

ESTILO DE VIDA DO TRABALHADOR DA AGROINDÚSTRIA: PERFIL SOCIOECONÔMICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE

POLLIANA RADTKE DOS SANTOS
MARCOS VINÍCIOS JACOBS
MIRIAM BEATRÍS RECKZIEGEL
VALERIANO ANTONIO CORBELLINI
HILDEGARD HEDWIG POHL

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL/SANTA CRUZ DO SUL/RS/BRASIL

hpohl@unisc.br

RESUMO

Nas últimas décadas o processo de transformação dos meios de produção constituiu uma nova estrutura social, o que impactou no estilo de vida das pessoas. O novo perfil da população, em particular dos trabalhadores, têm evidenciado prevalência de excesso de peso, associado a alterações metabólicas, doenças cardiovasculares, entre outras. Tal caracterização também pode ser vista em trabalhadores da agroindústria. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo verificar a relação entre as doenças autorreferidas pelos trabalhadores da agroindústria e produtores rurais, relacionando dados do índice de massa corporal (IMC) e classificação socioeconômica. A metodologia baseou-se num estudo descritivo quantitativo, em que foram sujeitos 140 produtores rurais. Para análise estatística, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences, através de frequência e percentual. Entre os indivíduos pesquisados, 62,9% pertenciam ao sexo feminino, sendo a média de idade de 51,04 anos (DP: 10,63). Houve predominância da classe socioeconômica B2 (39,3%) e de excesso de peso (87,9%). As doenças mais citadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), colesterol, gastrite e distúrbio do sono, sendo que ao relacionar tais enfermidades com o IMC, nota-se predominância de sobrepeso e obesidade. Além disso, correlacionando as patologias autorreferidas com a classificação socioeconômica percebe-se que todas se encontram, predominantemente, nas classes B2 e C1. A partir destes resultados, constatou-se a importância de promover a saúde e, principalmente, sensibilizar esta população quanto aos riscos do excesso de peso, que na maioria das vezes carece de informações e orientações sobre a saúde.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, trabalhador rural, estilo de vida.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o processo de transformação dos meios de produção constituiu uma nova estrutura social, o que impactou no estilo de vida das pessoas. O novo perfil da população, em particular dos trabalhadores, têm evidenciado o aumento da prevalência de excesso de peso, associado a alterações metabólicas, doenças cardiovasculares, dentre outras. Tal caracterização também pode ser vista em trabalhadores da agroindústria (RAPHAELLI; AZEVEDO; HALLAL, 2011).

Modificações na esfera do trabalho, do lazer e do estilo de vida desencadearam uma diminuição de atividade física, aumentando os níveis de sedentarismo, conseqüentemente contribuindo para o aumento da ocorrência do excesso de peso. Tais alterações estão agregadas ao processo de desenvolvimento e modernização das sociedades atuais (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

A obesidade é conhecida como uma doença crônica multifatorial (LEITE *et al*, 2009), caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura (OMS, 2004), podendo ser avaliada pelo índice de massa corporal (IMC) (LINHARES *et al*, 2012). Está estabelecido como um problema de saúde pública que afeta tanto países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos,

no Brasil este cenário não diverge como apontam as maiores taxas de sobrepeso e obesidade que ocorrem nas regiões Sul e Sudeste (FERREIRA; FIGUEIRA, 2012).

Existem determinados fatores que favorecem o excesso de peso, como as mudanças no consumo alimentar e a redução da atividade física, havendo ainda a influência de fatores socioeconômicos, do microambiente familiar, fatores genéticos e uso de medicamentos por períodos prolongados (WANDERLEY; FERREIRA, 2010; FERREIRA; FIGUEIRA, 2012). Esta condição acaba interferindo na qualidade de vida e no trabalho, principalmente se considerarmos um trabalho árduo e braçal, como é o caso dos trabalhadores rurais (PAIXÃO; PAIXÃO, 2009).

Não obstante, é válido ressaltar que as doenças crônicas não transmissíveis estão correlacionadas com determinantes sociais de saúde como, por exemplo, diferenças no acesso aos bens e serviços; baixa escolaridade e renda; desigualdades sociais e carência de informações e orientações – o que pode ser observado na atualidade (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo verificar a ocorrência de doenças que acometem os trabalhadores da agroindústria conforme a classificação socioeconômica e o índice de massa corporal (IMC).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, em que foram sujeitos 140 trabalhadores da agroindústria e produtores rurais pertencentes aos municípios de Santa Cruz do Sul, Vale Verde, Passo do Sobrado, Candelária, Encruzilhada do Sul, Pantano Grande, Rio Pardo e General Câmara, que integram a Pesquisa “Triagem de fatores de risco relacionados ao excesso de peso em trabalhadores da agroindústria usando novas tecnologias analíticas e de informação em saúde”, previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) sob protocolo número 2509/10.

Nesta pesquisa foram descritas as características dos trabalhadores rurais no que se refere ao perfil demográfico, ao IMC, classes socioeconômicas e doenças autorreferidas, dados coletados no período de julho de 2012 a agosto de 2013.

Ao primeiro contato com o sujeito da pesquisa, momento em que foi realizado seminário externo, aplicou-se um questionário de estilo de vida, previamente validado em projeto-piloto (POHL et al., 2010), constituído dos seguintes itens: a) identificação e indicadores sócio econômicos; b) organização do cotidiano; c) atividades físicas e desportivas; d) indicadores de saúde; e) padrão antropométrico e de consumo alimentar. Os dados selecionados para este estudo integram o bloco ‘a’ e ‘d’, enfocando do primeiro bloco as variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil e classificação socioeconômica).

Para a classificação socioeconômica foi utilizada a proposição da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013), em que as classes econômicas (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E) são estabelecidas a partir de uma pontuação obtida conforme as características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família).

No bloco ‘d’ foram questionados aspectos sobre doenças pessoais, com opção de resposta dicotômica (sim/não), em que os sujeitos autorreferiam patologias ou alterações existentes através da pergunta “Você tem problemas com” tendo como opções de resposta hipertensão arterial sistêmica, diabetes, excesso de peso, colesterol alto, triglicérides alterados, gastrite, úlcera nervosa, câncer, problemas cardíacos, distúrbio do sono ou a ausência de problemas.

Já as medidas antropométricas de estatura e massa corporal, para cálculo do IMC, foram mensuradas através de agendamento prévio, no Laboratório de Atividade Física e Saúde (LAFISA) da UNISC, através da balança antropométrica (Welmy SA, Santa Bárbara do Oeste, Brasil), sendo posteriormente categorizado conforme os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004).

Os dados foram tabulados e analisados utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS – versão 20.0), através de estatística descritiva, constando de frequência e percentual.

RESULTADOS

No presente estudo verificou-se a predominância do sexo feminino (62,9%), de indivíduos casados (75,0%), com média de idade de 51,04 anos. Em relação às classes socioeconômicas, observou-se a preponderância das classes B2 e C1 (respectivamente 39,3% e 33,6%). Enquanto, no que concerne ao IMC observou-se a prevalência do excesso de peso em 87,9% dos sujeitos (47,1% com sobrepeso e 40,8% com obesidade).

Tabela 1. Características demográficas e distribuição do índice de massa corporal.

Variáveis Demográficas	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Sexo	88 (62,9)	52 (37,1)	140 (100,0)
Idade (anos)*	50,68 (10,78)	51,63 (10,46)	51,04 (10,63)
Estado civil			
Solteiro	7 (7,9)	8 (15,4)	15 (10,7)
Casado	66 (75,0)	39 (75,0)	105 (75,0)
Viúvo	5 (5,7)	1 (1,9)	6 (4,3)
Divorciado/Separado	5 (5,7)	1 (1,9)	6 (4,3)
Outros	5 (5,7)	3 (5,8)	8 (5,7)
Classe socioeconômica**			
B1	4 (4,5)	-	4 (2,9)
B2	29 (33,0)	26 (50,0)	55 (39,3)
C1	33 (37,5)	14 (26,9)	47 (33,6)
C2	17 (19,3)	10 (19,2)	27 (19,3)
D	5 (5,7)	2 (3,8)	7(5,0)
IMC			
Faixa Recomendável	9 (10,2)	8 (15,4)	17 (12,1)
Sobrepeso	32 (36,4)	34 (65,4)	66 (47,1)
Obesidade tipo I	32 (36,4)	9 (17,3)	41 (29,3)
Obesidade tipo II	11 (12,5)	1 (1,9)	12 (8,6)
Obesidade tipo III	4 (4,5)	-	4 (2,9)

* \bar{x} (Desvio Padrão); ** Não houve sujeitos nas demais classes socioeconômicas; -: Representação do valor zero.

Ao focar a associação do IMC com as doenças autorreferidas (Tabela 2), observa-se que as principais doenças mencionadas foram os distúrbios de sono, hipertensão arterial sistêmica, excesso de peso, colesterol e gastrite; não houve referência ao câncer, assim como 45 pessoas (32,1%) declararam ausência de doenças. Cabe ressaltar que 97,6% dos hipertensos, 96,7% daqueles que possuem níveis alterados de colesterol e 88,5% dos que referiram gastrite foram classificados com excesso de peso.

Tabela 2. Distribuição do IMC em relação às doenças autorreferidas

Doenças	IMC					Total n (%)
	Faixa Recomendável n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidade tipo I n (%)	Obesidade tipo II n (%)	Obesidade tipo III n (%)	

HAS						
Sim	1 (0,7)	17 (12,1)	13 (9,3)	10 (7,1)	3 (2,1)	44 (31,4)
Não	16 (11,4)	49 (35,0)	28 (20,0)	2 (1,4)	1 (0,7)	96 (68,6)
Diabetes						
Sim	-	6 (4,3)	2 (1,4)	-	-	8 (5,7)
Não	17 (12,1)	60 (42,9)	39 (27,9)	12 (8,6)	4 (2,9)	132 (94,3)
Excesso de peso						
Sim	-	7 (5,0)	20 (14,3)	5 (3,6)	3 (2,1)	35 (25,0)
Não	17 (12,1)	59 (42,1)	21 (15,0)	7 (5,0)	1 (0,7)	105 (75,0)
Colesterol						
Sim	1 (0,7)	20 (14,3)	8 (5,7)	1 (0,7)	-	30 (21,4)
Não	16 (11,4)	46 (32,9)	33 (23,6)	11 (7,9)	4 (2,9)	110 (78,6)
Triglicerídeos						
Sim	-	5 (3,6)	5 (3,6)	1 (0,7)	1 (0,7)	12 (8,6)
Não	17 (12,1)	61 (43,6)	36 (25,7)	11 (7,9)	3 (2,1)	128 (91,4)
Gastrite						
Sim	3 (2,1)	8 (5,7)	12 (8,6)	2 (1,4)	1 (0,7)	26 (18,6)
Não	14 (10,0)	58 (41,4)	29 (20,7)	10 (7,1)	3 (2,1)	114 (81,4)
Úlcera nervosa						
Sim	-	4 (2,9)	3 (2,1)	1 (0,7)	-	8 (5,7)
Não	17 (12,1)	62 (44,3)	38 (27,1)	11 (7,9)	4 (2,9)	132 (94,3)
Problemas cardíacos						
Sim	1 (0,7)	2 (1,4)	2 (1,4)	-	-	5 (3,6)
Não	16 (11,4)	64 (45,7)	39 (27,9)	12 (8,6)	4 (2,9)	135 (96,4)
Disúrbio do sono						
Sim	5 (3,6)	26 (18,6)	18 (12,9)	8 (5,7)	3 (2,1)	60 (42,9)
Não	12 (8,6)	40 (28,6)	23 (16,4)	4 (2,9)	1 (0,7)	80 (57,1)
Não possui						
Sim	10 (7,1)	28 (20,0)	7 (5,0)	-	-	45 (32,1)
Não	7 (5,0)	38 (27,1)	34 (24,3)	12 (8,6)	4 (2,9)	95

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. -: Representação do valor zero.

O maior percentual de todas as doenças autorreferidas foi encontrado nas classes socioeconômicas B2 e C1 (Tabela 3), uma vez que os sujeitos da amostra pertencem majoritariamente a estas classes (Tabela 1).

Tabela 3. Distribuição das classes socioeconômicas em relação às doenças autorreferidas

Doenças	Classe socioeconômica				D n (%)	Total n (%)
	B1 n (%)	B2 n (%)	C1 n (%)	C2 n (%)		
HAS						
Sim	1 (0,7)	13 (9,3)	18 (12,9)	11 (7,9)	1 (0,7)	44 (31,4)
Não	3 (2,1)	42 (30,0)	29 (20,7)	16 (11,4)	6 (4,3)	96 (68,6)
Diabetes						
Sim	-	5 (3,6)	1 (0,7)	2 (1,4)	-	8 (5,7)
Não	4 (2,9)	50 (35,7)	46 (32,9)	25 (17,9)	7 (5,0)	132 (94,3)
Excesso de peso						
Sim	1 (0,7)	10 (7,1)	18 (12,9)	5 (3,6)	1 (0,7)	35 (25,0)
Não	3 (2,1)	45 (32,1)	29 (20,7)	22 (15,7)	6 (4,3)	105 (75,0)
Colesterol						
Sim	-	8 (5,7)	12 (8,6)	10 (7,1)	-	30 (21,4)
Não	4 (2,9)	47 (33,6)	35 (25,0)	17 (12,1)	7 (5,0)	110 (78,6)
Triglicerídeos						
Sim	-	3 (2,1)	7 (5,0)	1 (0,7)	1 (0,7)	12 (8,6)
Não	4 (2,9)	52 (37,1)	40 (28,6)	26 (18,6)	6 (4,3)	128 (91,4)
Gastrite						
Sim	-	9 (6,4)	9 (6,4)	7 (5,0)	1 (0,7)	26 (18,6)
Não	4 (2,9)	46 (32,9)	38 (27,1)	20 (14,3)	6 (4,3)	114 (81,4)
Úlcera nervosa						
Sim	-	3 (2,1)	4 (2,9)	-	1 (0,7)	8 (5,7)
Não	4 (2,9)	52 (37,1)	43 (30,7)	27 (19,3)	6 (4,3)	132 (94,3)
Problemas cardíacos						
Sim	-	2 (1,4)	2 (1,4)	1 (0,7)	-	5 (3,6)
Não	4 (2,9)	53 (37,9)	45 (32,1)	26 (18,6)	7 (5,0)	135 (96,4)
Distúrbio do sono						
Sim	1 (0,7)	21 (15,0)	25 (17,9)	10 (7,1)	3 (2,1)	60 (42,9)
Não	3 (2,1)	34 (24,3)	22 (15,7)	17 (12,1)	4 (2,9)	80 (57,1)

Não possui

Sim	2 (1,4)	25 (17,9)	8 (5,7)	6 (4,3)	4 (2,9)	45 (32,1)
Não	2 (1,4)	30 (21,4)	39 (27,9)	21 (15,0)	3 (2,1)	95 (67,9)

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. -: Representação do valor zero.

DISCUSSÃO

A revisão de Wanderley e Ferreira (2010) constatou que o Brasil substituiu o problema de escassez alimentar pelo excesso dietético, em parte pela mecanização do processo de trabalho e o aumento da participação da população no setor terciário da economia, assim como a redução das atividades físicas, visto que esta ocupação requer menor demanda energética. Esta informação corrobora o perfil dos trabalhadores da agroindústria, visto que grande parte da amostra apresentou excesso de peso.

No estudo de Linhares et al (2012), o objetivo foi descrever a distribuição da obesidade geral e abdominal em adultos residentes na zona urbana de Pelotas-RS, em 2010, comparadas com características demográficas e socioeconômicas. Este estudo constatou que 26,1% dos sujeitos entrevistados foram classificados como obesos e cerca de um em cada três apresentou IMC na faixa recomendável. Dos sujeitos classificados como obesos 21,7% eram homens e 29,2% mulheres. Concluindo o autor que a obesidade geral aumentou nos últimos 10 anos em adultos com 20 anos ou mais no município estudado.

Menegat e Fontana (2010) em estudo com 22 trabalhadores rurais, todos moradores de localidades pertencentes a um município da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, com atividades na agricultura e/ou pecuária, encontraram resultados apontando a predominância de sujeitos casados e do sexo feminino, prevalecendo como principal problema de saúde as alterações da coluna vertebral. Também foi constatada a HAS em 27,3% dos entrevistados, destes alguns revelaram ter aterosclerose ou já ter tido o nível de colesterol LDL elevado. Destacaram-se também as intoxicações e alergias, assim como os acidentes de trabalho. Observaram os autores que atualmente as doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos tornaram-se enfermidades “comuns” entre a população tanto da zona urbana quanto rural.

No estudo de Cockell et al (2005), mais da metade dos agricultores afirmaram não ter hipertensão arterial (57,8%), no entanto, 21,9% dos sujeitos nunca tinham aferido a pressão arterial. Resultados que corroboram os da presente pesquisa, em que 67,86% dos trabalhadores da agroindústria declararam não ter HAS, embora 31,6% deles não ter verificado ou controlado a pressão arterial.

Do mesmo modo, os mesmos autores constataram que 60,9% dos sujeitos não eram diabéticos, e que 34,4% deles nunca haviam realizado exames para a análise dos níveis de glicose sanguínea. Cabe ressaltar que os resultados do presente estudo podem ser subestimados por apresentar vieses de memória (método autorreferido) além do desconhecimento por parte dos sujeitos às suas condições de saúde.

CONCLUSÃO

Diante das constatações do presente estudo, cabe considerar que estes resultados apontam a ausência de controle e acompanhamento dos perfis antropométrico, bioquímicos e cardiorrespiratórios, e o conseqüente o nível de desinformação dos trabalhadores rurais sobre seu estado de saúde. Estas questões corroboram a necessidade de ações mais efetivas de promoção da saúde, assim como de estratégias que potencializem o acesso desta população às redes de atenção em saúde. Medidas preventivas poderiam minimizar os efeitos do excesso de peso e do desenvolvimento das patologias associadas. Para tanto a adoção de estilos de vida mais saudáveis, poderiam reduzir os níveis de excesso de peso, levando a classificação do IMC para faixas recomendadas, o que certamente reduziria o risco tanto do

desenvolvimento de doenças associadas quanto o custo pessoal e social acarretado por diferentes patologias.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios de Classificação Econômica – Brasil, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1>. Acesso em: 23 outubro 2013.

COCKELL, F.F.et al.Condições de trabalho e saúde no meio rural da região da chapada no município de Itabira – MG. *XLII Congresso da SOBER (Sociedade Brasileira de Economia e Sociologia Rural), Ribeirão Preto, julho de 2005.*

FERREIRA, D. A.; FIGUEIRA, Y. A. Análise das Funções Pulmonares de Crianças e Adolescentes Obesos e a Relação com o Broncoespasmo. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 5, n. 1, p. 175-182, jan./abr. 2012.

LINHARES, R. S. et al.Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 438-448, mar. 2012.

MENEGAT, R. P.; FONTANA, R. T. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. Santo Ângelo: *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 1, p. 52-59, Jan/Mar, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Tradução Andréa Favano. São Paulo: Roca, 2004.

PAIXÃO, M. P. C. P.; PAXIÃO, S. J. P. Obesidade como fator de risco para acidentes no trabalho. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 3, p. 379-386, set./dez. 2009.

POHL, H. H.; GALLIANO, L. M.; RECKZIEGEL, M. B. Worker's health and lifestyle: a multi-serial view of the physical fitness. *FIEP Bulletin*, v. 89, p. 808-12, 2010.

RAPHAELLI, C. de O.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P. C. Associação entre comportamento de risco à saúde de pais e adolescentes em escolares de zona rural de um município do Sul do Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, v. 27, n. 12, p. 2429-2440, 2011.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

AUTOR CORRESPONDENTE

Hildegard Hedwig Pohl
Avenida Independência, 2293
Bairro Universitário – CEP: 96.815-900
Santa Cruz do Sul – RS
UNISC, Educação Física, bloco 42, sala 4207