

Avaliação da qualidade de vida de açougueiros com a utilização do WHOQOL-bref

Butcher's quality of life evaluation with the WHOQOL-bref

Julianne Cristine Ferreira¹, Vivian Urbanejo Romero¹, Rogério Muniz de Andrade¹, Eduardo Costa Sá¹

RESUMO | **Contexto:** Profissões como a de açougueiro, que requerem técnicas e habilidades específicas, estão em déficit no mundo. Consequentemente, há sobrecarga de trabalho para os profissionais existentes no mercado, e isso pode afetar a qualidade de vida desses indivíduos. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de açougueiros de uma rede de casa de carnes da cidade de São Paulo. **Método:** Estudo observacional do tipo transversal com um grupo selecionado de açougueiros e um grupo controle, com faixa etária de 18 a 45 anos, de ambos os gêneros. Foram utilizados questionários de Qualidade de Vida (*The World Health Organization Quality of Life, bref* — WHOQOL-bref) em uma amostra de 50 açougueiros e 50 sujeitos de grupo controle. **Resultados:** Foi observado que, em todos os domínios de qualidade de vida avaliados, com exceção da autoavaliação, os escores nos açougueiros foram em média estatisticamente menores que nos controles ($p < 0,05$), mesmo após ajuste das características que foram diferentes entre os grupos. **Conclusão:** Este estudo proporciona dados pouco investigados em outras pesquisas e sugere que a avaliação de açougueiros deve ser continuada quanto à percepção da qualidade de vida desses profissionais.

Palavras-chave | qualidade de vida; medicina do trabalho; indústria da carne; trabalhadores.

ABSTRACT | **Background:** There is a global shortage of individuals for jobs that require special skills and techniques, such as butchers. As a result, the available workers are overloaded, which might impair their quality of life. **Objective:** To assess the quality of life of butchers working for a network of butcher shops in Sao Paulo. **Method:** Cross-sectional observational study with a selected group of butchers and a control group, with age ranging from 18 to 45 years old and from both genders. A quality of life questionnaire (World Health Organization Quality of Life, bref — WHOQOL-bref) was applied to a sample of 50 butchers and 50 controls. **Results:** The scores for butchers were statistically significantly lower in all quality of life variables, except for self-assessment compared to the controls ($p < 0.05$) even after adjustment for characteristics differing between the groups. **Conclusion:** The present study provides data poorly investigated in other studies, and suggests that assessment of the perception of the quality of life of butchers should continue.

KEYWORDS | quality of life; occupational medicine; meat industry; workers.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

¹Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520170416

INTRODUÇÃO

A profissão de açougueiro é antiga, mas ainda presente nos dias atuais. Com a industrialização da produção de carne, ocorreu o aumento de seu consumo e, consequentemente, a mercadoria tornou-se mais barata¹. O mercado de trabalho do açougueiro modificou-se com a implementação dos frigoríficos e, assim, a profissão que antes era prestigiada tornou-se uma tarefa com baixo reconhecimento e recompensa social¹. A execução do trabalho muitas vezes é sentida como sacrifício, sendo desencadeadora de adoecimento e sofrimento, devido ao clima organizacional e emocional existente no ambiente laboral².

Atualmente, os açougueiros operam em condições de trabalho adversas. Os profissionais da área não estão somente expostos às máquinas e às facas, mas também a câmaras frias e balcões com muita exposição ao frio³. Isso pode culminar em doenças do trabalho, que são crescentes nos setores de metalúrgica, frigoríficos, bancos, telemarketing e comércio (supermercados)⁴. Também se observa o crescimento acentuado dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho entre as principais causas de afastamento, acometendo indistintamente os trabalhadores de todos os setores produtivos⁵.

O tipo de trabalho e as condições em que é realizado podem ser considerados fatores de prazer ou de realização pessoal, mas também se constituir como fonte de adoecimento⁶.

Diante do exposto, os açougueiros compõem uma categoria profissional de trabalhadores que sofrem com as mudanças do mundo do trabalho ocorridas ao longo dos anos e que podem ter sua qualidade de vida (QV) afetada.

Na conceituação adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV foi definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁷.

Há um aumento no interesse em transformar a QV em uma medida quantitativa, e um número crescente de instrumentos, que podem ser divididos em genéricos e específicos, têm sido propostos para medi-la⁸. Os instrumentos genéricos são aplicados na avaliação da QV da população em geral; trata-se de questionários de base populacional, sem especificação de enfermidades, mais apropriados para

estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde, sendo o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS com 100 questões (*The World Health Organization Quality of Life — WHOQOL-100*) um dos mais frequentemente utilizados no mundo.

As publicações encontradas referentes ao questionário WHOQOL-100 esclarecem sobre o desenvolvimento desse instrumento para a avaliação da qualidade de vida e sua aplicação em vários países, incluindo uma versão brasileira⁹⁻¹⁴.

No entanto, a fim de tornar mais prática a aplicação desse instrumento, foi desenvolvida uma versão abreviada, com características psicométricas satisfatórias, que foi apresentada como WHOQOL-bref⁵⁻¹⁷. A versão abreviada do WHOQOL não compromete a qualidade dos resultados quando comparado ao WHOQOL-100¹³. Sendo assim, o questionário WHOQOL-bref foi selecionado para aplicação no presente estudo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida de açougueiros de uma rede de casa de carnes da cidade de São Paulo, por meio do questionário WHOQOL-bref, no período de maio a agosto de 2012.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar quais os domínios mais comprometidos apresentados pelos açougueiros em relação ao grupo controle.

MÉTODO

Estudo de caráter observacional, do tipo transversal, em que foi escolhido um grupo de açougueiros de uma rede de casa de carnes e um grupo controle constituído por trabalhadores de outra categoria profissional, todos residentes na cidade de São Paulo. Foram avaliados no período de maio a agosto de 2012.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos na faixa etária de 18 a 45 anos de idade, de ambos os sexos. E os de exclusão foram indivíduos que não conseguiram preencher o questionário utilizado no estudo.

Foram preenchidos 100 questionários WHOQOL-bref e não foi necessário excluir nenhum deles, sendo a amostra constituída de 50 açougueiros e 50 sujeitos do grupo controle.

Os dados foram coletados durante os exames periódicos dos trabalhadores pesquisados. Eles foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e concordaram em participar mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Aos questionários padronizados foram acrescentados os dados clínicos e do perfil epidemiológico de cada participante, tais como: idade, sexo, peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), comorbidades específicas (hipertensão arterial e diabetes), tabagismo, uso de álcool e prática de atividade física.

Construiu-se um banco de dados com as informações coletadas por intermédio dos questionários aplicados. Os dados foram inseridos em planilha Microsoft Excel 2003 e o cálculo dos escores do WHOQOL-bref foi realizado da mesma forma que se aplica no WHOQOL-100, exceto pelo cálculo dos escores das facetas¹⁷.

As regras para o cálculo dos resultados do WHOQOL-bref seguiram os preceitos de Pedroso et al.¹⁷ e consistem em verificar se todas as 26 questões foram preenchidas com os valores de 1 a 5, além da inversão de todas as questões cuja escala de respostas é contrária, calcula-se os escores dos domínios pela soma dos escores da média das “n” questões que compõem cada domínio (nos domínios compostos por até 7 questões, o cálculo será feito somente se o número de facetas não calculadas não for ≥ 2 ; nos domínios compostos por mais de 7 questões, ele será realizado somente se o número de facetas não calculadas não for ≥ 3), sendo o resultado multiplicado por 4 e representado em uma escala de 4 a 20. Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100; indivíduos que deixaram de preencher, ou fizeram incorretamente, mais do que 6 questões foram excluídos da amostra.

O WHOQOL-bref contém duas questões gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, ele é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente¹⁵⁻¹⁷.

Dentro de cada domínio, foram avaliadas determinadas facetas que estão descritas abaixo, acompanhadas pelo número correspondente da questão de 1 a 26 (Q1 a Q26) no questionário:

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

Foram descritas, segundo cada grupo, as características qualitativas avaliadas, com uso de frequências absolutas e relativas. Foi também verificada a associação dessas características entre os grupos com uso do teste do χ^2 ou teste exato de Fisher, sendo este aplicado quando a amostra não possibilitou a utilização do teste do χ^2 ²¹⁸. As características quantitativas e os escores de qualidade de vida foram descritos segundo grupos com uso de medidas resumo: média, desvio padrão (DP), mediana, mínimo, máximo, coeficiente de variação (CV) e amplitude. Depois foram

comparados entre os grupos com uso de testes *t* de Student¹⁸. Para os escores de qualidade de vida, foram utilizados testes modelos lineares para a comparação entre os grupos, ajustados pelas características que foram estatisticamente diferentes entre eles¹⁹.

Para realização das análises, foi utilizado o *software International Business Machines — Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS) for Windows* versão 20.0 e, para tabulação dos dados, foi utilizado o *software Microsoft Excel 2003*. Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A descrição das características pessoais e clínicas segundo grupos e resultado das análises estatísticas são observadas na Tabela 1.

A Tabela 1 mostra que a idade e o peso médio dos açougueiros foram estatisticamente maiores que nos controles ($p < 0,001$, $p = 0,047$, respectivamente), a frequência de mulheres e a assiduidade de atividade física foram estatisticamente maiores nos controles que nos açougueiros ($p < 0,001$ e $p = 0,001$, respectivamente).

O sexo, apesar de ter apresentado associação entre os grupos (Tabela 1), não foi ajustado nos modelos, pois entre os açougueiros há somente pessoas do sexo masculino.

A descrição dos escores de qualidade de vida segundo grupos e resultado das análises comparativas é observada na Tabela 2.

A Tabela 2 mostra que, em todos os domínios de qualidade de vida avaliados, com exceção da autoavaliação, os escores nos açougueiros foram em média estatisticamente menores que nos controles ($p < 0,05$), mesmo após ajuste das características que foram diferentes entre os grupos.

DISCUSSÃO

A idade média dos açougueiros foi estatisticamente maior que dos controles ($p < 0,001$), mas ainda assim esses profissionais se caracterizam por jovens trabalhadores. No setor de carnes, o critério de pouca idade e de falta de experiência possivelmente não limita a contratação²⁰.

O que pode estar representado no nosso estudo, que mostra uma média de idade de 32 anos. Esse dado pode sugerir, ainda, que pessoas mais jovens e menos experientes podem ter mais condicionamento para trabalhar nas situações exigidas pela função.

A literatura aponta a predominância de funcionários do sexo masculino no setor de carnes²⁰. Isso é compatível com o observado em nosso estudo, que apresenta todos os açougueiros do sexo masculino.

Este estudo demonstrou que os açougueiros apresentaram peso médio estatisticamente maior do que os controles ($p = 0,047$). O dado encontrado está de acordo com outro estudo com trabalhadores de empresas de São Paulo, em que se acharam cerca de 56% dos homens com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$)²¹. O mesmo estudo também demonstrou prevalência geral de hipertensão arterial de aproximadamente 30%, sendo que, em trabalhadores do sexo masculino, foi cerca de duas vezes maior do que a prevalência apresentada pelo sexo feminino (38,1 versus 18,7%)²¹.

Não observamos diferença estatística entre os açougueiros e os controles com relação ao consumo de álcool e tabaco. Contudo, sabemos que as condições em que o trabalho se desenvolve e os agentes estressores podem contribuir para levar o trabalhador ao consumo do álcool ou cigarro e, até mesmo, agravar as consequências dessas doenças²².

A frequência de atividade física foi estatisticamente maior nos controles do que nos açougueiros ($p = 0,001$). Esse dado pode ter relação com o maior peso encontrado nesses últimos, uma vez que elementos epidemiológicos indicam que a realização de atividade física auxilia no controle do peso corporal²³, além de manter a pressão arterial dentro de limites seguros²⁴ e contribuir para o controle do *diabetes mellitus*²⁵.

Em relação aos domínios de qualidade de vida avaliados, observamos que os escores nos açougueiros foram em média estatisticamente menores do que nos controles ($p < 0,05$), com exceção da autoavaliação.

O menor escore encontrado nos açougueiros no domínio físico pode ser reflexo de jornadas de trabalho extensas²⁰ e de esforço físico excessivo, que provavelmente influenciam a saúde e a integridade física dos açougueiros³.

Podemos creditar o menor escore apresentado pelos açougueiros nos domínios psicológico e meio ambiente a uma jornada de trabalho maior, decorrente da realização

Tabela 1. Descrição das características pessoais e clínicas segundo grupos e resultado das análises estatísticas.

Variável	Função		Total	Valor p
	Açougueiro	Controle		
	(n=50)	(n=50)	(n=100)	
Idade (anos)				
Média±DP	32,7±9,0	25,8±5,3	29,2±8,1	<0,001**
Mediana (mín.; máx.)	30,5 (18; 53)	25,0 (18; 44)	27,0 (18; 53)	
Peso (kg)				
Média±DP	77,0±11,6	71,4±15,4	74,0±13,9	0,047**
Mediana (mín.; máx.)	76 (58; 118)	70 (43; 110)	73 (43; 118)	
Altura (m)				
Média±DP	1,73±0,08	1,70±0,10	1,71±0,09	0,118**
Mediana (mín.; máx.)	1,75 (1,59; 1,92)	1,72 (1,49; 1,88)	1,73 (1,49; 1,92)	
IMC (kg/m ²)				
Média±DP	25,7±3,0	24,5±4,2	25,1±3,7	0,132**
Mediana (mín.; máx.)	25,1 (20,9; 36,8)	24,2 (16,7; 33,3)	24,5 (16,7; 36,8)	
Sexo, n (%)				
Masculino	50 (100)	27 (54)	77 (77)	<0,001
Feminino	0 (0)	23 (46)	23 (23)	
HAS, n (%)				
Não	46 (94)	49 (98)	95 (96)	0,362*
Sim	3 (6)	1 (2)	4 (4)	
DM, n (%)				
Não	49 (98)	50 (100)	99 (99)	>0,999*
Sim	1 (2)	0 (0)	1 (1)	
Tabaco, n (%)				
Não	41 (82)	44 (88)	85 (85)	0,401
Sim	9 (18)	6 (12)	15 (15)	
Álcool, n (%)				
Não	17 (34)	26 (52)	43 (43)	0,069
Sim	33 (66)	24 (48)	57 (57)	
Atividade física, n (%)				
Não	34 (68)	18 (36)	52 (52)	0,001
Sim	16 (32)	32 (64)	48 (48)	

Nem todas as variáveis possuem todas as informações; Teste do χ^2 ; *Teste exato de Fisher; **Teste t de Student; IMC: índice de massa corpórea; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: *diabetes mellitus*; DP: desvio padrão; mín.: mínimo; máx.: máximo.

frequente de horas extraordinárias após a jornada diária, assim como ao fato de os salários menores terem mais representatividade do que as remunerações maiores no setor²⁰.

Em relação ao domínio relações sociais, o menor escore dos açougueiros pode estar associado ao fato de esses sujeitos muitas vezes realizarem horas extraordinárias além de sua jornada habitual de trabalho²⁰.

Tabela 2. Descrição dos escores de qualidade de vida segundo grupos e resultado das análises comparativas.

Variável	Função		Total (n=100)	Valor p	Valor p*
	Açougueiro	Controle			
	(n=50)	(n=50)			
Físico					
Média±DP	15,2±2,6	16,8±2,0	16,0±2,5		
Mediana (mín.; máx.)	15,4 (8,0; 20,0)	17,1 (11,4; 20,0)	16,6 (8,0; 20,0)	0,001	0,004
CV (%)-amplitude	17,3-12,0	11,7-8,6	15,3-12,0		
Psicológico					
Média±DP	14,9±2,4	16,2±2,1	15,6±2,3		
Mediana (mín.; máx.)	15,3 (6,7; 18,0)	16,7 (10,7; 18,7)	16,0 (6,7; 18,7)	0,003	0,001
CV (%)-amplitude	16,0-11,3	13,0-8,0	15,0-12,0		
Relações sociais					
Média±DP	15,2 ± 3,5	16,5 ± 2,5	15,9±3,1		
Mediana (mín.; máx.)	16,0 (5,3; 20,0)	16,0 (9,3; 20,0)	16,0 (5,3; 20,0)	0,030	0,024
CV (%)-amplitude	23,3-14,7	15,3-10,7	19,7-14,7		
Meio ambiente					
Média±DP	11,6±2,3	13,4±2,3	12,5±2,5		
Mediana (mín.; máx.)	11,5 (4,0; 16,0)	13,5 (6,5; 17,0)	12,5 (4,0; 17,0)	<0,001	<0,001
CV (%)-amplitude	19,9-12,0	17,2-10,5	19,7-13,0		
Autoavaliação da QV					
Média±DP	15,3±3,4	15,5±2,5	15,4±3,0		
Mediana (mín.; máx.)	16,0 (4,0; 20,0)	16,0 (8,0; 20,0)	16,0 (4,0; 20,0)	0,721	0,390
CV (%)-amplitude	21,9-16,0	16,4-12,0	19,2-16,0		
Geral					
Média±DP	14,0±2,2	15,5±1,8	14,8±2,1		
Mediana (mín.; máx.)	14,2 (6,6; 16,9)	15,8 (10,5; 18,2)	15,1 (6,6; 18,2)	<0,001	0,001
CV (%)-amplitude	15,3-10,3	11,7-7,7	14,3-11,5		

Teste *t* de Student; modelos lineares ajustados por idade e atividade física; *resultados ajustados; DP: desvio padrão; CV: coeficiente de variação; QV: qualidade de vida; mín.: mínimo; máx.: máximo.

Outra possibilidade é de que esses trabalhadores apresentem maior tempo de deslocamento no trajeto entre suas residências e a empresa, influenciando indiretamente suas relações pessoais.

De acordo com os resultados, não foi observada diferença entre os açougueiros e os controles na autoavaliação da qualidade de vida. Atualmente, o trabalho de açougueiro pode proporcionar baixo reconhecimento e baixa recompensa social¹ e as profissões dos controles podem causar efeitos semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. Bosi AP. From Butchers to Slaughterhouses: A social history of the labor in meat production, 1750 to 1950. *Rev Hist Regional*. 2014;19(1):83-103.
2. Pêgo FPL, Pêgo DR. Síndrome de Burnout. *Rev Bras Med Trab*. 2016;14(2):171-6.
3. Weinfuter S. Açougue: Perigos no local de trabalho. Artigos de cotidiano e bem-estar - Portal Educação. 2014 [acesso em 13 out. 2016]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/cotidiano/artigos/57157/acougueperigosnolocaldetrabalho>
4. Lucca SR, Campos CR. Profile of occupational physicians, challenges, and competencies. *Rev Bras Med Trab*. 2011;9(1):45-7.
5. Brasil. Ministério da Previdência Social. Auxílio-doença previdenciário. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2015 [acesso em 14 out. 2016]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>
6. Lucca SR, Kitamura S. O ensino da Medicina do Trabalho e a importância das visitas aos locais de trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2012;10(2):41-8.
7. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Original Research Article. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
8. Campos MO, Rodrigues Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2008;32(2):232-40.
9. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovitch E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL - 100). *Rev Saúde Pública*. 1999;33:198-205.
10. Zubaran C, Foresti K, Thorell MR, Franceschini PR, Homero W. Portuguese version of the quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a validation study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(5):443-8.
11. Lucas-Carrasco R. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Qual Life Res*. 2012;21:161-5.
12. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. On behalf of the WHOQOL Group*. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res*. 2001;10:711-21.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
14. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida: um debate necessário. *Cien Saúde Colet*. 2000;5(1):7-18.
15. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment 1998. *Psychol Med*. 1998;28:551-8.
16. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group*. *Qual Life Res*. 2004;13:299-310.
17. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. 2010. *Rev Bras Qualidade Vida*. 2010;2(1):31-6.
18. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics*. 2ª ed. Massachusetts: Blackwell Science; 2006. 502 p.
19. Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. *Applied Linear Statistical Models*. 4ª ed. Illinois: Richard D. Irwing; 1996. 1.408 p.
20. Vasconcellos MC, Pignatti, MG, Pignati WA. Emprego e acidentes de trabalho na indústria frigorífica em áreas de expansão do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. *Saúde Soc*. 2009 [acesso em 13 out. 2016];18(4):662-72. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400010>
21. Sarno F, Bandoni DH, Jaime PC. Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(3):453-62.
22. Pereira JC. Alcoolismo e tabagismo no trabalho. E-Tec Brasil - Psicologia do Trabalho. 2016 [acesso em 13 fev. 2017]. Disponível em: http://proedu.ifce.edu.br/bitstream/handle/123456789/604/Aula_13.pdf?sequence=13&isAllowed=y
23. American College of Sports Medicine. Position statement on proper and improper weight loss program. *Med Sci Sports Exer*. 1983;15:IX.
24. Fagard R. Habitual physical activity, training and blood pressure in normo and hypertension. *Int J Sports Med*. 1985;6:57-67.
25. Richter EA, Ruderman NB. Diabetes and exercise. *Am J Med*. 1981;70:201-9.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados nos permitiu concluir que os açougueiros apresentam escores estatisticamente menores do que nos controles nos domínios de qualidade de vida avaliados, com exceção da autoavaliação.

Este estudo proporciona dados pouco investigados em outras pesquisas e sugere que a avaliação da profissão açougueiro deve ser continuada quanto à percepção da qualidade de vida desses trabalhadores.

Endereço para correspondência: Julianne Cristine Ferreira - Rua Capitão Macedo, 333, apto. 94 - Vila Clementino - CEP: 04021-020 - São Paulo (SP), Brasil - E-mail: julianec.ferreira@gmail.com