS, Guedes RN, Zalaf MRR, Venâncio KCMP. Pesquisa de gênero na produção de enfermagem: contribuição do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da EEUSP. Rev Esc Enfer USP, 2011; 45(Esp.2):1690-5.

17.Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saúde Pública, 2006;40 (N Esp):121–32.

18.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa mensal de emprego – PME. Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. 2012 [Acessado em 10 de novembro de 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf

19.Bruschini C, Ricoldi AM, Mercado CM. Trabalho e gênero no Brasil até 2005: uma comparação regional. In: Costa AO, Sorj B, Bruschini C, Hirata H (orgs). Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. p.15-33.

20.Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE. A situação do trabalho na primeira década dos anos 2000. São Paulo, 2012. [Acessado em 8 de novembro de 2012]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/livroSituacaoTrabalhoBrasil/livroSituacaoTrabalhoBrasil.pdf>

21.Dedecca CS. Tempo, trabalho e gênero. In: Costa AA, Oliveira EM, Lima MEB, Soares V (orgs). Reconfiguração das relações de gênero no trabalho. São Paulo, SP: CUT Brasil, 2004. p.21-52.

22.Hirata H. O universo do trabalho e da cidadania das mulheres - um olhar do feminismo e do sindicalismo. In: Costa AA, Oliveira EM, Lima MEB, Soares V (orgs). Reconfiguração das relações de gênero no trabalho. São Paulo, SP: CUT Brasil, 2004. p.13-20.

23.Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE. O mercado de trabalho brasileiro: resultados da RAIS 2011. [Acessado em 8 de novembro de 2012]. Disponível em: <http://www.coreconpr.org.br/wp-content/uploads/2012/11/DIEESE-notatec116-ResultadosRAIS2011-nov2012.pdf>

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD. Síntese de indicadores 2011: comentários. [Acessado em 10 de novembro de 2012]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Sintese_Indicadores/comentarios2011.pdf

25. Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockers M. Aging, work, life-style and work ability among finish municipal workers in 1981-1992. Scand J Work Environ Health. 1997;23(suppl.1):58-65.

26. Ilmarinen J. Aging workers. Occup Environ Med. 2001; 58(8):546-52.

27. Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Aging and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2006.

28. Ilmarinen J. Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scand J Work Environ Health, 2009; 35(1):1–5.

29. Martus P, Jakob O, Rose U, Seibt R, Freude G. A comparative analysis of the work ability index. Occup Med. 2010;60(7):517-24.

30. van den Berg TIJ, Elders LAM, de Zwart BCH, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on Work Ability Index: a systematic review. Occup Environ Med. 2009;66:211-20.

31. Leppänen A, Hopsu L, Klemola S. Can improvement of work and work process knowledge support well-being at work? *International Congress Series*, 2005;1280:377-81.
32. Leppänen A, Hopsu L, Klemola S, Kuosma E. Does multi-level intervention enhance work process knowledge? *Journal of Workplace Learning*, 2008;20(6):416–30.
33. Larsson A, Karlqvist L, Gard G. Effects of work ability and health promoting interventions for women with musculoskeletal symptoms: a 9-month prospective study. *BMC Musculoskeletal Disord*, 2008; 9:105.
34. Blangsted AK, Søgaard K, Hansen EA, Hannerz H, Sjøgaard G. One-year randomized controlled trial with different physical-activity programs to reduce musculoskeletal symptoms in the neck and shoulders among office workers. *Scand J Work Environ Health*, 2008; 34(1):55–65.
35. Speklé EM, Hoozemans MJ, Blatter BM, Heinrich J, van der Beek AJ, Knol DL, et al. Effectiveness of a questionnaire based intervention programme on the prevalence of arm, shoulder and neck symptoms, risk factors and sick leave in computer workers: A cluster randomised controlled trial in an occupational setting. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2010; 27;11(1):99.
36. Wynne R. The Future of workplace health promotion. In: Leino T, Olsson K (Eds). *Workplace Health Promotion: Practice and Evaluation*. Helsinki, Finland: Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) Bookstore. 2004. p.8-12.

37. Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho. Promoção da saúde mental no local de trabalho: resumo de um relatório de boas práticas. Facts [série da Internet]. 2012 [Acessado em 6 de outubro de 2012];(102):[2p.] Disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/102>

38. Buss P. Health promotion and quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; 5(1):163-77.

39. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa - CA: Canada Government; 1974 [Acessado em 30 de outubro de 2012]: [77p.]. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

40. Carvalho SR. Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo, SP: HUCITEC - Humanismo Ciência & Tecnologia; 2005.

41. World Health Organization – WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion; 1986 [Acessado em 30 de outubro de 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

42. Monteiro Cocco MI. Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório. In: Bagnato MHS, Monteiro Cocco MI, De Sordi, MRL(Org.). Educação, saúde e trabalho: Antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Ed. Alínea; 1999. p.63-70.

43. Campinas, Prefeitura Municipal. Notícias. 2011. [Acessado em 5 agosto de 2012]. Disponível no site: <http://www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=10572>

44. Monteiro MI, Tuomi K, Ilmarinen J, Seitsamo J, Tuominen E & Corrêa-Filho HR. WAI among workers in SMEs at Wholesale, Fruits, Vegetables and Flower Market in Brazil – from research to action. In: Kumashiro M (editor). Promotion of Work Ability Towards Productive Aging. London, UK: Taylor & Francis Group. 2009. p.37-40.
45. Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2008;18(2):215-23.
46. Campbell D, Stanley J. Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa. São Paulo: EPU; 1979.
47. Robson LS, Shannon HS, Golderhar LM, Hale AR. Guide to evaluating the effectiveness of strategies for preventing work injuries: how to show whether a safety intervention really works. National Institute for Occupation Health and Safety (NIOSH), 2001. [Acessado em 11 outubro de 2010]. Disponível em: <http://ssmon.chb.kth.se/safebk/safetybk.pdf> 2.
48. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos em pesquisa em enfermagem: métodos, avaliações e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
49. Anuário do trabalho na micro e pequena empresa: 2010-2011. 4. ed./ Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Org.); Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Brasília, DF; DIEESE, 2011.

- 50.Campinas, Prefeitura Municipal. Ceasa-Campinas: Qualidade, variedade, compromisso e ambiental. 2008. [Acessado em 4 julho de 2012]. Disponível no site: <http://www.ceasacampinas.com.br/novo/institucional.asp>
- 51.Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A. Índice de Capacidade para o Trabalho. Helsinque: Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, 1997.
- 52.Yoshitake H. Relations between the Symptoms and the Feeling of Fatigue. *Ergonomics*, 1971;14(1):175-86.
- 53.Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-5.
- 54.Akerstedt T, Gillberg M. Subjective and objective sleepiness in the active individual. *Int J Neurosci*, 1990;52(1-2):29-37.
- 55.Monteiro MI. Instrumento para coleta de dados. Campinas: Grupo de Estudos e Pesquisas em saúde e Trabalho. Universidade Estadual de Campinas; 1996, atualizado em 2011.
- 56.Elo A-L, Leppänen A, Jahkola A. Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scand J Work Environ Health*, 2003;29(6):444-51.
- 57.Rohmert W, Landau K. A new technique for job analysis. International Publications Service. Taylor & Francis; 1983.

58.Tuomi K, Ilmarinen J, Antti J, Katajarinne L, Tulkki. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EdUFSCar, 2005.

59.Tuomi K, Ilmarinen J, Klocars M, Nygard CH, Seitsamo J, Huuhtanen P, Martikainen R, Alto L. Finnish research project on aging workers in 1981–1992. Scand. J. Work Environ. Health, 1997; 23(suppl.1):7-11.

60.Fischer FM. Condições de trabalho e de vida em trabalhadores de setor petroquímico [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1990.

61.Borges FNS. Trabalhadores de Enfermagem: Compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos. [Tese de Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade Estadual de São Paulo, 2007.

62.Pedroso A, Nosek A, Armaganijan L, Levites M, Bismark M Aloe F et al. Epworth Sleepiness Scale outcome in 2893 Brazilian students. Sleep. 1998; 21(suppl 5):275. [Presented at Associated Professional Sleep Societies. 12th annual meeting. New Orleans, Louisiana, USA, June 18-23, 1998]

63.Kawai K, Yamazaki Y, Nakayama K. Process evaluation of a web-based stress management program to promote psychological well-being in a sample of white-collar workers in Japan. Ind Health, 2010; 48(3):265-74.

64.Engelbrecht, LH; van Poppel, MNM. The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *Public Health*, 2006; 6:253.

65.Mackey M, Maher CG, Wong T, Collins K. Study protocol: the effects of work-site exercise on the physical fitness and work-ability of older workers. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2007. [Acessado em 4 julho de 2012]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-8-9.pdf>

66.Ohta M, Takigami C. Effect of lifestyle modification program implanted in the community on workers job satisfaction. *Industrial Health*, 2007; 45(1):49-55.

67.Adachi M, Yamaoka K. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: study design of a cluster randomized trial. *BMC Public Health*, 2010; 10:742.

68.Dekkers JC, Wier MF. Comparative effectiveness of life style intervention on cardiovascular risk factors among a Dutch overweight working population: a randomized controlled Trial. *BMC Public Health*, 2011; 11:49.

69.Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou CP, Cereja BJ, Jordan-Marsh M et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*, 2012; 66:782-90.

70.Frazão P, Marques D. Effectiveness of a community health worker program on oral health promotion. Rev Saude Publica, 2009; 43(3):463-71.

71.Koolhaas W, Brouwer S, Groothoff JW, Klink JJL. Enhancing a sustainable healthy working life: design of a clustered randomized controlled trial. BMC Public Health, 2010;10:461.

72.Robroek SJ, Bredt FJ, Burdorf A. The (cost-) effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: design of a pragmatic cluster randomised controlled trial. BMC Public Health, 2007; 7:259.

73.Kanste O, Lipponen K, Kääriäinen M, Kyngäs H. Effects of network development on attitudes towards work and well-being at work among health care staff in northern Finland. Int J Circumpolar Health, 2010; 69(4):394-403.

74.Harvard School of Public Health. The Nutrition Source. [Acessado em 15 de setembro de 2012]. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/>

75.Lipp MEN. Relaxamento para todos: controle do stress. Campinas: Papirus, 1997.

76.Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Promoção da alimentação saudável. [Acessado em 11 de agosto de 2010]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosAdultos.pdf>

77.Masson VA. Promoção à saúde e capacidade para o trabalho entre jovens trabalhadores do Entrepósito Hortifrutífero de Campinas, São Paulo. [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2012.

78.Altman DG, Royston P. The cost of dichotomising continuous variables. BMJ, 2006; 332:1080.

79.European Agency for Safety and Health at Work. Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work [Internet]. 2011 [Acessado em 3 de outubro de 2012]. Disponível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/new-risks-trends-osh-women/view?searchterm=women>

80.Organização Internacional do Trabalho – OIT. Igualdade de gênero e raça no trabalho e desafios. Brasília:OIT, 2010.

81.Bruschini MCA. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. Cad Pesqui, 2007; 37(132):537-72 .

82.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011: [Acessado em 8 de outubro de 2012] Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2222&id_pagina=1&titulo=PNAD-2011:-crescimento-da-renda-foi-maior-nas-classes-de-rendimento-mais-

83. Brasil. Anuário Brasileiro da Educação Básica. Ed. Moderna [Internet]. 2012 [Acessado em 9 de outubro de 2012] [160 p.]. Disponível em: <http://www.moderna.com.br/lumis/portal/file/filedownload.jsp?fileid=8a8a8a83376fc2c9013776334aae47f0>

84. European Agency for Safety and Health at Work. Family issues and work-life balance. Facts [série da Internet]. 2012 [Acessado em 6 de outubro de 2012];(57):[8 p.] Disponível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/e-fact-57-family-issues-work-life-balance>

85. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais – SIS 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos. [Acessado em 8 de outubro de 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1

86. Allen DT, Herst LED, Bruck SC, Sutton M. Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2000; 5(2):278-308.

87. Rose S, Hunt T, Ayres B. Adjust the balance: literature review life cycles and work life balance. [Internet]. 2007 [Acessado em 6 de outubro de 2012]:[33 p] Disponível em: <http://www.equalworks.co.uk/resources/contentfiles/4912.pdf>

88. Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho. Stress [Internet]. 2012 [Acessado em 6 de outubro de 2012]. Disponível em: <http://osha.europa.eu/pt/topics/stress>

89. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Cien Cuid Saude*, 2008; 7(2):232-40.
90. Narita S. Notas de pesquisa de campo em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 2006. 18(2):25-31.
91. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. Índice de Massa Corpórea – IMC. [Acessado em 15 de novembro de 2012]. Disponível em site: www.abeso.org.br/calc_imc.htm
92. Vedovato TG, Monteiro MI, Masson VA. Ergonomic analysis of the work conditions of porters and owners of the Supply Center of Campinas, SP. *Work*. 2012; 41:5471-5474.
93. Piedrahita H. Working in cold conditions indoors: effects on musculoskeletal symptoms and upper limb movements. [Tese]. Lulea, Sweden: Lulea University of Technology, 2008.
94. Sonati JG, Vilarta R. Política Pública para envelhecimento saudável: prática corporal, atividade física e alimentação saudável. In: Gutierrez GL, Vilarta R, Mendes RT. Políticas Públicas Qualidade de Vida e Atividade Física. Campinas: Ipes, 2011. p53-62.
95. Rotenberg L, Griep RH, Pessanha J, Gomes L, Portela LF; Jesus MFM. Housework and recovery from work among nursing teams: a gender perspective. *New Solut*, 2010; 20(4):497-510.

96.Lindberg P, Josephson M, Alfredsson L, Vingard E. Promoting excellent work ability and preventing poor work ability: the same determinants? Results from the Swedish HAKuL study. *Occup Environ Med*, 2006; 63:113-120.

97.Vasconcelos SP, Fischer FM, Reis AOA, Moreno CRC. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. *Rev Bras Epidemiol*, 2011; 14(4):688-97.

98.FeComercioSP. Empresários estão menos confiantes em fevereiro: redução do otimismo leva em conta as vendas de fevereiro, que costumam ser mais modestas. [Internet] 2012. [Acessado em 13 de outubro de 2012]. Disponível em:http://www.fecomercio.com.br/?option=com_institucional&view=interna&Itemid=20&id=4944

99.Diário do Comércio. Campinas troca de prefeito pela 5ª vez. [Internet] 2011. [Acessado em 13 de outubro de 2012]. Disponível em: <http://www.dcomercio.com.br/index.php/politica/sub-menu-politica/79246-campinas-troca-de-prefeito-pela-5-vez>

100.Driessen MT, Proper KI, Anema JR, Knol DL, Bongers PM, van der Beek AJ. The effectiveness of participatory ergonomics to prevent low-back and neck pain – results of a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*, 2011;37(5):383-93.

101.Shain M, Kramer DM. Health Promotion in the Workplace: Framing the Concept; Reviewing the Evidence. *Occup Environ Med*, 2004; 61(7):643-8.

Anexos

Anexo 1 – Questionário sociodemográfico e estilo de vida

Instrumento Inês Monteiro 1996, 2010
DADOS GERAIS

Data: / / 201 N ICT

Empresa _____

FUNÇÃO _____

Cidade onde mora _____ Bairro _____

1. Sexo Feminino () Masculino ()
2. Idade _____ Anos Ano de nascimento _____
3. Qual é o seu estado conjugal ?
() Solteiro (a)
() Casado (a) () Vive com o companheiro (a)
() Separado (a)
() Divorciado
() Viúvo (a)
4. Você tem filhos ? Não () Sim ()
Quantos? _____ Idade: _____ : _____ : _____
Quantas pessoas moram na sua casa? _____

5. Você estudou até:
() Não estudou () Primário incompleto
() Primário completo () Ginásio incompleto
() Ginásio completo () Colegial incompleto
() Curso superior incompleto () Técnico/ colegial completo
() Curso superior completo Qual? _____
() Pós-Graduação Qual? _____

6. Continua estudando? Não () Sim ()
Qual curso? _____ Horário _____

7. a) Em relação ao vínculo de trabalho você é:
() proprietário(a)
() familiar do proprietário(a)
() tem carteira de trabalho assinada
() trabalha por conta - autônomo

8. Há quanto tempo você trabalha nesta empresa? _____

Há quanto tempo você trabalha no ramo? _____

9. Que horas você levanta?
Durante a semana _____ Folga _____
Em relação ao sono, quantas horas você dorme por noite:
Durante a semana? _____ E no final de semana/folga? _____
Na sua casa você consegue dormir bem após o trabalho?
Não () Sim () Se não, por quê?

11. Descreva o que você faz no seu trabalho :

- 11a. Você manipula produtos químicos no seu trabalho?
não() sim()
Qual? _____

- 11b. Você manipula agrotóxico em seu trabalho?
não() sim()
Qual? _____

12. Exerce cargo de chefia? Não () Sim
Qual? _____ Há quanto tempo? _____
Qual o número de pessoas sob sua responsabilidade? _____

13. Você faz hora extra ou trabalha além de seu horário de trabalho?
Não() Sim() Quantas horas por semana? _____

14. Você já ficou desempregado? () não () sim Por quanto tempo?

15. Com que idade você começou a trabalhar? _____
Local _____

15. Você tem outro emprego / bico? Não() Sim()
Qual? _____ Quantas horas por semana? _____

16. Você teve algum acidente de trabalho nos últimos 12 meses?
Não() Sim() Qual?

17. Quanto tempo você gasta por dia para ir e voltar ao trabalho (total)?
_____ horas e _____ minutos Tipo de transporte:
a pé() Bicicleta() Carro() Moto() Ônibus()

18. Você realiza tarefas domésticas? Não() Sim()
Durante quantas horas por dia?

19. Qual é o seu Peso: _____ Altura _____ IMC=

20. Você tem alguma religião? Não() Sim() Qual? _____
Você frequenta culto/missa? Não() Sim()

10. Descreva os seus empregos anteriores começando do último ao primeiro.

Empresa (ramo)	Duração em anos	Função	Risco	Registro em carteira

21 Qual o tipo de construção de sua moradia?
☐ Alvenaria completa ☐ Inacabada ☐ Improvisada

22 Possui algum tipo de deficiência? Não() Sim()
☐ Física ☐ Mental ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Outra _____

23 Em relação à sua saúde comparada com a de outras pessoas da mesma idade você considera que você está:
 muito melhor() melhor() igual() um pouco pior() pior()

24 Você sentiu dor nos últimos 6 meses? Não() Sim()
 Local _____

25 Você sentiu dor na última semana? Não() Sim()
 Local _____

26 Você fuma? não() sim() Há quanto tempo? _____
 Em caso afirmativo, quantos cigarros por dia?
 Já fumou? Não() Sim() Por qto tempo? _____ Parou há _____ anos.

27 Você ingere bebidas alcoólicas? Não() Sim()
 Idade que iniciou _____
 Qual? _____ N doses/semana

28 Você realiza atividade física? Não() Sim()

Atividade	duração (min)	n vezes/ semana	T
futebol			
caminhada			
bicicleta			
natação			
outra			
outra			
outra			

29 Você comeu hoje cedo? Não() Sim() O que? Café/chá() pão()
 Almoço: local _____ horário: _____ arroz() feijão() Frango()

30 O que você faz quando não está trabalhando? Lazer
 Anotar a frequência: D(diária) T (3 a 4 vezes/ semana)
 FS (final de semana) Q (quinzenal) M (mensal) O (outra)

() ir ao cinema () ler livros
 () ler jornal/ revista () almoçar/ jantar fora de casa
 () passear () frequentar associação
 () frequentar igreja () reunião com amigos
 () visitar família () tricô/ crochê/ bordado
 () ouvir música () marcenaria
 () dançar () assistir TV
 () jardinagem () horta
 () computador () outro _____

31 Vocês faz uso de medicamentos? Não() Sim()
 Quais? _____

32 Você teve algum problema de saúde nos últimos 15 d? Qual?

33 a) O que você acha que CANSA ou DESGASTA em seu trabalho?

b) O que você GOSTA no seu trabalho?

34 Você tem planos para o futuro? Não() Sim() Quais?

leite() cereais() frutas() Outros _____ Horário: _____
 carne() salada() verdura cozida() fruta() outros _____

35 Você tem PAUSAS no trabalho? Não() Sim() Quantas vezes durante o dia? _____

	Em seu ambiente de trabalho você tem contato com:						
	Todo tempo	Quase todo tempo	Em torno 3/4 do tempo	Em torno 1/2 do tempo	Em torno 1/4 do tempo	Quase nunca	Nunca
Levanta/ transporta peso							
Posição cansativa ou que causa dor							
Faz movimentos repetitivos							
Posição cansativa ou que causa dor							
Trabalha sentado							
Trabalha em pé							
Trabalha curvado / agachado							
Trabalho estressante							
Pressão de tempo para acabar o trabalho							

37. Usa equipamento de proteção individual? Não() Sim() Quais _____

38 Stress significa a situação quando a pessoa sente-se tensa, inquieta, nervosa ou ansiosa ou incapaz de dormir à noite porque sua mente está preocupada todo o tempo. Você sente qual espécie de stress esses dias?
 Estou totalmente estressado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não estou estressado

39 Quão satisfeito você está com seu trabalho atual?
 () Muito satisfeito
 () Satisfeito
 () nem satisfeito nem insatisfeito
 () Pouco insatisfeito
 () Insatisfeito

40 Quão satisfeito você está com sua vida atual?
 () Muito satisfeito
 () Satisfeito
 () nem satisfeito nem insatisfeito
 () Pouco insatisfeito
 () Insatisfeito

41 Seu salário mensal é por volta de: R\$ _____ reais _____ ≥ 3040 ()

41b Quantas pessoas trabalham na sua família? _____ 41c Seu salário corresponde a que porcentagem da renda familiar? _____

42 Você pode decidir sobre o trabalho que tem para fazer? () Não () Sim () às vezes

Anexo 2 – Índice de Capacidade para o trabalho

ANEXO 2 ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (TUOMI et al., 1997)

40 Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual?

Estou incapaz para o trabalho 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estou em minha melhor capacidade para o trabalho.

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

() Muito boa () Boa () Moderada () Baixa () Muito baixa

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

() Muito boa () Boa () Moderada () Baixa () Muito baixa

43 Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente ?

Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

Minha Opinião	Diagnóstico Médico		Minha Opinião	Diagnóstico Médico	
()	()	LESÃO POR ACIDENTE	()	()	DOENÇA DIGESTIVA
()	()	01 Lesão nas costas	()	()	29 Pedras ou doença de vesícula biliar
()	()	02 Lesão nos braços e/ou mãos	()	()	30 Doença do pâncreas ou do fígado
()	()	03 Lesão nas pernas e/ou pés	()	()	31 Úlcera gástrica ou duodenal
()	()	04 Lesão em outras partes do corpo.	()	()	32 Gastrite ou irritação duodenal
		Onde? Que tipo de lesão: _____	()	()	33 Colite ou irritação do cólon
			()	()	34 Outra doença digestiva, qual? _____
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA MÚSCULO-ESQUELÉTICA	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA GENITOURINÁRIA
()	()	05 Doença da parte superior costas ou região	()	()	35 Infecção das vias urinárias
()	()	06 Doença da parte inferior das costas, com	()	()	36 Doença dos rins
()	()	dores frequentes	()	()	37 Doença nos genitais e aparelho reprodutor
()	()	07 Dor nas costas que se irradia para a perna	()	()	(p.ex. problemas nas trompas ou na próstata)
()	()	(ciática)	()	()	38 Outra doença geniturinária, qual? _____
()	()	08 Doença músculo-esquelética afetando os	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA DA PELE
()	()	membros (braços, pernas) com dores	()	()	39 Alergia, eczema
()	()	frequentemente	()	()	40 Outras erupções, qual? _____
()	()	09 Artrite reumatóide	()	()	41 Outra doença de pele, qual? _____
()	()	10 Outra doença músculo-esquelética,	()	()	42 Tumor benigno
		qual? _____	()	()	43 Tumor maligno (câncer), onde? _____
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA CARDIOVASCULAR	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA ENDÓCRINA E METABÓLICA
()	()	11 Hipertensão arterial (pressão alta)	()	()	44 Obesidade
()	()	12 Doença coronariana, dor no peito durante	()	()	45 Diabetes
()	()	exercício (angina pectoris)	()	()	46 Bócio ou outra doença da tireóide
()	()	13 Infarto do miocárdio, trombose coronariana	()	()	47 Outra doença endócrina ou metabólica,
()	()	14 Insuficiência cardiovascular	()	()	qual? _____
()	()	15 Outra doença cardiovascular, qual? _____			
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA RESPIRATÓRIA	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA DO SANGUE
()	()	16 Infecções repetidas trato respiratório (incluindo	()	()	48 Anemia
()	()	amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	()	()	49 Outra doença do sangue, qual? _____
()	()	17 Bronquite crônica	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	
()	()	18 Sinusite crônica	()	()	
()	()	19 Asma	()	()	
()	()	20 Enfisema	Minha Opinião	Diagnóstico Médico	50 DEFEITO DE NASCIMENTO, qual? _____
()	()	21 Tuberculose pulmonar	()	()	
()	()	22 Outra doença respiratória, qual? _____	()	()	
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DISTÚRPIO MENTAL			51 OUTRO PROBLEMA OU DOENÇA, qual? _____
()	()	23 Dist. Emocional grave (ex: depressão severa)			
()	()	24 Dist. Emocional leve (depressão, tensão, insônia)			
Minha Opinião	Diagnóstico Médico	DOENÇA DOS ÓRGÃOS SENTIDOS / NEUROLÓGICA			
()	()	25 Problema ou diminuição da audição			
()	()	26 Doença ou lesão da visão (não assinalar se apenas usa óculos de grau e/ou lentes de contato)			
()	()	27 Doença neurológica, por ex. acidente vascular cerebral ou derrame cerebral, neuralgia,			
()	()	enxaqueca, epilepsia.			
()	()	28 Outra doença neurológica ou dos órgãos do sentido. Qual? _____			
		enxaqueca, epilepsia.			

- 44 Sua lesão ou doença é impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta):
- ☐) Não há impedimento / Eu não tenho doenças
 - ☐) Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele provoca alguns sintomas
 - ☐) Algumas vezes eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
 - ☐) Frequentemente eu preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
 - ☐) Por causa de minha doença, eu me sinto capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
 - ☐) Em minha opinião, eu estou totalmente incapacitado para trabalhar
- 45 Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a um problema de saúde, uma consulta médica ou para fazer um exame, durante os últimos doze meses ?
- ☐) Nenhum
 - ☐) Até 1 dia
 - ☐) de 2 a 5 dias
 - ☐) de 6 a 9 dias
 - ☐) de 10 a 15 dias
 - ☐) de 16 a 24 dias
 - ☐) de 25 a 99 dias
 - ☐) de 100 a 365 dias
- 46 Você acredita que, do ponto de vista de sua saúde, você será capaz de, daqui a dois anos, fazer seu trabalho atual ?
- ☐) É impossível
 - ☐) Não estou muito certo
 - ☐) Bastante provável
- 47 Ultimamente você tem se sentido capaz de apreciar suas atividades diárias ?
- ☐) Sempre
 - ☐) Quase sempre
 - ☐) Às vezes
 - ☐) Raramente
 - ☐) Nunca
- 48 Você recentemente tem se sentido ativo e alerta ?
- ☐) Sempre
 - ☐) Quase sempre
 - ☐) Às vezes
 - ☐) Raramente
 - ☐) Nunca
- 49 Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro ?
- ☐) Continuamente
 - ☐) Quase sempre
 - ☐) Às vezes
 - ☐) Raramente
 - ☐) Nunca

Anexo 3 – Escalas de sonolências Karolinska e Epworth

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE KAROLINSKA

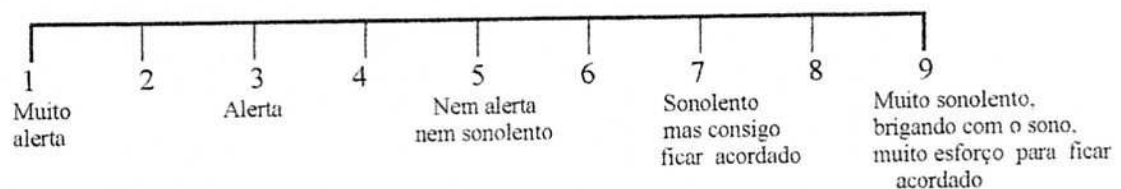
Nº na pesquisa: _____

DATA: ____/____/200__

Dia da Semana: ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ 4ª ☐ 5ª ☐ 6ª ☐ Sábado ☐ Domingo

HORÁRIO: _____

Como você está se sentindo agora?



Escala de sonolência de Epworth (Johns, 1991)

Escore _____

As questões referem-se à sonolência na sua vida cotidiana.

Com que frequência você tira um cochilo ou dorme nas seguintes situações?

Use as alternativas abaixo para escolher o número mais adequado para cada situação:

Número (escore)

0 – Nunca cochilo ou durmo nesta situação

1 – Pequena chance de cochilar ou dormir nesta situação

2 – Moderada chance de cochilar ou dormir nesta situação

3 – Grande chance de cochilar ou dormir nesta situação

situação	número
Sentado e lendo	
Assistindo TV	
Parado sentado em um lugar público, por exemplo, no cinema ou em uma reunião.	
Em uma viagem de carro com duração aproximada de uma hora, como passageiro.	
Deitar para descansar à tarde quando as circunstâncias permitem	
Sentado e conversando com alguém	
Sentado calmamente após o almoço (sem ter tomado aperitivo ou bebida alcoólica)	
No carro quando está para por poucos minutos no trânsito	

QUESTIONÁRIO DE FADIGA - YOSHITAKE, H. (1975)

FAD101. Marque com que frequência você apresenta os seguintes sintomas:

1. Sinto a cabeça pesada
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
2. Sinto moleza no corpo
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
3. Sinto moleza nas pernas
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
4. Tenho vontade de bocejar durante o trabalho
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
5. As minhas idéias não são tão claras
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
6. Estou com sonolência (com sono)
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
7. Sinto os olhos cansados
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
8. Tenho dificuldades em me movimentar
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
9. Tenho dificuldades em permanecer em pé
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
10. Eu gostaria de ir me deitar um pouco (durante o horário de trabalho)
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca

FAD102. Assinale as questões abaixo:

1. Preciso me concentrar mais
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
2. Não tenho vontade de falar com ninguém
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
3. Fico irritado(a) facilmente
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
4. Não consigo me concentrar
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
5. Tenho outras coisas em que pensar além do meu trabalho
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca

6. Minha memória não está boa para algumas coisas no trabalho
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
7. Cometo pequenos erros no meu trabalho
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
8. Tenho outras preocupações fora o meu trabalho
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
9. Eu gostaria de estar em forma para o meu trabalho, mas não me sinto em boas condições
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
10. Não posso mais continuar a trabalhar, embora tenha que prosseguir
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca

FAD103. Marque com que frequência você sente:

1. Dor de cabeça
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
2. Ombros pesados
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
3. Dores nas costas
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
4. Dificuldades em respirar bem
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
5. Boca seca
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
6. Voz rouca
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
7. Tonturas
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
8. Tremores nas pálpebras
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
9. Tremores nos membros (braços, pernas)
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
10. Sinto-me doente
☐ sempre ☐ muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca

Anexo 5 – Questionário usado somente na pós-intervenção

MONTEIRO (1996 e 2012) Cidade: _____ Empresa: _____ Função: _____ N _____ ICT _____

DADOS GERAIS

1. Sexo? Feminino () Masculino ()
2. Idade? _____ Anos Ano de nascimento: _____
3. Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
4. Em relação ao sono, quantas horas você dorme por noite: durante a semana? _____ E no final de semana? _____
Na sua casa você consegue dormir bem após o trabalho?
Não () Sim () Se não, por quê? _____
5. Você fuma? Não () Sim ()
Em caso afirmativo, quantos cigarros por dia? _____
Você já fumou? Não () Sim () Qtos cigarros/dia? _____
Durante quantos anos? _____ parou há _____ anos
6. Você ingere bebidas alcoólicas? Não () Sim ()
Qual? _____ Quantas doses por semana: _____
Você já ingeriu bebidas alcoólicas antes? Não () Sim ()
Quantas doses/dia? _____ Durante quantos anos? _____
7. Você realiza atividades física: Não () Sim () Quais ? _____
8. Você faz uso de medicamentos? Não () Sim ()
Quais ? _____
9. Você realiza atividades de lazer? Não () Sim ()
10. Você sentiu dor nos últimos 6 meses? Não () Sim ()
Local do corpo que sente dor: _____
11. Você sentiu dor na última semana? Não () Sim ()
Local do corpo que sente dor: _____
12. Atualmente como vc percebe a sua saúde comparada com alguém da mesma idade que vc? _____
() muito melhor () melhor () Igual () um pouco pior () pior

Atividade Física	Duração (minutos)	Quantas vezes na semana	Observação
Caminhada			
Andar de Bicicleta			
Nadar			
Ginástica (em casa)			
Ginástica (academia)			
Basquete / Vôlei			
Outra. Qual ? _____			

13. Stress significa a situação quando a pessoa sente-se tensa, inquieta, nervosa ou incapaz de dormir à noite por que sua mente está preocupada todo o tempo. Você sente qual espécie de stress esses dias?
Estou totalmente estressado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não estou estressado

14. Quanto satisfeito você está com seu trabalho atual?
() Muito satisfeito
() Satisfeito
() nem satisfeito nem insatisfeito
() Pouco insatisfeito
() insatisfeito
16. Quanto satisfeito você está com sua vida atual
() Muito satisfeito
() satisfeito
() nem satisfeito nem insatisfeito
() pouco insatisfeito
() insatisfeito

15. Você comeu hoje cedo? Não () Sim () O que? Chá/Café () pão () leite () cereais () frutas () Outros () _____ horário: _____
Almoço: local _____ horário: _____ arroz () feijão () frango () carne () salada () verdura cozida () fruta () outros: _____

16. Você tem pausas no trabalho? Não () Sim () Quantas vezes durante o dia? _____

17. Você está utilizando o ambulatório da CEASA quando tem qualquer problema de saúde? () Não () Sim () às vezes

18. A quanto tempo vem utilizando os serviços médicos do ambulatório da CEASA?
() 3 meses () 6 meses () 1 ano () há mais de 1 ano
consulta médica () enfermagem (curativo, PA, etc) () Dentista () Outro: _____

19. Qual sua opinião sobre os folderes e orientações a saúde que foram prestados?

- A) Sono: Gostou () Não Gostou () Não leu () Colocou em prática alguma orientação? Não () Sim () Qual? _____
- B) Alimentação Saudável: Gostou () Não Gostou () Não leu ()
Colocou em prática alguma orientação? Não () Sim () Qual? _____
- C) Temperos Naturais: Gostou () Não Gostou () Não leu ()
Colocou em prática alguma orientação? Não () Sim () Qual? _____
- D) Alongamentos com o corpo: Gostou () Não Gostou () Não leu ()
Colocou em prática alguma orientação? Não () Sim () Qual? _____



CEP, 19/04/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 065/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0309.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PROMOÇÃO À SAÚDE NO TRABALHO EM MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE COMÉRCIO HORTIFRUTIGRANJEIRO E MERCADO DE FLORES DE CAMPINAS, SÃO PAULO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Inês Monteiro

INSTITUIÇÃO: Prefeitura Municipal de Campinas – Secretaria Municipal de Saúde

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/02/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 19/04/11 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, de abordagem quantiquantitativa dos dados, e com formação de grupos para intervenção.

III - SUMÁRIO

A pesquisa será realizada no Ceasa-Campinas e terá como voluntários os trabalhadores do local. Os sujeitos do estudo poderão ser tanto homens ou mulheres, e com quaisquer idades. Os trabalhadores serão convidados a comparecer ao Ambulatório Médico do local a fim de participarem do estudo. Lá, eles serão entrevistados pelas pesquisadoras para a coleta de dados sociodemográficos (QSETES), hábitos e estilo de vida (ICT), e sintomas e doenças diagnosticadas. Os sujeitos com idade inferior a 25 anos também responderão a um questionário sobre o sono na vida cotidiana (ESS). Além disso, serão formados grupos para que se debatam a dupla jornada de trabalho da mulher, e a relação entre escolaridade e trabalho. Nesses encontros, as pesquisadoras pretendem promover ações de educação em saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos do estudo. Os dados quantitativos serão submetidos a análise estatística por meio do software SAS versão 8.02.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e



atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de fevereiro de 2010.


Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Apêndices

Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsáveis pela pesquisa: Tatiana Giovanelli Vedovato / Profa. Dra. Inês Monteiro.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o perfil, as condições de trabalho e a capacidade para o trabalho das mulheres trabalhadoras da administração, Mercados Livres e Galpões Permanentes situados dentro de um Entrepasto Hortifrutigranjeiro – CEASA em Campinas, SP e se existem fatores que levam a diminuição da mesma, de modo a dar suporte ao desenvolvimento de atividades de promoção à saúde no trabalho.

Será solicitado que você responda um questionário com duração aproximada de 20 a 30 minutos. Mas, você tem o direito de se recusar a participar desta pesquisa, sem que isso o prejudique no atendimento que você recebe no Ambulatório da Ceasa ou que intervirá no andamento da mesma.

Suas informações e opiniões ficarão em segredo. As respostas de todas as mulheres entrevistadas serão analisadas sem que apareçam seus nomes. Estes dados serão divulgados em conjunto, nunca individualmente.

Você tem garantido o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste trabalho. O fato de você responder não irá trazer benefício direto para você, mas trará mais dados para conhecer melhor as mulheres que trabalham na CEASA.

Se você quiser obter mais informações pode procurar a responsável pelo projeto.

Agradecemos sua colaboração, ela é muito importante para nós.

Assinatura da entrevistada
Nome da entrevistada:
Local de trabalho:
Ramal:

Assinatura da Pesquisadora
Enfª Tatiana Giovanelli Vedovato
Telefone: (19) 3521-8839

Telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimentos ou dúvidas:
(19) 35218936.

Apêndice 2 – Dormir bem é fundamental à saúde

A importância de dormir bem

Dormir bem é essencial, pois a quantidade e a qualidade do sono são fundamentais para manter uma boa forma física e mental.

As consequências de uma noite de sono inadequado são: cansaço, estresse, mau humor, sintomas de depressão e ansiedade, sensação de sonolência durante o dia, dores pelo corpo e irritabilidade.

O que é Higiene do Sono?

É o conjunto de medidas não medicamentosas que podem auxiliar na melhoria da insônia.

A higiene do sono deve fazer parte de nossas vidas, da mesma forma que a higiene do corpo, pois é importante para termos um sono reparador.

É necessário manter hábitos saudáveis para termos sono adequado.



Se desejar mais informações, procure os profissionais do
AMBULATÓRIO DA CEASA
de segunda a sexta-feira
das 6h às 16h.
Telefone: 3746-1030

DORMIR bem é fundamental à SAÚDE



Recomendações para higiene do sono

- ▶ Nas três horas antes de dormir não faça refeições pesadas, nem beba muito líquido. Uma ceia leve pode ser útil. Evite dormir com fome. Coma algo antes de dormir se estiver com fome (fruta, barra de cereais, leite morno, etc).
- ▶ Evite bebida alcoólica antes de dormir. O álcool pode interromper o sono.
- ▶ Evite fumar antes de dormir. O fumo é estimulante e dificulta o sono.
- ▶ Evite café, chá preto, mate ou chá verde, refrigerantes, chocolate e energéticos ao entardecer e durante a noite.
- ▶ Se estiver preocupado com problemas ou providências a serem resolvidos deixe-os completamente de lado antes de dormir e tente relaxar. No dia seguinte, tente resolvê-los respeitando seus limites.
- ▶ Evite ter no seu local de dormir equipamentos que estimulem o cérebro (TV, computador, rádio, etc.), pois podem dificultar seu relaxamento.
- ▶ Tente manter um local agradável para dormir (local escuro, calmo, ventilado e temperatura agradável) durante a noite. Tampões de ouvido podem ser úteis.
- ▶ Certifique-se de que o travesseiro esteja adequado à sua altura.
- ▶ Identifique o que te relaxa antes de ir dormir (banho morno, leitura, música calma, relaxamento).
- ▶ Não vá dormir se não estiver com sono. Use de técnicas de relaxamento e quando o sono vier vá para a cama.
- ▶ Não se exponha a uma iluminação forte, caso precise levantar-se durante a noite.
- ▶ Faça exercícios físicos (caminhada, natação, bicicleta, corridas, etc.) regulares diariamente por no mínimo 30min. É aconselhável evitá-los pelo menos 4h antes de ir dormir.
- ▶ Tente manter rotina de horário para dormir (deitar e acordar)
- ▶ Faça cochilos de 10 a 15min após 8h de atividades (por exemplo, após o almoço e se necessário, durante as pausas no seu trabalho).



Técnica de relaxamento

1. Deite-se de barriga para cima, dobre os joelhos e mantenha os pés apoiados no solo.
2. Apoie a cabeça de maneira confortável, sem ficar mais alta que os ombros.
3. Apoie as duas mãos suavemente na barriga.
4. Respire pelo nariz enchendo os pulmões de ar, estufando a barriga como se fosse um balão (respiração abdominal)
5. Prenda a respiração contando até três.
6. Solte o ar lentamente pela boca.
7. Repita o exercício pelo menos cinco vezes. Faça isso de duas a três vezes ao dia inclusive antes de se deitar

Benefícios deste relaxamento:

- Aumenta a energia do corpo
- Diminui os batimentos do coração e da respiração
- Melhora a digestão
- Diminui o stress e a ansiedade
- Alivia problemas emocionais e dor no corpo
- Melhora memória e criatividade
- Ajuda a relaxar

Participação na elaboração do folder pelas enfermeiras bolsistas CAPES e doutorandas pela Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da FCM/Unicamp: Tatiana Giovanelli Vedovato e Valéria Aparecida Masson

