



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

Tese de Doutorado

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO IMPEDIMENTO LABORAL POR MOTIVOS DE SAÚDE EM TRABALHADORES DE COZINHAS INDUSTRIAIS

Odaleia Barbosa de Aguiar

Orientador: Joaquim Gonçalves Valente

Área de Concentração:

Epidemiologia

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**Aspectos Psicossociais do Impedimento Laboral por Motivos de Saúde
em Trabalhadores de Cozinhas Industriais**

Odaleia Barbosa de Aguiar

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Saúde
Coletiva, Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva – área de concentração em
Epidemiologia, do Instituto de Medicina Social
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Joaquim Gonçalves Valente

Rio de Janeiro

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

A282 Aguiar, Odaleia Barbosa de.

Aspectos psicossociais do impedimento laboral por motivos de saúde em trabalhadores de cozinhas industriais / Odaleia Barbosa de Aguiar. – 2009. 206f.

Orientador: Joaquim Gonçalves Valente.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde e trabalho – Teses. 2. Stress ocupacional – Teses. 3. Trabalho – Aspectos psicológicos – Teses. 4. Absenteísmo (Trabalho) – Teses. 5. Cozinha industrial – Teses. I. Valente, Joaquim Gonçalves. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III Título.

CDU 613.6

Odaleia Barbosa de Aguiar

Aprovada em de de 2009

Prof. Joaquim Gonçalves Valente (orientador)

Prof. Guilherme Loureiro Werneck

Prof^a. Maria Helena Hanselman

Prof^a. Maria de Jesus Mendes Fonseca

Prof^a Rosane Harter Griep

Saber discernir os momentos

Debaixo do céu há momento para tudo, e tempo certo para cada coisa.

Tempo para nascer e tempo para morrer.

Tempo para plantar e tempo para arrancar a planta.

Tempo para matar e tempo para curar.

Tempo para destruir e tempo para construir.

Tempo para chorar e tempo para rir.

Tempo para gemer e tempo para bailar.

Tempo para atirar pedras e tempo para recolher pedras.

Tempo para abraçar e tempo para se separar.

Tempo para procurar e tempo para perder.

Tempo para guardar e tempo para jogar fora.

Tempo para rasgar e tempo para costurar.

Tempo para calar e tempo para falar.

Tempo para amar e tempo para odiar.

Tempo para a guerra e tempo para a paz.

Eclesiastes 3, 1-8

"Aos trabalhadores em geral pelos relevantes serviços que prestam à Sociedade, no anonimato, sem reconhecimento e sem dignas recompensas, mas com entusiasmo, profissionalismo e esperança em um futuro melhor.

Em especial, aos trabalhadores de cozinhas industriais com quem mantive contato em minha trajetória profissional, por me ensinarem a olhar o mundo do trabalho com mais atenção."

Odaleia Barbosa de Aguiar

Agradecimentos

Gratidão ao Professor Joaquim Gonçalves Valente que, em diferentes momentos, permitiu-me ora andar ao seu lado, ora caminhar por conta própria, com a segurança e a tranquilidade que este percurso requer.

Gratidão à Professora Maria de Jesus Fonseca que esteve sempre presente nos momentos difíceis, colocando-se disponível num total processo de gratuidade.

Gratidão ao corpo docente do IMS, principalmente, àqueles com quem convivi nas disciplinas, Professores: Michael Reichenheim, Antonio Ponce de Leon, Evandro Coutinho, Claudia Lopes, Rosely Sichieri, Claudia Medina, Eduardo Faerstein e Paulo Nadanovsky que com sabedoria e autoridade conduzem os alunos da área de epidemiologia. E ao Professor Kenneth Rochel da área de política, planejamento e administração de Saúde.

Gratidão ao Professor Guilherme Werneck Loureiro que com precisão e sensibilidade, como Coordenador do Programa de Doutorado, indicou-me caminhos e me passou tranquilidade para tomar decisões críticas para o prosseguimento do curso.

Gratidão aos funcionários da Secretaria Acadêmica do Instituto de Medicina Social que sempre atenderam minhas solicitações com gentileza e presteza.

Gratidão aos funcionários do Laboratório de Informática, em especial à Márcia Luiza e ao Anderson Noel os quais, com muita competência, me auxiliaram a manusear as ferramentas dos programas computacionais.

Gratidão às Bibliotecárias do IMS pela gentileza, competência e presteza com que sempre me atenderam.

Gratidão aos amigos da turma de mestrado 2005, com quem pude formar uma teia de apoio social para as dificuldades encontradas no transcurso das disciplinas obrigatórias.

Gratidão aos amigos da turma de doutorado, em especial à Roseli Andrade e Roger Celeste, que muito contribuíram para o meu entendimento, e com quem pude contar em diferentes momentos do curso.

Gratidão aos amigos de doutorados anteriores e posteriores que foram contribuindo na minha formação: Maria Jacirema Gonçalves, Jacqueline Furtado, e Yara Hahr Hökerberg.

Gratidão à Vera Lucia Halfoun e à Denise Mattos pelo estímulo recebido neste período e, também, por permitirem que o meu tempo de trabalho fosse muitas vezes alterado, re combinado, permutado para que eu pudesse dar conta das atividades do Doutorado.

Gratidão à: Maria Cristina Dias, Sônia Cristina Aranda, Tânia Tavares e aos demais amigos do Programa de Atenção Primária à Saúde que confiaram, estimularam e ofereceram sempre carinho e ânimo para esta empreitada.

Gratidão, **in memoriam**, à Márcia Curvelo e à Maria da Conceição Gonçalves, que sempre se empenharam para que os trabalhadores do Programa de Atenção Primária à Saúde encontrassem os seus dons, e contribuíssem com os resultados para a formação dos alunos e para o desenvolvimento dos serviços de saúde.

Gratidão às colegas do Departamento de Nutrição Aplicada pela amizade e confiança nesta caminhada, especialmente à: professora Cecília Carvalho, pela disponibilidade para o encaminhamento do meu processo de afastamento, aos professores de Alimentação Coletiva que se dispuseram a cobrir a minha carga horária durante o período de afastamento e à Fabiana Bom Kraemer pela confiança e estímulo.

Gratidão aos funcionários administrativos do Instituto de Nutrição, e em especial à Maria Teixeira e à Karina Cabreira que acompanharam com entusiasmo esta minha trajetória.

Gratidão à Marília Miguez, **in memoriam**, pela alegria e entusiasmo por este caminho de pesquisa, com que contribuiu durante o nosso convívio.

Gratidão à Professora Maria José Castilho que me conduziu à área de Alimentação Coletiva, me acompanhou, me incentivou, acreditando em meu potencial, e pela qual tenho o maior carinho e respeito.

Gratidão às amigas: Marisa Almeida, Lídice Guerrieiro e Rose Carvalho que em diferentes ocasiões tanta alegria me ofereceram.

Gratidão à minha família, especialmente aos meus filhos, a quem tanto amo, que souberam compartilhar este desafio que me impus.

Gratidão à Secretaria de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro, e em especial ao superintendente Júlio César Chagas Filho, que fez o primeiro contato, em 2006, com os responsáveis pela administração dos restaurantes populares e se mostrou sempre solícito ao responder minhas questões e nas negociações com os administradores dos restaurantes populares.

Gratidão às nutricionistas dos restaurantes populares, que na medida do possível facilitaram nossa permanência no local de trabalho no período da pesquisa.

Gratidão aos trabalhadores dos restaurantes populares, que com boa vontade se submeteram às entrevistas e à realização das medidas.

Gratidão à: Viviane Wagner, Marli Rocha, Thaís Silva, Fabiana Ramos, Nívea Dias, Jaqueline Silva e Kelly Oliveira que se esmeraram para realizar as entrevistas.

Gratidão ao Cresol Roberto Macedo, a mão invisível do trabalho, pela presença, carinho, dedicação, paciência e generosidade durante todo este caminho.

SUMÁRIO

Resumo	xii
Abstract	xiv
LISTA DE TABELAS	xv
LISTA DE FIGURAS, MAPAS e GRÁFICOS	xviii
LISTA DE ABREVIATURAS	xix
Apresentação	xx
Introdução: O Setor de Alimentação Coletiva	24
Capítulo 1 - Delineamento Teórico	31
Aspectos Psicossociais do Trabalho.....	31
O Estresse.....	33
O Modelo Demanda-Controle de Karasek.....	36
Aplicações do Modelo.....	41
Impedimento Laboral.....	45
Confiabilidade das Fontes de Dados.....	50
Capítulo 2 - Justificativa e Objetivo	56
Capítulo 3 - Métodos	59
População de Estudo.....	60
Variáveis do Estudo.....	62
Desenvolvimento do Instrumento para Coleta dos Dados.....	63
Ações Empreendidas para Verificar a Clareza do Questionário e Assegurar sua Confiabilidade.....	65
Pesquisa de Campo.....	66

Capítulo 4 – Resultados.....	71
4.1 - Resultados Gerais.....	71
4.2 - Primeiro Artigo: Descrição Sócio-Demográfica, Laboral e de Saúde dos Trabalhadores do Setor de Serviços de Alimentação dos Restaurantes Populares do Rio de Janeiro.	82
4.3 - Segundo Artigo: Fatores Associados ao Impedimento Laboral por Motivos de Saúde em Trabalhadores de Cozinha do Estado do Rio de Janeiro.	108
4.4 - Terceiro Artigo: Confiabilidade (teste-reteste) do Questionário Demanda-Controle (DCQ) entre Trabalhadores de Restaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro.	136
Capítulo 5 – Considerações Finais.....	158
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162
Anexo I: Questionário Aplicado na Pesquisa.....	172
Anexo II: Termo de Consentimento.....	179
Anexo III: Manual do Entrevistador.....	181
Anexo IV: Informativo para os Trabalhadores.....	189
Anexo V: Cartaz.....	191
Anexo VI: Cartão de Avaliação.....	193
Anexo VII: Tabelas Complementares.....	195
Apêndice: A Escolha do Tema.....	200

Resumo

Este estudo teve por objetivo investigar a relação trabalho / saúde em trabalhadores de cozinhas industriais, focalizando o aspecto socioeconômico e outras dimensões da vida social (estresse no trabalho e eventos de vida produtores de estresse), incluindo-se morbidade (obesidade, doenças crônicas e transtornos mentais comuns), condição laboral (incômodos ambientais e acidentes de trabalho) e comportamentos relacionados à saúde (consumo alimentar, tabagismo e álcool).

Utilizando dados coletados nos nove Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, apresentam-se três artigos. O primeiro descreve a população de estudo, considerando três grupos ocupacionais: Administrativos, Cozinheiros e Copeiros, e os Auxiliares de Serviços Gerais. O segundo artigo investiga a associação entre as características psicossociais e o impedimento laboral por motivos de saúde, considerando uma análise hierarquizada e, finalmente, o terceiro artigo discute a certificação da reprodutibilidade, na população de estudo, do questionário sueco da versão para o português do “*Demand-Control Questionnaire (DCQ)*”, utilizado para avaliar estresse no ambiente de trabalho.

Os homens representaram 62,7% do total de trabalhadores. A idade média dos funcionários foi de 35,1 anos, (DP=10,3). A renda familiar líquida foi de até dois salários mínimos para 60% dos trabalhadores. Obteve-se para o tempo de trabalho em cozinhas, uma média de 59,8 meses, tendo variado de um mínimo de 2 meses e máximo de 30 anos. A prevalência de doenças que tinham diagnóstico médico foi de 15,0% para Doença Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); 14,3% para Hipertensão Arterial Sistêmica; 12,7% para Gastrite; e, 2,1% para Diabetes Mellitus tipo II. O acidente de trabalho corte foi relatado por 20,2% dos

trabalhadores, seguido de contusão com 16,0%. A prevalência de acidentes de trabalho foi mais expressiva entre os ASG.

A prevalência de impedimento laboral por motivos de saúde foi de 10,8%. Os modelos resultantes das análises multivariadas de associação entre impedimentos das atividades laborais e as variáveis que permaneceram no modelo final após o ajustes das variáveis indicaram que aqueles que referiram estado geral de saúde regular e ruim tiveram uma razão de prevalência de três para impedimento das atividades laborais comparados aos de muito bom e bom estado geral de saúde (RP: 3,59; IC: 1,44-8,97). Os trabalhadores que exerciam suas atividades nos restaurante localizados na área 2 (Bangu, Central do Brasil, Maracanã e Niterói) apresentaram RP:2,38; IC:1,15-4,91) para ausências no trabalho quando comparados aos da área 1 (Barra Mansa, Campos, Itaboraí, Duque de Caxias e Nova Iguaçu).

A confiabilidade da escala do DCQ, teste-reteste, produziu um Coeficiente de Correlação Intraclasse para as dimensões: demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social no trabalho de 0,70, 0,68 e 0,80, respectivamente, sendo considerados “bom”.

Este estudo reforça a importância dos aspectos psicossociais na ocorrência do impedimento por motivos de saúde e contribui para o conhecimento dessas relações. Sugere-se realizar estudos com desenho longitudinal, que permitam aprofundar o conhecimento sobre os determinantes psicossociais do trabalho e o absenteísmo.

Palavras-chave: Saúde Ocupacional, Absenteísmo, Estresse Psicológico, Alimentação Coletiva e Reprodutibilidade.

Abstract

This study aimed to investigate the work/health relationship among industrial kitchen workers, focusing on the socio-economic aspect and other dimensions of the social life (stress at work and stressing life events), including morbidity (obesity, chronic diseases and common mental disorders), job conditions (environmental discomfort and accidents at work) and health-related behaviors (feeding habits, smoking and alcohol consumption).

Using data collected in nine Rio de Janeiro State Popular Restaurants, three papers have been produced. The first one describes the study population considering three occupational groups: administrative; cooks and kitchen assistants; and general services assistants. The second paper investigates the association between psychosocial characteristics and health-related work absence, considering a hierarchical analysis; finally, the third paper deals with reproducibility certification of the DCQ (Demand-Control Questionnaire) used to measure job stress.

Men were 62.7% of all workers. The average age of workers was 35.1 years old (DP=10.3). Net family income was up to 2 minimum wages for 60% of workers. The prevalence of diseases with medical diagnosis was 15.0% for Work-related Osteomuscular Diseases (DORT); 14.3% for Systemic Arterial Hypertension; 12.7% for Gastritis; and 2.1% for Diabetes Mellitus II. The work accident “cut” was reported by 20.2% of workers, followed by contusion, with 16.0%. Prevalence of work accidents was most expressive among general services assistants.

Prevalence of absence from work for health reasons was 10.8%. The models resulting from multivariate analysis of association among labor activity impediments and the variables that remained in the final model after variables adjustments showed that those who reported regular and bad health general states had a

prevalence ratio of three for labor activities impediments, as compared to the ones who reported very good and good health general states (PR: 3.59; CI: 1.44-8.97). Workers whose activities were conducted at restaurants in area 2 (Bangu, Central do Brasil, Maracanã and Niterói) showed PR: 2.38; CI: 1.15-4.91) for absences from work, as compared to the ones in area 1 (Barra Mansa, Campos, Itaboraí, Duque de Caxias and Nova Iguaçu).

The reliability, test-retest, concerning the DCQ scale produced Intraclass Correlation Coefficients for the dimensions: psychological demand, job control and social support at work of: 0.70, 0.68 and 0.80, respectively, all considered good.

This study reinforces the importance of psychosocial aspects in the occurrence of absence from work for health reasons and contributes for the awareness of such relations. Further development should include longitudinal studies that allow deepening the knowledge on psychosocial determinants of work and sickness of absence.

Keywords: Occupational Health; Stress Psychological, Collective Feeding, Reproducibility of Results.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características Socioeconômico-Demográficas dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro 2006/2007.....	71
Tabela 2: Características Laborais e Estado de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro 2006/2007.....	73
Tabela 3: Prevalência de Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007.....	77
Tabelas do Primeiro Artigo:	
Tabela I.1: Características Sócio-Demográficas e Laborais dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, 2006/2007.....	101
Tabela I.2: Ausências por Problemas de Saúde, Estado Geral de Saúde, Relato de Doenças, e Acidentes de Trabalho dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, 2006/2007.	102
Tabela I.3: Distribuição Sócio-Demográfica dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro segundo classificação dos cargos, 2006/2007.	103
Tabela I.4: Distribuição Laboral dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, segundo a classificação dos cargos, 2006/2007.	104
Tabela I.5: Distribuição das Ausências por Problemas de Saúde, Estado de Saúde e Acidentes de Trabalho dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, segundo a classificação dos cargos,2006/2007.	105

Tabelas do Segundo Artigo:

Tabela II.1: Características Socioeconômicas / Demográficas e Situação Laboral dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, 2006/2007.....	127
Tabela II.2: Prevalência de Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007.....	128
Tabela II.3A: Associação entre Impedimentos das Atividades Laborais e Variáveis Socioeconômicas / Demográficas, Estilo de Vida, Situação de Vida, Psicossociais e Situação Ocupacional dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Rio de Janeiro, nos três níveis hierárquicos, 2006/2007.....	130
Tabela II.3B: Associação entre Impedimentos das Atividades Laborais e Variáveis Socioeconômicas / Demográficas, Estilo de Vida, Situação de Vida, Psicossociais e Situação Ocupacional dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, no quarto nível hierárquico, 2006/2007.....	131

Tabelas do Terceiro Artigo:

Tabela III.1: Estatística, Coeficiente de Correlação Intraclasse e Alfa de Cronbach das Dimensões Demanda Psicológica, Controle no Trabalho e Apoio Social no Trabalho, Restaurantes Industriais, 2006.....	153
Tabela III.2: Confiabilidade das Perguntas do Questionário DCQ.....	154

Tabelas Complementares (Anexo VII):

Tabela C.1: Associação entre Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde e Variáveis Socioeconômicas / Demográficas, dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007.....	196
Tabela C.2: Associação entre Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde e Variáveis do Modelo Hierárquico de Primeiro e Segundo nível, dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado	

do Rio de Janeiro – 2006/2007..... 197

Tabela C.3: Associação entre Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde e Variáveis do Modelo Hierárquico de Primeiro, Segundo e Terceiro nível, dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, 2006/2007..... 198

Tabela C.4: Associação entre Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde e Variáveis do Modelo Hierárquico de Primeiro, Segundo e Terceiro nível (Quadrantes de Karasek), dos trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007..... 199

LISTA DE FIGURAS, MAPAS E GRÁFICOS

Figura 1: Modelo Demanda-Controle de Karasek.....	37
Figura 2: Mapa com a Distribuição dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro.....	59
Figura 3: Modelo Operacional para Gerenciamento das Variáveis.....	62
Figura II.1, do Segundo Artigo: Modelo Hierárquico de Entrada de Variáveis Associadas ao Impedimento das Atividades Laborais entre Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro.....	132
Figuras do Terceiro Artigo:	
Figura III.1: Gráfico de Bland & Altman para os Escores de Demanda Psicológica no Teste e no Reteste.....	155
Figura III.2: Gráfico de Bland & Altman para os Escores do Controle do Trabalho no Teste e Reteste.....	155

LISTA DE ABREVIATURAS

UAN.....	Unidade de Alimentação e Nutrição
IAPI.....	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
SAPS.....	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SESI.....	Serviço Social da Indústria
SESC.....	Serviço Social do Comércio
PAT.....	Programa de Alimentação do Trabalhador
ABERC.....	Associação Brasileira de Refeições Coletivas
DORT.....	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
AET.....	Análise Ergonômica do Trabalho
JCQ.....	Job Content Questionnaire
DCQ.....	Demand-Control Questionnaire
GAS.....	General Adaptation Syndrome
OR.....	Odds Ratio
IC95%.....	Intervalo de Confiança de 95%
RP.....	Razão de Prevalência
CCIC.....	Coeficiente de Correlação Intra-Classe
R.....	Coeficiente de Confiabilidade
dp.....	Desvio-Padrão
UERJ.....	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IMC.....	Índice de Massa Corporal
INSS.....	Instituto Nacional de Seguridade Social
CAT.....	Comunicado de Acidente de Trabalho

Apresentação

Este é o trabalho com que finalizo o meu curso de Doutorado em Saúde Coletiva, no Instituto de Medicina Social da UERJ.

A escolha do tema é apresentada em detalhe, no Apêndice, ao final dessa dissertação, mas para mim é importante destacar, a seguir, os fatos mais relevantes que me levaram a essa escolha.

Minha preocupação com a saúde do trabalhador em cozinhas industriais foi despertada pelo convívio que tive com trabalhadores em cozinhas industriais, trabalhando em uma concessionária de Serviços de Alimentação Coletiva, após minha graduação como Nutricionista, em 1983. Os trabalhadores de cozinhas industriais eram responsabilizados pela manutenção do estado de saúde da clientela a partir do pressuposto que “serão eles os principais veículos de contaminação dos alimentos em face da não utilização de *práticas corretas de higiene*”, mas eram desassistidos na prevenção de danos a sua saúde. **Como cuidar da saúde desses trabalhadores?**

Essa pergunta estimulou-me a buscar respostas na área de Saúde do Trabalhador – uma área da Saúde Pública que tem as relações entre o trabalho e a saúde como objeto de estudo e intervenção. O ambiente acadêmico possibilitou-me discutir minha concepção de equipe de trabalhadores em cozinha industrial com meus colegas do Departamento de Nutrição Aplicada e com nossos discentes, mormente quando verifiquei que fazia parte do seu imaginário uma visão determinística da baixa qualidade do grupo operacional que teriam que chefiar ao se graduarem como nutricionistas.

Em fins do ano de 2001, quando fui designada representante do Instituto de Nutrição no Comitê Gestor dos Restaurantes Populares do Rio de Janeiro, percebi, ao desenvolver meu trabalho, a possibilidade de caracterizar os trabalhadores desses restaurantes como população-alvo de meus estudos.

Acredito firmemente na possibilidade de elevar o trabalho em cozinhas industriais ao nível de organização e de capacitação do trabalho industrial de setores mais desenvolvidos, possibilitando a percepção de uma opção de carreira por aqueles que nele ingressem, promovendo a melhoria da qualidade de suas vidas e contribuindo para uma digna inclusão social de trabalhadores oriundos de classes mais desfavorecidas.

Através do trabalho acadêmico, pretendo revelar intervenções viáveis no sistema organizacional das cozinhas industriais e contribuir para as áreas de ensino, pesquisa e extensão:

- Na área acadêmica, desenvolvendo abordagens com outras disciplinas que possuem interface com a administração de serviços de alimentação, valorizando os trabalhadores envolvidos no processo de produção de refeições.
- Na área de pesquisa, estimulando a condução de estudos referentes a questões que envolvam trabalhadores de cozinha industrial, a relação do trabalho com o ambiente físico, as questões de saúde ocupacional, as questões de comprometimento organizacional, entre tantas.
- Na área de extensão, estabelecendo relações mais estreitas com as empresas de modo a ampliar os conhecimentos relacionados à Alimentação Coletiva e influenciando a condução do processo de trabalho no sentido de

valorizar o ser humano, tanto nos aspectos ambientais quanto sócioeconômicos, possibilitando novas perspectivas de entendimento e espaços de aproximação entre saúde e trabalho. E com os trabalhadores estabelecer uma relação mais próxima com a prevenção e promoção de saúde.

Assim, decidi em acordo com meu orientador, professor Joaquim Gonçalves Valente, desenvolver a presente tese, selecionando dentre os dados coletados na pesquisa de campo, aqueles que permitissem:

- Descrever o setor de alimentação coletiva e as características dos grupos ocupacionais dos Restaurantes Populares do Rio de Janeiro;
- Averiguar as relações entre os fatores associados ao impedimento das atividades laborais entre trabalhadores de cozinhas industriais; e
- Verificar a reprodutibilidade das dimensões demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social do instrumento proposto por Karasek, adaptado para o português, para avaliar estresse no trabalho, em uma população do setor privado e de baixa escolaridade.

Na **Introdução**, que visa familiarizar os leitores com o tema escolhido, encontra-se uma síntese histórica do setor de alimentação coletiva, pondo em destaque as características que influenciam a saúde do trabalhador de cozinhas industriais.

No **capítulo 1**, encontra-se uma revisão do tema e no **capítulo 2**, a justificativa e o objetivo do estudo. No **capítulo 3**, a descrição dos métodos, com detalhamento sobre a população-alvo, as variáveis do estudo, o desenvolvimento do instrumento para coleta dos dados e as ações empreendidas para assegurar a

qualidade das informações na pesquisa de campo. No **capítulo 4**, apresenta-se os resultados gerais da pesquisa nos restaurantes populares, e três artigos. No primeiro artigo, traça-se a descrição sócio-demográfica, laboral e de saúde dos trabalhadores; no segundo artigo discute-se os aspectos psicossociais do trabalho e sua associação com o impedimento das atividades laborais; e, no terceiro artigo, demonstra-se a reprodutibilidade (teste-reteste) da versão sueca reduzida da escala completa do “job stress scale”. As referências bibliográficas, utilizadas nos artigos, encontram-se no final de cada um deles. No **capítulo 5**, as Considerações Finais.

Em seguida, em três artigos apresenta-se os Encerrando o documento, apresenta-se a relação completa das **Referências Bibliográficas**, utilizadas em toda a investigação, os **Anexos citados** no texto – onde poderão ser encontrados detalhes metodológicos e de resultados, bem como os materiais desenvolvidos e utilizados na Pesquisa de Campo – e um **Apêndice** que narra o caminho percorrido para a escolha do tema da tese.

Introdução: O Setor de Alimentação Coletiva

Alimentação coletiva é a expressão usada no Brasil para designar a alimentação produzida e consumida fora de casa (Proença, 1997). Nos Estados Unidos utiliza-se para alimentação produzida e consumida fora de casa o termo “*Food Service*”. Na Europa, nos países de língua inglesa, esses serviços chamam-se “*Catering*” que significa o fornecimento de todos os alimentos necessários; e, nos países em que se fala francês, denominam-se “*Restauration*”, oferecidos em “*Restaurations Commerciales*”, onde não há restrição de público, ou em “*Restaurations Collective*”, em que o atendimento é direcionado a uma instituição de caráter público ou privado de clientela restrita como: escolas, asilos, presídios, hospitais ou qualquer instituição (Proença, 1997).

O setor de alimentação coletiva reúne as condições necessárias – área física, por exemplo – para produzir grandes quantidades de refeições destinadas a indivíduos, sadios ou enfermos, que se alimentem fora de casa.

O setor de alimentação coletiva surgiu no Brasil a partir de três medidas governamentais: a primeira foi o Decreto – Lei nº 1228, de 2 de maio de 1939, estabelecendo a obrigatoriedade, para as empresas com mais de 500 empregados, da instalação de refeitórios para os trabalhadores; a segunda, a criação, em 1º de agosto de mesmo ano, do Serviço Central de Alimentação no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) no Rio de Janeiro; e a terceira, a criação em 1940, do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) – “o primeiro órgão de política de alimentação instituído no Estado Brasileiro” (L’Abbate, 1989). No ano de 1947, foram inauguradas, em São Paulo, as cozinhas industriais do Serviço Social da Indústria (SESI) e do Serviço Social do Comércio (SESC), que

tinham como objetivo, produzir e transportar refeições para as grandes indústrias e comércio, respectivamente (Colares, 2005).

A década de 40 foi um marco para o início da estruturação do setor de alimentação coletiva na área hospitalar. Neste período, surgiram os primeiros equipamentos de fabricação nacional para a produção de refeições em larga escala que até então eram importados da Europa e dos Estados Unidos (Proença, 1997).

A necessidade de absorção de trabalhadores deste recente mercado se deu à custa de desempregados de outras áreas, como da construção civil, o setor de vendas ambulantes ou de serviços domésticos, caracteristicamente trabalhadores advindos de classes mais desvalidas (Ypiranga & Gil, 1987), sem acesso à educação e que, conseqüentemente, eram atraídos apesar dos baixos salários oferecidos.

No processo de produção de refeições, o modelo adotado para execução do trabalho não foge da visão fordista, que tem como princípio a produção de grandes quantidades para consumo em massa e um novo sistema de reprodução da força de trabalho (Harvey, 2001). Os ganhos de produtividade tornam-se expressivos com a racionalização das tecnologias, a detalhada divisão do trabalho preexistente e a fixação do trabalhador no posto de trabalho (Neto, 2003).

Para a produção de refeições em massa, planejadas e orientadas pelas Leis da Dietética, o projeto físico-funcional da cozinha segue um fluxo que simula o movimento de uma esteira, dado como o mais racional possível, que evita cruzamentos e retrocessos na linha de produção: (i) os alimentos são recebidos em uma área destinada à inspeção e controle; (ii) prosseguem para área denominada de pré-preparo, onde serão submetidos ao processo de sanitização e subdivisão em

porções menores; em seguida, (iii) são conduzidos para a área de cozimento; e, posteriormente, (iv) são levados para distribuição aos clientes (Lanzillotti, 2000).

Atualmente, o mercado de produção de refeições é muito vasto. A sua expansão se deu em 1977, com a implantação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) acarretando uma crescente ampliação do número de empresas que passaram a fornecer alimentação a seus trabalhadores e com o surgimento das Empresas Concessionárias de Alimentação (Ypiranga & Gil, 1987). Mais recentemente, segundo Lanzillotti (2000), o setor teve sua expansão atrelada à nova tecnologia de administração de empresas, denominada “*downsizing*”¹, focada na atividade-fim e na terceirização da atividade-meio. Juntamente com essa expansão, veio a modernização das instalações, dos equipamentos e a diversificação de cardápios, visando atender à crescente exigência da clientela a ser contemplada.

O segmento da alimentação coletiva continuou a expandir-se e sua dimensão pôde ser expressa pelo número de refeições produzidas em um dia. Segundo a Associação Brasileira de Refeições Coletivas (ABERC), no ano de 2007, o mercado como um todo forneceu 7,5 milhões refeições/dia, envolvendo o emprego direto de 180 mil pessoas (ABERC, 2008).

Apesar da expansão do mercado de produção de refeições este segmento do setor terciário se caracteriza por apresentar um baixo índice de concentração de capital, ser heterogêneo no que diz respeito ao porte das cozinhas industriais, à tecnologia empregada, ao tipo e à qualidade do produto, e pela força de trabalho empregada ser barata. A partir da década de 1990, com o acirramento da globalização dos mercados que aumentou a concorrência entre os produtores de

¹ Significa “diminuição de tamanho”. É uma técnica da Administração contemporânea, utilizada pelas Organizações objetivando aumento da eficiência dos seus recursos e redução de custos, implicando em demissões, achatamento da estrutura organizacional e racionalização de procedimentos (Maximiano, 2004).

refeições, o setor intensifica o processo de reestruturação produtiva. Essas mudanças representaram para os trabalhadores maior intensificação e menor controle do trabalho.

A precarização das relações de trabalho marcada por demissões constantes, contratos de trabalho por tempo determinado, desemprego, terceirização, quarteirização, perda de direitos sociais e trabalhistas são agentes de um conjunto de efeitos das relações de trabalho sobre a saúde do trabalhador como: estafa, fadiga, ansiedade, insegurança permanente, dores lombares e generalizadas, distúrbios emocionais, dentre outros (Abramides & Cabral, 2003). No Brasil, a intensificação de ritmos, a perda de postos de trabalho e a exigência de polivalência (requisições diferenciadas na atividade laborativa) têm ampliado e agravado o quadro de doenças e riscos de acidentes nos espaços sócio-ocupacionais (Minayo-Gomez & Lacaz, 2003; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1999; Oliveira & Vasconcelos, 1992). Este cenário não é diferente para os trabalhadores do setor de alimentação coletiva, onde predomina a terceirização e a polivalência das atividades que o trabalhador desenvolve na jornada de trabalho (Lanzilloti, 2000; Proença, 1997).

Estudos na Área de Alimentação Coletiva

A fim de identificar estudos em alimentação coletiva realizou-se uma revisão não sistemática da literatura na Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Os estudos encontrados concentravam-se principalmente na análise da qualidade microbiológica das preparações e avaliação nutricional do cardápio oferecido aos consumidores. Os estudos que contemplavam os trabalhadores ou as condições de trabalho eram na sua maioria de estudos de casos.

Na Nutrição, uma unidade de trabalho ou órgão de uma empresa que desempenha atividades relacionadas à alimentação e nutrição, independentemente da posição que ocupa na escala hierárquica da entidade, é designada Unidade de Alimentação e Nutrição, cuja sigla é **UAN** (Oliveira, 1990).

Em estudo recente com 15 trabalhadores, Colares e Freitas (2007), na análise do processo de trabalho de uma UAN de um restaurante universitário do Rio de Janeiro, caracterizaram-no por três aspectos interdependentes: o primeiro é caracterizado pela execução das tarefas *“centrada em um ritual cotidianamente improvisado, exigindo dos trabalhadores cargas físicas e psíquicas”*; o segundo salienta as limitações impostas pelas condições ambientais, materiais e instrumentais dificultando o desenvolvimento das atividades dos trabalhadores; e, o terceiro, questiona: *“que aspectos organizacionais potencializam tanto as exigências físicas quanto as psíquicas na atividade de produção de refeições?”*

Durante os anos de 1997 e 1999, foi realizado um estudo nas cozinhas de quatro restaurantes universitários e de um hospital pediátrico localizados em São Paulo, com 186 e 71 trabalhadores, respectivamente. O objetivo era avaliar o grande número de queixas e afastamentos de funcionários causados principalmente por Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) e dores na coluna para contribuir com sugestões que minimizassem o impacto da atividade laboral na saúde dos trabalhadores. Dentre as doenças ocupacionais registradas no período, 29 referiam-se a DORT, 28, dor na coluna, seis, distúrbios psiquiátricos, quatro, doenças reumáticas, quatro, alergias, quatro, distúrbios visuais e três, distúrbios auditivos. De 189 entrevistas realizadas sobre queixas de desconforto postural por região corporal, 55% indicaram dor nas pernas, 51%, dor nos pés e 49%, dor na região lombar. No posto de trabalho, verificou-se que instrumentos pesados, com

desenho anti-ergonômico e dimensionamento inadequado, provocavam a ocorrência de posturas que contribuíam para o aparecimento de DORT e dores na coluna (Casarotto & Mendes, 2006).

Estes autores concluíram que as atividades desenvolvidas nas cozinhas industriais estudadas apresentavam riscos ocupacionais devido ao ruído excessivo, exaustores barulhentos, umidade excessiva no verão, temperatura elevada próximo ao fogão, ventilação insatisfatória devido a projetos inadequados no sistema de ventilação. O ambiente de trabalho contribuía para prováveis acidentes de trabalho em função de chão molhado, escorregadio e armazenamento inadequado de utensílios. A falta de planejamento ergonômico no projeto das cozinhas avaliadas, os utensílios de trabalho associados à manutenção deficiente dos equipamentos utilizados eram responsáveis pelo grande número de acidentes e doenças ocupacionais (Casarotto & Mendes, 2006).

Ao avaliar os motivos de absenteísmo entre trabalhadores de Serviços de Nutrição e Dietética em um hospital público (n = 123) e um hospital privado (n = 162), Isosaki (2006) concluiu que as “doenças próprias” (não relacionadas ao trabalho) eram as que mais contribuíam para o afastamento do trabalho de curta duração (61%), seguidas de faltas voluntárias (25%). Outros episódios de ausências foram: doença na família (6%), acidente de trabalho (5%) e outros (3%).

Antunes e colaboradores (2005) efetuaram uma Análise Ergonômica do Trabalho (AET) de uma UAN com cinco trabalhadores das áreas de pré-preparo e preparo de saladas, pré-preparo de carnes e a de higienização, utilizando as análises de demanda, de tarefa e de atividade. Constataram que o trabalho realizado exigia esforço físico moderado, movimentos repetitivos por longos períodos de tempo, carregamento e levantamento de peso, freqüentes, postura em

pé e deslocamento durante a realização das atividades. Os movimentos eram realizados com a adoção de posturas extremas, não existindo pausas pré-estabelecidas no decorrer das tarefas, e que o ritmo de trabalho era acelerado, podendo acarretar sobrecarga de trabalho e comprometimento da qualidade do produto.

Noveletto (2004) ao analisar se o planejamento de cardápios interferia nas condições de trabalho em uma UAN, considerando os aspectos físico-ambientais e organizacionais, constatou que várias inadequações nas condições de trabalho encontradas eram agravadas, durante o processo de produção de refeições, pela presença de algumas preparações no cardápio.

Em estudo realizado por Abreu e colaboradores (2002) sobre os fatores de risco ambiental para trabalhadores de uma UAN, os autores apontaram que os ambientes ofereciam uma série de riscos ocupacionais. Avaliando medidas de ruídos, temperatura e iluminação na UAN, concluíram que, em relação ao ruído, a área de maior exposição era a de devolução de louças e bandejas; quanto ao calor, a área de cocção excedia o limite recomendado pela legislação, e, quanto à iluminação nas áreas da UAN estudada, esta se encontrava em níveis inadequados.

No setor de alimentação coletiva, há certo desconhecimento e pouco entendimento a respeito dos riscos ambientais, organizacionais e psicossociais dos ambientes de trabalho. Esses fatores, aliados à magnitude, ao tempo e à frequência com que estão expostos os trabalhadores da cozinha industrial, precisam ser avaliados para demonstrar se existe evidência dos níveis de efeitos dessas exposições sobre a saúde destes trabalhadores.

Capítulo 1 – Delineamento Teórico

Aspectos Psicossociais do Trabalho

Os aspectos psicossociais do trabalho se referem à percepção subjetiva do ambiente organizacional experimentada pelos trabalhadores. Os fatores psicossociais estão entre os mais importantes aspectos que influenciam a saúde geral dos trabalhadores (Kalimo *et al.*, 1987).

Karasek e Theorell (1990) afirmam que não existe uma ponte natural entre as causas físicas de doenças ocupacionais e os riscos psicossociais do trabalho; na década de 70, cientistas sociais se uniram aos pesquisadores de saúde ocupacional e às instituições de seguridade social, para desenvolverem pesquisas sobre os riscos psicossociais avaliando situações de estresse relacionado ao ambiente de trabalho.

Estudos na área de saúde ocupacional não têm se preocupado exclusivamente com exposições físicas nocivas, dispensando atenção também às questões sociais e comportamentais do ambiente de trabalho. Sendo assim, é importante entender melhor o modo como a saúde pode ser afetada quando as condições psicossociais de trabalho são predominantemente adversas. A deterioração da saúde e a presença de adoecimentos mal caracterizados incluindo achados difusos e dor, distúrbios do sono, apreensão, ansiedade, fadiga física e o estresse têm sido apontados como decorrência dos processos de trabalho a que estão submetidos (Silva, Fassa & Kriebel, 2006; Silva & Mendes, 2005; Minayo Gomez & Lacaz, 2005; Dias & Hoefel, 2005; Mendes, 2000; Tambellini, 1994; Oliveira, 1992).

A relação entre fatores psicossociais do trabalho, estresse físico e psicológico com diferentes desfechos (doença cardiovascular, dor nas costas, transtornos mentais comuns, ausência do trabalho) tem sido estudado em larga escala (Cesana *et al.*, 2003, Sandanger *et al.* 2000, Vathera, *et al.* 2000, North *et al.*, 1996, Karasek *et al.*, 1981). Os principais fatores psicossociais do trabalho que se têm analisado como preditores dos desfechos anteriormente citados são: demanda psicológica do trabalho, latitude de decisão ou controle do trabalho, apoio social no trabalho e satisfação no trabalho. A avaliação do papel das demandas ou estímulos ambientais nas respostas de estresse tem dominado largamente as investigações em estresse ocupacional. As demandas excessivas, aquelas em que o indivíduo não é capaz de responder prontamente a esses estímulos, são propulsoras do estresse, e, caso o estresse se prolongue, pode implicar efeitos negativos sobre a saúde (Araújo *et al.*, 2003).

Outra dimensão psicossocial a ser considerada na avaliação das relações entre saúde e trabalho é o nível de controle do trabalho. O conceito de controle foi desenvolvido por psicólogos, sendo raramente explorado como elemento descritor do ambiente de trabalho. Muitas mudanças no uso do conceito de controle no ambiente de trabalho ocorreram no sentido de construir a percepção de autonomia que o indivíduo atribui a si nos locais de trabalho, no interior dos processos produtivos, enfatizando seu mecanismo de construção e desconstrução (Araújo *et al.*, 2003).

Entre as propostas de estudos correntes que utilizam os conceitos de demanda psicológica e controle do trabalho destaca-se o Modelo Demanda-Controle (“*Job Content Questionnaire – JCQ*”), que combina essas duas dimensões e especifica situações de trabalho que estruturam riscos diferenciados à saúde,

principalmente, quando se refere ao estresse no trabalho (Landsbergis *et al.*2000). Outra proposição, o Modelo Esforço-Recompensa (Siegrist, 1996) postula que o estresse ocupacional é um desequilíbrio entre alto esforço (demandas e obrigações no trabalho) e baixa recompensa (dinheiro, estima e status na carreira).

No caso dos estudos de estresse, segundo Karasek e Theorell (1990), tradicionalmente, não eram focalizados a descrição dos efeitos crônicos decorrentes da exposição ao estresse vivenciado no ambiente de trabalho. Para Siegrist & Peter (1997), os modelos empíricos deste estresse não consideravam a adequação com o qual os indivíduos se ajustavam ao processo de trabalho. O estresse no trabalho, relevante para o desempenho do trabalhador e potencializador de doenças ocupacionais, ainda que ele mesmo não seja contemplado como uma ‘doença’, influenciou o surgimento de estudos no âmbito internacional (Cheng *et al.*, 2000; Marmot, 1995; Schnall, Landesbergis & Baker, 1994; Karasek *et al.*, 1981) e nacional (Macedo *et al.*, 2007; Alves, 2004; Dantas, Mendes & Araújo, 2004; Araújo, Cerqueira Graça & Araújo, 2003).

O Estresse

Inicialmente, o mecanismo de estresse abordava os subsistemas que interagem em busca do reequilíbrio orgânico frente às demandas ambientais. O cérebro e o sistema neuro-endócrino compõem a rede de estruturas no processo de estresse. De acordo com Selye (1976), o estresse seria uma resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda, mediadas por secreção de hormônios adrenocorticóides. A síndrome de adaptação ao estresse (“*general adaptation syndrome – GAS*”) representa o desenvolvimento cronológico de respostas aos

estressores², quando sua ação é prolongada. As raízes deste modelo encontram-se mediadas pelo agente estressor e compreende três fases de resposta ou de adaptação ao estresse: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão.

A manifestação de reação de alarme pode ser a secreção de hormônios glicocorticóides; a segunda fase, resistência a uma causa de estresse continuada, acontece quando se dá uma resposta de adaptação, que visa restabelecer o equilíbrio fisiológico. A terceira fase – exaustão, colapso e a morte – é atribuída à reação de alarme, que é ativada, muito intensamente ou freqüentemente, durante um longo período de tempo, quando ocorre o esgotamento da energia necessária à adaptação (Selye,1976).

Selye (1976) distingue dois tipos de estresse: o “eustress” e o “distress”. Ambos causariam reações fisiológicas similares: as extremidades (mãos e pés) tendem a ficar suadas e frias, a aceleração do ritmo cardiovascular, a pressão arterial tende a subir, e o nível de tensão muscular tende a aumentar. No entanto, as reações ao estresse são bastante diferentes: o “eustress” propicia uma força poderosa que acrescenta excitação e desafio às nossas vidas, à felicidade, à saúde e à longevidade; e o “distress” ocorre quando existe uma tensão não aliviada, que conduz à destruição, à doença e à morte prematura.

No modelo de medição do estresse baseado no estímulo, o estresse é considerado uma variável independente, ou seja, uma força externa que se exerce sobre o organismo, provocando distorção ou deformação. Segundo este modelo, o indivíduo estaria constantemente sendo “bombardeado” com aspectos do ambiente, potencialmente causadores de estresse, mas só um acontecimento, aparentemente

² O estressor é o agente que produz o estresse em algum momento.

menor ou inócuo, conseguiria alterar o delicado equilíbrio entre o total fracasso e o total sucesso de lidar com o estresse (Hespanhol, 2005).

A visão contemporânea do estresse é de que sua existência não é automaticamente má, ou que deva ser evitada a todo custo (Hespanhol, 2005); ou que a resposta a um estímulo não é sempre a mesma; ela é específica para cada estímulo e depende do tipo de secreção hormonal. O termo alostase foi introduzido por Sterling e Eyer, para a referência a um processo ativo, pelo qual o corpo responde aos eventos de estresse diários e mantém a homeostase (McEwen, 2006).

Os mediadores hormonais de resposta ao estresse, glicocorticoides e catecolaminas, têm efeitos protetor e danoso para o corpo. No funcionamento rápido, eles são essenciais para adaptação, manutenção da homeostase e sobrevivência (alostase). Entretanto, em intervalos longos, exigem um custo (carga alostática) que acelera os processos da doença. Os conceitos de alostase e carga alostática têm centrado, no cérebro, o intérprete e o respondente aos desafios ambientais e é como um alvo daqueles desafios. Em distúrbios da ansiedade, doença depressiva, estado de agressividade ou hostilidade, abuso de substâncias e distúrbio de estresse pós-traumático, a carga alostática leva ao desequilíbrio químico, a perturbações no ritmo diurno e, em alguns casos, à atrofia da estrutura cerebral (McEwen, 2000).

Mais recentemente, a hipótese da carga alostática, ou danos do estresse induzido, tem ajudado a traçar os caminhos biológicos que conectam os padrões sociais ao estado de saúde. Refletem não só o impacto da experiência de vida, mas também carga genética, estilo de vida, hábitos como a dieta, prática de exercícios, abuso de substâncias e desenvolvimento de padrões de comportamento e reações fisiológicas (McEwen, 2000). Mais do que a manutenção da homeostase ou a

alostase, o desgaste sofrido pelos sistemas de controle impulsiona o indivíduo, para a criação de estratégias para lidar com as situações adversas, no presente e no futuro.

Os dois principais modelos teóricos propostos para estudar a associação entre estresse no trabalho e diferentes desfechos são: o Modelo Demanda e Controle e o Modelo Esforço Recompensa.

O modelo de Demanda-Controle (“Job Strain Model”), proposto por Karasek e Theorell em 1976, considera o estresse no trabalho como uma resultante da interação entre muitas demandas psicológicas e menor controle no processo de produção de trabalho (Karasek & Theorell, 1990).

O modelo Esforço e Recompensa, proposto por Siegrist em 1982, pressupõe que o estresse no ambiente de trabalho seja decorrente do desequilíbrio entre o esforço que o trabalhador desempenha em suas tarefas e a recompensa recebida por este.

Não existe um consenso sobre o melhor modelo. Para o presente trabalho foi adotado o modelo demanda- controle de Karasek por ser o mais amplamente utilizado na literatura, por ser um instrumento traduzido e adaptado para o nosso idioma e, também, por estar sendo utilizado em pesquisas no Brasil, o que possibilita comparações.

O Modelo Demanda-Controle

A partir da relevância dada às dimensões demanda psicológica e latitude de decisão (controle sobre o trabalho), o Modelo Demanda-Controle, mostrado na Figura 1, abaixo, foi apresentado por Karasek em 1979 e tem dominado

substancialmente a pesquisa empírica sobre estresse no trabalho e, principalmente com o desfecho de doença cardiovascular.

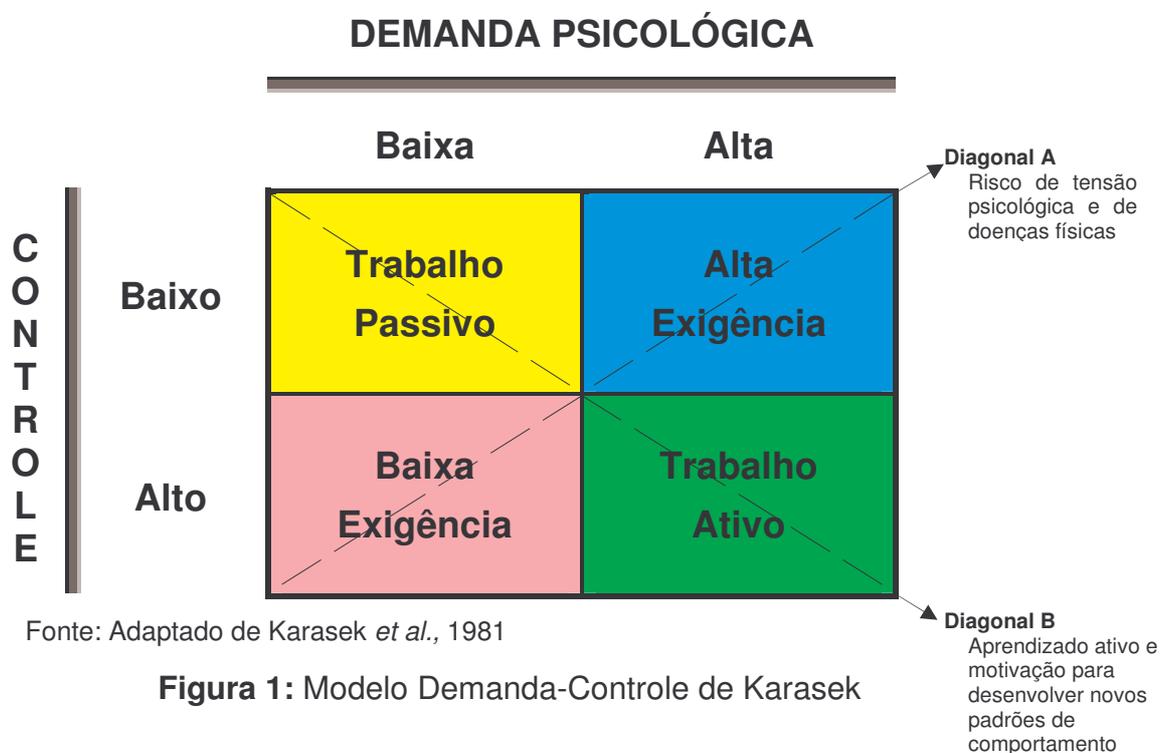


Figura 1: Modelo Demanda-Controle de Karasek

O modelo opera duas dimensões. A primeira dimensão aborda a **demand** psicológica, percepção que o indivíduo tem sobre a intensidade com que ele é exigido ou solicitado e pelas tarefas que deve realizar. A segunda dimensão focaliza a **latitude de decisão no trabalho** (**controle** do trabalho), composta de habilidades para desenvolver as atividades e capacidade de o indivíduo decidir sobre o seu programa de trabalho ou como realizar o seu trabalho (Karasek & Theorell, 1990).

As situações vivenciadas no ambiente de trabalho não são intrinsecamente causadoras de estresse, mas são potencialmente geradoras dele, visto que o contato com situações estressantes, apenas eventualmente, ocorre de maneira abrupta. Ao contrário, a exposição costuma acontecer em pequenas doses,

cotidianamente, de tal modo que outras reações fisiológicas e de adaptação são produzidas (Alves, 2004).

Segundo Karasek e colaboradores (1981), o modelo proposto por eles, no qual se postula que pressão psicológica, e, conseqüentemente doença fisiológica, resulta não de uma lista de “estressores”, mas da inter-relação de dois tipos de características do trabalho. Estresse resulta da interação dos efeitos da situação de demanda do trabalho (estressores) e moderadores ambientais de estresse, particularmente a liberdade de latitude de decisão (controle do trabalho) disponível ao trabalhador face a estas demandas.

Desta configuração, quatro experiências poderiam acontecer no ambiente psicossocial do trabalho, geradas pela simultaneidade de maiores e menores níveis de demandas psicológicas e controle, a saber (Karasek & Theorell, 1990):

- “maior demanda e menor controle” originaria a experiência de “alta exigência do trabalho”;
- “maior demanda e maior controle” forjariam trabalhos classificados como “trabalhos ativos”;
- “menor demanda e menor controle” redundariam em trabalhos classificados como “passivos”;
- “menor demanda e maior controle” revelariam a experiência de “baixa exigência no trabalho”.

A ocorrência de “alta exigência no trabalho” distingue situações específicas que, por sua vez, estruturam riscos diferenciados à saúde (Araújo *et al.*, 2003). As pessoas expostas a trabalhos com alta demanda psicológica (elevado número de diferentes solicitações) e baixo controle do trabalho (pequena latitude de tomada de

decisões), apresentam as reações mais adversas de desgaste psicológico tais como: fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física. Isto ocorre quando o indivíduo, submetido a um estresse, não se sente em condições de responder adequadamente ao estímulo, por ter pouco controle sobre as circunstâncias ambientais. A hipótese central dos autores é de que a situação de alta demanda psicológica e baixo controle do trabalho exerce uma pressão mental, de forma que riscos, como doença cardiovascular, poderiam surgir. Se o tempo da exposição é curto, o organismo prontamente se recupera. Se, ao contrário, é longo, o desgaste se acumula.

Os “trabalhos ativos”, resultantes da interação entre alta demanda psicológica e alto controle do trabalho, motivariam os indivíduos a desenvolver novos tipos de comportamento, sendo o trabalho percebido como um desafio, com perspectiva de aprendizagem e crescimento. As solicitações são abundantes, mas a latitude de tomada de decisão depende do indivíduo.

Os “trabalhos passivos”, combinando baixa demanda psicológica e baixo controle do trabalho, resultam em experiências que diminuem o aprendizado de habilidades. A apatia é a resultante mais importante para os que se encontram nesta situação, devido à ausência de desafios que o trabalho impõe, já que é pequena a latitude de tomada de decisões. Esta é uma exposição problemática para o estado de saúde do indivíduo, entretanto, é pouco explorada.

Finalmente, a experiência de “baixa exigência no trabalho”, resultante da ocorrência simultânea de baixa demanda psicológica e alto controle do trabalho, resultaria na “situação ideal” de trabalho (Alves, 2004).

Dada uma situação de baixa exigência no trabalho, um aumento na demanda psicológica, sem o correspondente aumento de controle do trabalho levaria a risco

de tensão psicológica e de doenças físicas como indicado pela diagonal A. Por outro lado, uma situação de trabalho passivo potencializa o aprendizado ativo e a motivação para desenvolver novos padrões de comportamento, capacitando o trabalhador para o trabalho ativo, conforme indicado pela diagonal B.

Posteriormente, Johnson e Hall (1988) acrescentaram ao modelo a **dimensão de apoio social no trabalho**, que resulta da interação dos trabalhadores, exercida entre si e com os supervisores no ambiente de trabalho. Estes autores discutem o desafio metodológico para a inferência etiológica do estresse ocupacional, apontando a incompletude do modelo Demanda-Controlle por não incluir outras características psicossociais do trabalho, igualmente importantes. Essa dimensão poderia servir para modificar o impacto da alta demanda psicológica na percepção da saúde. Outro argumento utilizado pelos autores é que a adição de apoio social permitiria uma expansão na formulação de demanda e controle, com ênfase sobre a conexão entre o indivíduo e seu trabalho, dentro de um domínio de relacionamento coletivo entre as pessoas, considerando tanto os colaboradores, como os supervisores no ambiente de trabalho.

As estratégias desenvolvidas em ambiente de trabalho de elevado desgaste físico, insegurança na manutenção do emprego e pequena participação na tomada de decisão, mas de forte apoio social entre os colaboradores e o chefe, retardam as manifestações de desgaste mental, que incluem fadiga, ansiedade, depressão e desgaste físico, capaz de impedir a realização do trabalho. Condições de trabalho podem relacionar-se com status socioeconômico, saúde, condições físicas de trabalho e apoio social no trabalho. Perigosas condições físicas de trabalho têm efeito direto na saúde, enquanto o apoio social pode atuar como efeito modificador

da associação, entre outras categorias de condição de trabalho e de saúde (Schrijvers *et al.*, 1998).

Aplicações do Modelo

A partir de 1960, são estudadas as associações entre o estresse no trabalho e as doenças cardiovasculares, entretanto, os resultados encontrados não são consistentes. Uma revisão feita por Schnall, Landesbergis e Baker (1994) apresentou 15 estudos que avaliaram associação entre estresse no trabalho e pressão arterial.

Kivimäki e colaboradores (2006) realizaram um estudo de meta-análise em estudos de coorte prospectiva focado na estimativa do risco relativo de doença coronariana associada ao estresse no trabalho como indicado no modelo demanda-controle. Os estudos seccionais ou longitudinais de curta duração concluem, geralmente, que o estresse pode contribuir para o risco das doenças cardiovasculares, enquanto os estudos de maior duração nem sempre confirmam aqueles resultados.

Lerner e colaboradores. (1994) observaram que a diminuição da sensação de bem-estar ou da capacidade funcional pode preceder, seguir ou ser independente da existência de morbidade. Ao se trabalhar com impedimentos à realização de atividades habituais decorrentes de problemas de saúde sem identificar os motivos, suspeita-se que o problema de saúde se encontre dentro de um espectro clínico amplo que abranja desde simples diminuição da sensação de bem estar até a incapacidade funcional, podendo captar que “algo não vai bem”, mesmo que não tenham sido identificadas como morbidades.

A associação entre estresse no trabalho e saúde auto-referida entre homens e mulheres foi estudada por Ibrahim e colaboradores (2001) no inquérito nacional de saúde populacional no Canadá em 1994/95. Eles encontraram uma chance até 80% maior de referir saúde “pobre” ou “boa”, ao invés de “muito boa” ou “ótima”, na presença de estresse no trabalho (OR:1,8;IC95%:1,3-2,4).

Ao estudar a ocorrência de sintomas músculo-esqueléticos no pescoço, ombros e coluna vertebral, entre enfermeiros de um hospital na Suécia, Josephson e colaboradores (1997) estimaram razão de taxas igual a 1,7 (IC95%:1,2-2,4) de vir a ser um caso, no grupo exposto a alto estresse no trabalho, em relação aos demais.

Stansfield, Head e Marmot (2000), no relatório sobre os resultados do estudo Whitehall II, descreveram uma associação entre dependência alcoólica e baixo controle, principalmente entre mulheres. A alta demanda psicológica esteve associada com aumento marcante do risco para transtornos mentais comuns em ambos os sexos (OR: 2,0; IC95%: 1,5-2,6). A presença de maior apoio social apresentava efeito protetor e piores condições de saúde mental, que funcionavam como índice de bem-estar, apresentavam-se associadas ao baixo controle do trabalho (OR: 1,53; IC95%: 1,2-1,9). O risco maior de prejuízo ao funcionamento social esteve associado às altas demandas, sobretudo entre as mulheres (OR: 1,75; IC95%: 1,3-2,4).

O efeito cumulativo do estresse no trabalho em uma coorte de enfermeiras americanas foi avaliado por Cheng e colaboradores (2000) através do modelo de Karasek, encontrando uma associação positiva entre estresse no trabalho com declínio na capacidade física de executar uma variedade de atividades e tarefas cotidianas que requeriam esforço físico.

No estudo de Kivimäki e colaboradores. (2002), no qual foi investigada a mortalidade cardiovascular, em um estudo de coorte prospectivo entre trabalhadores industriais na Finlândia, encontrou-se risco de mortalidade 2,2 vezes maior (IC95%: 1,2 – 4,2) entre pessoas submetidas a altas demandas e baixo controle no ambiente de trabalho, em relação aos seus colegas com baixo estresse ocupacional. Landsbergis e colaboradores (2003) encontraram evidências de que a relação entre estresse no trabalho e hipertensão arterial é mais forte entre homens de menor status sócio-econômico. Porém, Lee e colaboradores (2002), em uma amostra de 35.000 de uma coorte de enfermeiras norte-americanas (*Nurses' Health Study*), em que mais de 121.000 mulheres vêm sendo acompanhadas, não encontraram evidências de associação entre estresse e doença coronariana.

No Brasil, Araújo e colaboradores (2003) estudaram aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores (DPM) entre trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia e encontraram nítido gradiente tipo dose-resposta na associação positiva entre demanda psicológica e DPM e associação negativa entre controle sobre o trabalho e DPM. A prevalência de DPM foi mais elevada (RP=2,6; IC95%: 1,81 – 3,75) no quadrante de alta demanda e baixo controle (alta exigência), quando comparado aos profissionais em trabalho de baixa demanda e alto controle (baixa exigência).

Utilizando-se dados do estudo Pró-Saúde, Alves (2004) investigou a associação de estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres, tendo encontrado prevalência de hipertensão arterial de cerca de 27% para mulheres com menor controle e de 21% para mulheres com maior controle do seu processo de trabalho. Nesse caso, a prevalência de hipertensão arterial entre mulheres

submetidas ao menor controle no trabalho, comparadas àquelas com controle mais alto, foi 37% maior ($p < 0,05$).

Além de pesquisas focalizando o indivíduo, tem-se buscado estudar a influência das organizações na manifestação do estresse. Em estudos de organizações (instituições), por exemplo, nos quais o investigador está interessado em pesquisar como as características do local de trabalho influenciam na produtividade do trabalhador ou nos agravos à saúde, a estrutura dos dados pode ser analisada pelo modelo multinível ou hierárquico, que consiste em avaliar unidades individualizadas, porém agrupadas (aninhadas) em diferentes níveis hierárquicos. Tais dados consistem em uma estrutura hierárquica, com as unidades de trabalhadores aninhados dentro das empresas. Assim, variáveis poderão mensurar os componentes do estresse nos níveis individual e organizacional (Soderfeldt *et al.*, 1997).

Poucos pesquisadores estudaram o estresse ocupacional em trabalhadores de empresas privadas (Väänänen *et al.*, 2003), terceirizados e de qualificação considerada restrita; a maioria dos estudos nacionais tem sido conduzida no setor público. Ao adotar aspectos psicossociais no trabalho neste estudo, espera-se estudar o modelo sueco reduzido de Demanda-Controle e ampliar a população por ele estudada e, repetir numa população específica, pois, o setor de alimentação coletiva emprega um número significativo de trabalhadores terceirizados e de qualificação considerada restrita.

Impedimento Laboral

A interferência da saúde é um dos maiores responsáveis por incapacitar o indivíduo para realizar suas atividades habituais. Trabalho, estudo, lazer, tarefas domésticas, todas podem ser impraticáveis em um período de enfermidade.

Em estudos que buscam avaliar o desfecho de restrição para realizar tarefas, a medida do “número de dias de atividade restrita” no período de um ano pode ser uma medida de saúde física, da sensação de bem estar e do estado funcional físico e social (Kosorok *et al.*, 1992; Head *et al.*, 2006). A rigor, dependendo da precisão que se deseja alcançar na investigação, o impedimento laboral pode ser representado por dois conceitos: **ausência por doença** e **absenteísmo**.

O primeiro³, conforme definição do Inquérito Americano de Saúde de 1984 (Riess, 1984), refere-se a um dia no qual o indivíduo passa, pelo menos metade do tempo, acamado, interrompendo atividades escolares e laborais, assim como qualquer outra atividade usual, sempre por motivo de saúde. O segundo, absenteísmo, é mais genérico e refere-se ausência do trabalhador ao local de trabalho.

A ausência ao trabalho por motivos de doença, como uma medida de morbidade ou uma manifestação de insatisfação no trabalho, tem sua importância da maneira como o trabalho ocupa grande parte do tempo na vida do trabalhador. Além disso, se o absenteísmo por problemas de saúde for, de fato, um indicador de saúde⁴, o conhecimento de seus preditores propiciará estratégias de prevenção que terão, também, profundo impacto econômico (Marmot *et al.*, 1995).

³Designado como “Sickness Absence”, em inglês.

⁴ Não existe unanimidade de que o absenteísmo, devido a problemas de saúde, seja um indicador de morbidade válido. Alguns autores têm argumentado que possa ser um tipo de comportamento culturalmente determinado, influenciado pela insatisfação do profissional com o trabalho ou pela permissividade de leis trabalhistas.

Dentre os denominados fatores humanos no processo de trabalho, que incluem as chamadas **doenças ocupacionais** e a **rotatividade**, o absenteísmo situa-se entre os efeitos mais danosos ao processo de trabalho e ao apoio social do trabalhador. O absenteísmo caracteriza-se, nesse sentido, como tendo um duplo efeito do ponto de vista do trabalhador: a possibilidade de desconto no salário e a possibilidade de demissão ou de outros problemas de alteração das condições sociais, ambos sinalizando uma situação de descontrole do processo de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho. De outra forma, o absenteísmo pode ser configurado também como uma das clássicas formas de resistência ao limite de tolerância frente às condições de trabalho (Matos, 2003).

De uma forma mais específica, as causas mais conhecidas do absenteísmo são as posições forçadas, os movimentos de força exigidos pelo trabalho, a pressão psicológica, a tensão e o medo da perda do emprego. A frequência de pequenos acidentes provocados pela sobrecarga de rotina, excesso de horas extras, impropriedade de horários, que geram distúrbios do sono, bem como, metas difíceis de alcançar, insatisfação gerada pela exigência das chefias e alta rotatividade (turnover) nas empresas são considerados fatores desencadeantes do absenteísmo (Matos, 2003).

O medo de ficar doente e desempregado, a dificuldade de adaptação a mudanças, tarefas repetitivas com postura estática por longos períodos, equipamentos inadequados e incapacidade de comunicar as suas insatisfações são ocorrências que predispõem a pequenos acidentes, quase imperceptíveis, mas cujas conseqüências podem ser graves, gerando doenças profissionais e acidentes de trabalho que, possivelmente, ocasionam um alto índice de afastamento do trabalho.

O absenteísmo é um problema que compromete a organização do trabalho, tanto na questão econômica, quanto na questão humana e que deve ser estudado no sentido de buscar soluções e melhorias para o trabalhador e para o empregador. Marmot e colaboradores (1995) sugerem que o absenteísmo seja estudado como uma medida integrada do funcionamento físico, psicológico e social. De uma maneira geral, quanto mais longa a ausência ao trabalho, maiores que sete dias, por exemplo, mais fortemente se encontra a associação entre a ausência e os problemas de saúde. Ausências curtas diárias ou de horas, não excluem a possibilidade desta relação, mas, nesses casos, a associação tende a ser menos intensa.

Macedo (2005) citou dados sobre um inquérito por telefone proveniente do “*Washington State Behavioral Risk Factor Surveillance System*” de 1998, com adultos não institucionalizados, de 18 anos ou mais, selecionados aleatoriamente, nas quais encontrou relação inversa entre número de dias de atividades restritas e renda. Uma porcentagem maior de mulheres (13,4%), do que de homens (10,1%), relatou pelo menos três dias de atividades restritas por motivos de saúde.

Em seu estudo com trabalhadores municipais de Raisio, na Finlândia, Vahtera e colaboradores (2000) constataram que era mais comum, entre os licenciados por atestado médico, aqueles que exerciam trabalho de baixo controle, pobre apoio social e alta demanda psicológica. Entretanto, a magnitude da associação entre a característica do trabalho e doença era ligeiramente menor do que pesquisas realizadas anteriormente sobre afastamento por doença.

Kivimäki e colaboradores (2003) analisaram o absenteísmo devido a problemas de saúde no Estudo Whitehall II, e concluíram que dados coletados rotineiramente sobre ausências com licenças médicas predizem a mortalidade tão

bem, ou melhor, do que indicadores já estabelecidos, como saúde auto-referida, morbidade psiquiátrica menor e presença de doenças crônicas ou de incapacidades, podendo ser utilizados como uma medida global diferencial de saúde entre trabalhadores.

Homens e mulheres com mais de cinco afastamentos, justificados com atestado médico, durante um período de observação de dez anos, tiveram mortalidade, respectivamente, 4,8 e 2,7 vezes maiores do que aqueles sem qualquer afastamento com atestado. A razão de riscos entre homens que tiveram mais de cinco ausências, atestadas por médicos e homens que não tiveram ausência justificada no mesmo período chegou a 4,77 (IC95%: 3,31 – 6,88), mesmo ajustando-se para a presença de doença cardíaca, hipertensão arterial, tabagismo e dislipidemias. Os autores observaram que o absenteísmo por problemas de saúde pode mensurar morbidade, que não se reflete nos indicadores de saúde usualmente disponíveis e que poderia refletir fatores de risco distais para mortalidade, como o estresse no trabalho ou uma personalidade hostil (Kivimäki *et al.* 2003).

No estudo de Macedo e colaboradores (2007), com dados do Pró-Saúde, foram investigados estresse no trabalho e impedimento à realização de atividades habituais devido a problemas de saúde, resultando que a prevalência de alto desgaste (exposição) e de interrupção das atividades habituais por motivo de doença (desfecho), foi maior entre as mulheres do que entre os homens: 15,9% versus 11,6% no caso da exposição (alto desgaste) e 26,3% versus 18,2%, no caso do desfecho (interrupção das atividades habituais por motivo de doença), respectivamente. Neste estudo, tarefas classificadas como de alta exigência associou-se a um razão de prevalência de 1,44 (IC95%:1,17-1,78) para as mulheres

e 2,08 (IC95%:1,55-2,79) para os homens vezes maior de interrupção das atividades habituais devido a problemas de saúde.

Partindo do pressuposto de que haveria diferentes motivos de absenteísmo entre instituições públicas e privadas, o estudo de Isosaki (2006), teve como objetivo caracterizar o afastamento de trabalhadores, em dois Serviços de Nutrição e Dietética hospitalar, localizados em São Paulo, no ano de 2001. Em ambos os hospitais, os episódios de ausências por doença própria, com duração de três dias, representaram 61% do afastamento. Ausência no trabalho tem despertado a atenção dos pesquisadores em virtude de seu caráter econômico e de saúde pública (Thulesius & Grahn, 2007) e por representar como uma importante medida de status funcional e bem-estar de saúde (Marmot *et al.*, 1995).

O afastamento do trabalho por licença-saúde tem sido apontado como o maior problema econômico e de saúde para os países que instituem políticas de bem-estar social para os trabalhadores (McKeown, 1989; Marmot *et al.*, 1995, Andrea *et al.*, 2003; Ferrie *et al.*, 2005; Sundquist *et al.*, 2007).

Em seu estudo, Sundquist (2007) afirma que o aumento do custo de políticas públicas para afastamento do trabalho tem ameaçado as políticas de bem-estar social na Suíça. O total despendido para segurança social aumentou de 17,2 bilhões de Euros, em 1985, para 45,3 bilhões de Euros, em 2003.¹⁵ Andrea (2003)² alertou sobre os perigos do aumento dos custos por afastamento na Holanda, assim como McKeown (1989) os apontou para a Inglaterra.

O afastamento por longos períodos do ambiente de trabalho gera prejuízos para as empresas e as instituições beneficiárias governamentais. Entre eles, comprometimento da capacidade produtiva, necessidade de retreinamento, aumento dos custos, altos valores despendidos no tratamento médico, e desequilíbrio entre

receita e despesa do sistema previdenciário são os mais evidentes (Marmot *et al.*,1995; Sundquist *et al.*2007).

Confiabilidade das Fontes de Dados

O “Job Content Questionnaire” (JCQ) é o instrumento mais amplamente utilizado na literatura internacional (Landsbergis & Theorell, 2000) para medir aspectos psicossociais do trabalho. A versão recomendada do JCQ compreende 49 questões, abordando, as dimensões: demanda psicológica (nove questões), demanda física (cinco questões), controle do trabalho – que compreende dois componentes: uso de habilidades (seis questões) e autoridade para a decisão (onze questões) – e apoio social no trabalho proveniente da chefia (cinco questões) e dos colegas de trabalho (seis questões) e insegurança no trabalho (seis questões). Uma questão versa sobre o nível de qualificação exigido para o trabalho que é executado (correspondência com o nível educacional que é requerido no posto de trabalho ocupado) (Araújo, 2003). Estudos de validade e confiabilidade foram realizados em diferentes subgrupos ocupacionais na Europa (Pelfrene *et al.*, 2001, Brisson *et al.*, 1998), na América do Norte (Sale & Kerr, 2002), na Ásia (Cheng *et al.*, 2003; Kawakami *et al.*, 1995) e no Brasil (Araújo & Karasek, 2008).

A versão resumida e modificada do JCQ foi apresentada por Theorell, em 1988, o “Swedish Demand-Control Questionnaire – DCQ” (Alves *et al.*,2004). Esta versão contém 17 questões: cinco para avaliar demanda psicológica, seis para avaliar controle do trabalho e seis para apoio social. Nas questões relacionadas à demanda psicológica, quatro referem-se a aspectos quantitativos do trabalho, como o tempo, exigência e velocidade, na execução das tarefas, e uma questão relacionada ao conflito entre diferentes demandas. Nos itens relacionados ao

controle do trabalho, quatro referem-se ao uso de habilidades, e duas à autonomia para tomada de decisões sobre o processo de trabalho. A dimensão apoio social no trabalho contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes.

No Brasil, apesar de dispormos das versões traduzidas para os dois instrumentos, estudos de confiabilidade são escassos (Araújo, 2008; Alves, 2004).

Uma vez que a idéia básica do conceito de confiabilidade é demonstrar que as medidas dos indivíduos, avaliadas em diferentes ocasiões, ou por diferentes observadores, produzem resultados similares, a confiabilidade é um dos aspectos fundamentais da avaliação de um instrumento, uma vez que científica se o instrumento está medindo algo de maneira reprodutível e consistente (Streiner & Norman, 1998). O estudo de confiabilidade (*“reliability”*) é, na sua essência, estudo de concordância. Ao analisar a concordância entre duas medidas, sendo uma delas o padrão-ouro, o estudo é de conformidade (*“conformity”*) ou acurácia (*“accuracy”*). Se o interesse do pesquisador está voltado para a concordância das medidas obtidas, seja por uma técnica intra-observador, ou intra-método, a reprodutibilidade (*“reproducibility”*) ou repetibilidade (*“repeatability”*) do instrumento deve ser assumida. A avaliação da confiabilidade em estudos epidemiológicos deve considerar todas as fontes potenciais de variabilidade. Em investigações ideais, a única fonte de variabilidade seria a dos participantes do estudo; entretanto, fontes de variação intra-examinador e inter-examinador são comumente encontradas e implicam em vieses ou imprecisão da análise do fenômeno (Luiz *et al.*, 2003).

A estabilidade do instrumento pode ser medida através da confiabilidade, intra-examinador e inter-examinador e teste-reteste, geralmente, ao empregar-se coeficientes de correlação, como o Coeficiente de Correlação de Pearson para dados contínuos e o Coeficiente de Correlação de Spearman para dados ordinais.

Entretanto, o uso de coeficientes de correlação para indicar estabilidade pode ser inadequado, pois os mesmos referem-se à existência de associação linear entre as duas medidas e não à concordância entre elas (Szklo & Nieto, 2007; Luiz *et al.*, 2003).

O emprego do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC) ou Coeficiente de Confiabilidade (R) tem se mostrado mais apropriado para avaliação de consistência e estabilidade em escalas contínuas, dado que mede a semelhança média entre os escores obtidos pelos diferentes indivíduos nas duas mensurações, através da razão entre as variâncias dos sujeitos e a soma das variâncias dos sujeitos devido ao erro. O CCIC varia de zero a +1, e, em caso de perfeita concordância, o índice se encontra na unidade (Szklo & Nieto, 2007). Luiz e colaboradores (2003) observaram que há muitas versões de CCIC e que o seu cálculo pode ser afetado fortemente pelo desenho de estudo e podem apresentar resultados diversos quanto à consistência de um mesmo conjunto de dados.

Müller e Bütter (1994) propõem três variações de CCIC que devem ser escolhidas: o modelo de análise de variância que é apropriado para o estudo em questão (“*one-way*” ou “*two-way*”), se os efeitos causados pelos observadores podem ser ignorados no cálculo do índice de confiabilidade, e, por fim, qual a unidade de análise do estudo: se é uma observação individual feita por um observador em relação a um sujeito, ou se é a média de várias observações.

Na situação em que o modelo “*one-way*” é empregado, considera-se que os efeitos devido aos observadores, a interação entre observador e sujeito e o erro aleatório são equivalentes. No caso dos modelos “*two-way*” e “*two-way*” misto, o componente da variabilidade, devido ao efeito dos observadores, pode ser estimado.

Os resultados da estabilidade das respostas do DCQ avaliadas pelo CCIC no estudo do Pró-saúde (Alves,2004) foram: 0,88 (demanda psicológica), 0,87 (controle do trabalho) e 0,86 (apoio social do trabalho). Esses resultados indicaram uma estabilidade muito boa, adotando-se os pontos de corte sugeridos por Byrt (Szklo & Nieto, 2007): nenhuma concordância abaixo de zero; pobre, de 0 a 0,20; fraca, 0,21 a 0,40; satisfatória, de 0,41 a 0,60; boa, de 0,61 a 0,80; muito boa, de 0,81 a 0,92 e, excelente de 0,93 a 1,00.

No estudo de confiabilidade, tem sido recorrente o uso de técnica gráfica, como o de Bland-Altman (Bland e Altman, 1986) e, mais recentemente, o modelo recomendado por Luiz e colaboradores (2003), baseado na extensão do método de Kaplan-Meier, e sugerido como “*survival-agreement plot*”. O gráfico de Bland-Altman, embora apresente uma particular interpretabilidade e simplicidade para detectar diferenças sistemáticas, apresenta as limitações de prever somente os limites de concordância e não os índices de concordância e estes limites são válidos se a distribuição das diferenças seguir uma distribuição normal (Luiz *et al.*, 2003). Tratando-se da proposta de Luiz e colaboradores (2003), a limitação apresenta-se devido ao fato de o método desconsiderar a magnitude da medida, pela impossibilidade de apreender tendência nas diferenças.

O Coeficiente kappa é comumente empregado, como padrão de concordância, de medidas de nível nominal ou ordinal, sendo medida a proporção da concordância observada, retirando-se a concordância encontrada ao acaso. O uso do Coeficiente kappa simples se aplica a uma variável nominal e o kappa ponderado é recomendado para uma variável ordinal. Seus valores variam de -1 a +1, expressando os valores negativos uma pior concordância encontrada e os valores positivos indicando uma melhor concordância que aquela encontrada ao acaso. Se o

valor do kappa é igual a zero, isto quer dizer que a concordância observada é igual à concordância esperada ao acaso (Szklo & Nieto, 2007).

O kappa ponderado foi elaborado para atender às variáveis categóricas ordinais e às numéricas agrupadas em múltiplas categorias, assumindo que as discordâncias entre um par de observações em categorias adjacentes pudessem ser menos sérias. Os pesos atribuídos às discordâncias podem ser calculados de várias formas e o valor do kappa ponderado dependerá do esquema escolhido, que poderá resultar em uma fragilidade da estimação (Szklo & Nieto, 2007).

Para a interpretação dos possíveis valores de kappa, diferentes classificações são propostas, sendo mais utilizada a de Landis e Kock (Szklo & Nieto, 2007). Como referem Szklo & Nieto (2007), essas classificações são arbitrárias o que pode gerar um valor de kappa com erro devido à presença de vieses ou influenciado pela prevalência.

A consistência interna diz respeito à existência de correlação entre os diferentes itens que compõem o instrumento e entre cada item e o escore total da escala, ou seja, à homogeneidade do instrumento. O ideal seria que os itens fossem moderadamente correlacionados entre si, mas que esta correlação não resultasse em redundância entre os itens e, conseqüentemente, em perda da validade de conteúdo (Cortina, 1993).

A consistência interna de uma escala pode ser avaliada a partir do cálculo, por exemplo, do Coeficiente Alfa de Cronbach, que poderá ser considerado aceitável quando o coeficiente estiver próximo de 0,7, dependendo do número de itens que compõem a escala (Cortina, 1993).

Os resultados encontrados para consistência interna do DCQ avaliadas no estudo do Pró-saúde foram: 0,72 (demanda psicológica), 0,63 (controle do trabalho)

e 0,86 (apoio social do trabalho). Esses resultados indicaram valores que ultrapassaram o padrão mínimo proposto por Rowland (0,70) nas dimensões demanda psicológica e apoio social no trabalho, sendo um pouco inferior na dimensão controle do trabalho (Alves, 2004).

Ao desenvolver estudos epidemiológicos, a principal atenção deve ser dada no sentido de evitar conclusões espúrias, devido a erros metodológicos, seja na realização do estudo, ou mesmo na análise dos dados. A validade e a confiabilidade atribuídas ao estudo poderiam maximizar a inferência derivada de um estudo particular, bem como a medida de concordância presente em múltiplas avaliações do mesmo fenômeno (Werneck & Almeida, 2002; Silva e Pereira, 1998).

Capítulo 2 – Justificativa e Objetivo

Justificativa

Apesar da legislação que regula o ambiente físico-estrutural dos restaurantes industriais com normas de edificação, e os programas de prevenção de riscos ambientais e de controle médico de saúde ocupacional uma grande variedade de fatores de risco de natureza físico-química, organizacional e psicossocial nos ambientes de produção de refeições coletivas, pode causar sofrimento físico e mental ao trabalhador. Conseqüentemente, são possíveis afastamentos temporários e aposentadorias precoces, indesejáveis e onerosas, tanto para o trabalhador, quanto para as empresas do setor e até mesmo para o País.

Ainda são encontrados poucos estudos que se proponham a avaliar a associação dos aspectos psicossociais do trabalho e o impedimento laboral por motivos de saúde, de forma a sugerir soluções que levem ao alcance de resultados, socialmente aceitáveis, nos indicadores de saúde e de produção.

Assim, do ponto de vista acadêmico, esta pesquisa se justificou pela sua abordagem epidemiológica, de um setor pouco estudado, coletando informações sobre a saúde dos trabalhadores de cozinha industrial, a percepção dos riscos físicos dos trabalhadores, acidentes de trabalho e aspectos psicossociais do trabalho e sua implicação nas faltas relacionadas a problemas de saúde. Os resultados evidenciados a partir da presente pesquisa apontam para a importância desta informação neste seto de trabalho com vistas a garantir ambientes de trabalho com melhor qualidade.

Economicamente, este trabalho pode identificar qual o grupo ocupacional mais vulnerável às faltas e afastamento de trabalho por problemas de saúde

contribuir, podendo esta informação subsidiar decisões que venham a promover ações de intervenção objetivando o aumento da produtividade do setor de alimentação coletiva, sem prejuízos para a saúde do trabalhador em cozinhas industriais.

Com uma visão social, a investigação vislumbrou levantar os principais incômodos ambientais dos trabalhadores de cozinha industrial, que pudessem ser conhecidos pelos gestores dos restaurantes. De maneira que resultassem em melhoria da qualidade de vida do trabalhador de cozinhas industriais, sinalizando a possibilidade de melhoria da organização e das condições de trabalho de forma a fixar o trabalhador no setor, oferecendo uma carreira promissora e reconhecida, por seu valor, para a sociedade moderna.

Em última análise, propiciar no futuro a redução de despesas públicas, visto que pesquisas relacionado o absenteísmo as condições ambientais e psicossociais poderão induzir ações para reduzir o número de trabalhadores acidentados e de agravos à saúde decorrentes do ambiente de trabalho, otimizando o uso de recursos das instituições públicas de saúde e assistência social na resolução, ou pelo menos atenuação, dos problemas de saúde do trabalhador em cozinhas industriais.

Objetivos

O objetivo deste estudo foi discutir relações de trabalho/saúde e doença nos trabalhadores em cozinhas industriais, focalizando a investigação da associação entre aspectos psicossociais do trabalho e impedimento das atividades laborais devido a problemas de saúde.

Especificamente, seu escopo foi traduzido em três artigos com os seguintes objetivos:

1º artigo: Descrever as características sócio-demográficas, laborais e de saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares.

2º artigo: Estimar a prevalência de impedimento na realização das atividades laborais, por problemas de saúde, de trabalhadores de cozinhas industriais dos restaurantes populares do Estado do Rio de Janeiro, e detectar fatores psicossociais associados ao impedimento.

3º artigo: Analisar a reprodutibilidade das informações obtidas em teste-reteste da escala de Demanda-Controle e Apoio Social.

Capítulo 3 - Métodos

Trata-se de um estudo seccional, utilizando dados primários, coletados através de pesquisa de campo, realizada nos Restaurantes Populares localizados no Estado do Rio de Janeiro e administrados pelo Governo do Estado.

No período da pesquisa, encontravam-se em funcionamento nove restaurantes, como ilustrado, abaixo, na figura 2.



Figura 2: Mapa com a Distribuição dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro

Sete situavam-se na Região Metropolitana, sendo um restaurante em cada um dos municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Niterói e Itaboraí, e três no município do Rio de Janeiro (Bangú, Central do Brasil e Maracanã). Funcionavam,

ainda, um no Norte Fluminense, no município de Campos dos Goytacazes, e um restaurante na Região do Médio Paraíba, no município de Barra Mansa.

População de Estudo

A pesquisa teve como sujeitos, todos os trabalhadores que participavam do processo produtivo de refeições, e que faziam parte do quadro profissional das empresas que detinham a concessão para a produção de refeições nos restaurantes populares. Em dezembro de 2006, os Restaurantes Populares eram supervisionados por Nutricionistas e Administradores, representantes do Estado, e operados por oito empresas Concessionárias de alimentação coletiva (somente dois restaurantes eram operados por uma mesma empresa).

As categorias profissionais abrangidas pelo presente estudo, foram: nutricionista, auxiliar administrativo, caixa, estoquista, auxiliar de estoque, cozinheiro(a), ajudante de cozinha, magarefe, auxiliar de magarefe, copeiro(a) e auxiliar de serviços gerais.

Os nutricionistas e administradores representantes do Estado do Rio de Janeiro, os contratados como orientadores de fila e os vigias não fizeram parte do estudo porque não participavam diretamente do processo produtivo de refeições, portanto, não são expostos às condições ocupacionais comuns aos outros trabalhadores.

Os seguranças, que eram contratados de empresas especializadas em segurança patrimonial, não foram incluídos na população em estudo, visto que também não atuavam diretamente no processo produtivo de refeições, e não mantinham relacionamento hierárquico ou contratual de trabalho com as chefias das empresas responsáveis pelo preparo dos alimentos.

A listagem contendo os nomes e cargos dos funcionários objeto do estudo foi cedida pela Secretaria da Ação Social do Rio de Janeiro e checada junto aos Nutricionistas das empresas responsáveis pela operação de cada restaurante. Uma terceira e última verificação foi realizada antes do início das entrevistas.

As categorias incluídas no estudo totalizavam 463 trabalhadores, em dezembro de 2006. Destes, 28 trabalhadores encontravam-se afastados do trabalho por licença médica e assegurados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e foram excluídos do presente estudo, sendo o universo de trabalhadores dos restaurantes populares composto de 435 funcionários.

No período em que ocorreram as entrevistas, quatro (0,9%) estavam de férias e quatro (0,9%) se recusaram a participar do estudo. Durante a semana em que se desenvolveu o trabalho de campo na unidade de Campos dos Goytacazes, um funcionário (0,2%) não compareceu ao trabalho, não sabendo a chefia justificar a sua ausência.

Considerando como perda as nove entrevistas não realizadas, participaram do estudo 426 trabalhadores, o que representou uma perda de, apenas, 2,1%.

A população dos trabalhadores dos restaurantes populares apresenta características que favorecem a realização de um estudo com boas taxas de participação e informação potencialmente adequada, tais como:

- Possibilidade de investigar o papel da saúde nos fenômenos relacionados à exclusão social, à precária qualificação, à difícil mobilidade social ou à insegurança do vínculo laboral em trabalhadores terceirizados.
- Homogeneidade da população, em termos de educação, treinamento no trabalho e status ocupacional o que favorece a exclusão ou rejeição dos efeitos confundidores dessas variáveis.
- Exposição constante e sistemática das características específicas do trabalho.

Variáveis do Estudo

Para facilitar a visualização do conjunto de variáveis e suas articulações, apresenta-se um Modelo Operacional (Figura 3), que auxilia a compreender as diferentes relações entre as variáveis de estudo e o desfecho, exibido no quadro a seguir:

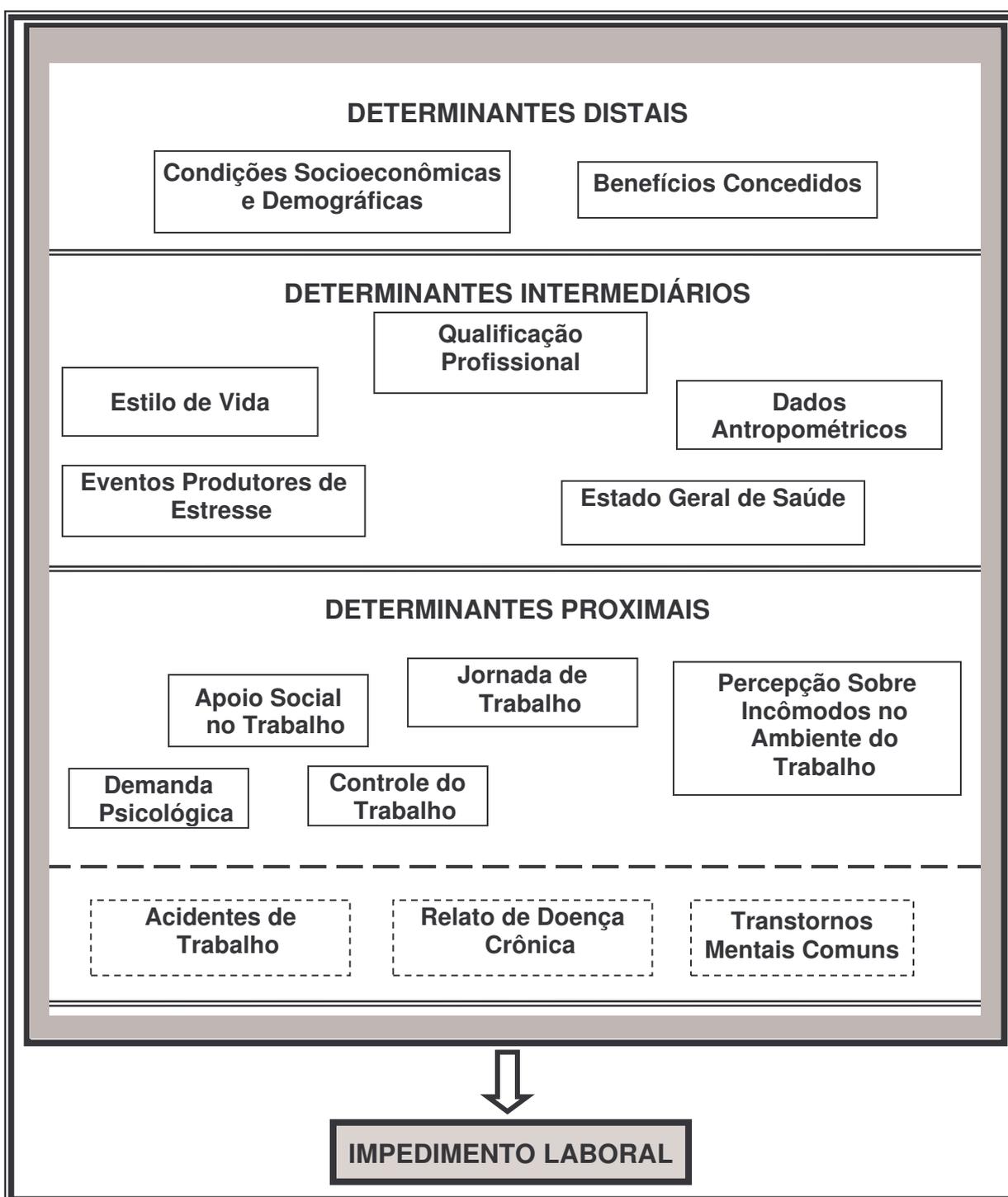


Figura 3: Modelo Operacional para Gerenciamento das Variáveis

O questionário foi organizado baseado em outros instrumentos utilizados em pesquisas, como o Estudo do Pró-Saúde, e em escalas e perguntas validadas disponíveis. As informações incluídas foram: qualificação profissional, situação ocupacional, características sócio-demográficas; aspectos psicossociais (DCQ), incômodos ambientais do trabalho e acidentes de trabalho nos últimos 12 meses; perfil de morbidade física e mental menor referidas (“*General Health Questionnaire*” – GHQ-12) e eventos de vida produtores de estresse nos últimos 12 meses; fumo, álcool e dados antropométricos (Anexo I).

Desenvolvimento do Instrumento para Coleta dos Dados

A estratégia escolhida para a coleta dos dados foi a entrevista face a face, esta escolha deu-se principalmente por não ser conhecido o patamar de escolaridade dos trabalhadores, apesar de uma suposição de que a maioria dos funcionários não possuía o ensino fundamental concluído.

O instrumento foi elaborado tendo em vista alcançar os seguintes preceitos (Bowling, 1997):

- Visualmente fosse fácil de ser lido e compreendido
- Rótulos de chamadas de atenção para o entrevistador
- Seleção da ordem e forma das escalas de medidas

As perguntas para avaliar a exposição “demanda psicológica” e “controle do trabalho” foram as da versão reduzida⁵, elaborada na Suécia, do “*Demand-Control Questionnaire*” (DCQ), a partir do “*Job Content Questionnaire*” (JCQ) desenvolvido

⁵ Esta versão foi traduzida e adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde, com a concordância do autor por meio de comunicação pessoal (Alves et al., 2004).

por Robert Karasek para o modelo Demanda/Controle. São cinco questões fechadas avaliando demanda e seis sobre controle, utilizando uma escala tipo Likert (1-4) correspondendo a: freqüentemente (1 ponto), às vezes (2), raramente (3) e nunca ou quase nunca (4). Para a variável demanda psicológica foi criado um indicador a partir do somatório dos valores dos escores obtidos para as questões relacionadas à demanda. A escala construída indicou o nível de demanda do trabalho e foi categorizada em tercis: baixa demanda; média demanda e alta demanda.

Para a variável controle do trabalho foi criado um indicador a partir do somatório dos valores dos escores obtidos para as questões relacionadas a controle. A escala construída indicou o nível de controle do trabalho e foi categorizada em tercis: baixa controle; média controle e alta controle.

Para a composição dos grupos do modelo Demanda-Controle da escala sueca, as variáveis demanda psicológica e controle do trabalho foram dicotomizadas. Para demanda psicológica estabeleceu-se o ponto de corte em alta demanda procedendo-se a aglutinação dos grupos restantes (média demanda e baixa demanda). O mesmo procedimento do ponto de corte foi estabelecido para baixo controle do trabalho, aglutinação dos grupos restantes (média controle e alto controle).

A partir da combinação entre níveis de demanda psicológica e controle do trabalho estabeleceram-se os quatro grupos previstos no modelo: baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência.

A pergunta para avaliar o desfecho “Impedimento” foi do tipo dicotômica grafada como: “Você ficou IMPEDIDO(A) de realizar alguma de suas atividades de trabalho, NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por algum problema de saúde que você

teve ou tem?”, complementada por “O que você fez?” nos casos de resposta afirmativa.

Adicionalmente, para confirmar a resposta dada à pergunta anterior, foi incluída a questão: “Você se AUSENTOU do trabalho, NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por algum problema de saúde que você teve ou tem?”, complementada pelas questões: “Quantos dias?”, “Qual o problema de saúde que teve?”, “Você procurou algum tipo de assistência?” e “Que tipo de atendimento você procurou?”, para os casos de resposta afirmativa à primeira pergunta.

A opção de somente se obter o impedimento auto-referidos deu-se devido à dificuldade de se obter informações padronizadas, sobre as ausências dos trabalhadores nos diferentes restaurantes populares.

Ações Empreendidas para Verificar a Clareza do Questionário e Assegurar sua Confiabilidade

Pré-teste

O pré-teste foi realizado com os funcionários de limpeza do 12º andar da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e tinha como objetivo: verificar a clareza da formulação das perguntas, identificar dificuldades em responder alguma pergunta, observar a adequação das opções de respostas, clareza das instruções para as perguntas, adequação dos blocos temáticos, e mensurar o tempo necessário para preenchimento.

Além destes objetivos, pretendeu-se, nesta fase de testes, verificar a adequação da tela de entrada dos dados, corrigindo possíveis erros de digitação e aspectos diretamente ligados ao manuseio do programa (Faerstein *et al.*, 1999).

Estudo Piloto

O estudo piloto foi planejado para verificar a adequação do questionário e a análise de confiabilidade do instrumento. A partir da repetição de sua replicação com intervalo de, no máximo, duas semanas (teste e reteste) verificar a reprodutibilidade da escala sueca do questionário demanda-controle na população dos trabalhadores de cozinha (Faerstein *et al.* 2005). A segunda aplicação do instrumento, em um intervalo de sete a 15 dias, ocorreu somente com os itens principais do instrumento (demanda, controle e apoio social), devido, principalmente, a dificuldade em se obter das chefias a liberação dos trabalhadores para a entrevista, que aconteciam nos horários de trabalho dos mesmos.

O estudo piloto foi realizado com 52 trabalhadores distribuídos em três Unidades de Alimentação Coletiva de uma empresa concessionária do Rio de Janeiro que não prestava serviços nos restaurantes populares no momento do estudo.

A Pesquisa de Campo

A coleta de dados foi conduzida por uma equipe composta por um coordenador da pesquisa e sete entrevistadores.

No Anexo III “Pesquisa de Campo – Manual dos Entrevistadores”, estão descritos todos os procedimentos relativos à Pesquisa de campo. Destes destacam-se aqueles descritos a seguir.

Atividades Preparatórias

Treinamento dos Entrevistadores

O treinamento dos entrevistadores foi realizado em seis sessões, chamadas “Processo de interação e integração da pesquisa nos restaurantes populares”. Nas sessões, foram discutidos os objetivos da pesquisa, métodos a serem adotados e o período de realização da coleta de dados. Os entrevistadores submeteram-se à dinâmica, com o objetivo de avaliar a paciência, persuasão e a importância da comunicação no desenvolvimento da entrevista. Foram simuladas situações possíveis de ocorrerem no desenrolar do trabalho. O manual do entrevistador foi lido em voz alta, em passos lentos, para propiciar acompanhamento do texto por todos os participantes, e todas as dúvidas eram amplamente discutidas. Houve uma leitura coletiva do instrumento pelos entrevistadores, para corrigir possíveis entonações inadequadas de voz, clareza na leitura das questões e compreensão e domínio do instrumento a ser utilizado. Os entrevistadores aplicaram o instrumento entre si, com supervisão do coordenador, para que a aplicação do questionário fosse a mais apropriada possível.

Sensibilização dos Trabalhadores

A sensibilização dos trabalhadores foi realizada através de informativos distribuídos diretamente ao trabalhador e cartazes afixados no setor de trabalho (Anexo IV e V).

Após o contato com os nutricionistas, agendava-se o dia para a realização das medidas de peso, estatura e circunferência abdominal que foram utilizadas como estratégia de aproximação com o trabalhador para esclarecimentos sobre a

importância da informação prestada por eles e a contribuição para o setor de alimentação coletiva. Nesta ocasião, era explicado que todo esforço seria realizado para que os nomes dos participantes, bem como sua associação com qualquer informação coletada, não viessem a ser revelados, ou mesmo que não fariam parte de relatórios ou artigos científicos que viessem a ser publicados. Também foi verbalizado, neste primeiro contato pessoal, que todo esforço seria feito para resguardar o máximo sigilo pelas informações fornecidas, e os dados seriam analisados somente de forma agregada. No final, era entregue ao trabalhador um cartão de avaliação com medidas de peso e altura, e sua classificação nutricional pelo Índice de Massa Corporal (IMC) em eutrófico, com sobrepeso ou com obesidade (Anexo 6).

Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2006 e março de 2007. Esta foi realizada nos restaurantes populares no início da jornada de trabalho. Os trabalhadores, com o apoio dos entrevistadores, liam e assinavam o termo de consentimento livre e informado (Anexo 4). Em seguida, os entrevistadores liam as questões para anotação das respostas dadas no questionário de entrevistas (Anexo 5). A opção por entrevista face a face deu-se por se considerar o questionário relativamente extenso, com possível dificuldade no entendimento de algumas perguntas, e porque não se tinha idéia clara do real nível de escolaridade dos entrevistados, visando também diminuir as perdas, e produzir maior integração de entrevistadores e entrevistados.

Após a entrevista, os dados foram organizados em um Banco de Dados montado utilizando-se o software Microsoft® Excel, versão 2003.

Análise dos Dados

A partir do banco de dados criado, foram utilizadas as ferramentas do software STATA, a versão 9.0, para análise dos dados.

Inicialmente, procedeu-se à análise univariada das características sociodemográficas da população estudada, como também da exposição, do desfecho e demais covariáveis.

Em seguida, análises bivariadas e estratificadas foram realizadas para verificação de associação entre impedimento das atividades laborais com cada uma das covariáveis selecionadas no modelo operacional. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar se as associações apresentavam significância estatística ($p < 0,05$), usando este critério para a seleção das possíveis variáveis de confusão, além da revisão de literatura. O teste de Fisher e o teste para tendência linear foram utilizados para assegurar a precisão estatística apresentada no teste de Pearson, nos casos que se adequavam a tal necessidade.

O Modelo de Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado na análise multivariada, considerando um modelo hierarquizado, onde se pretendeu identificar a associação entre variáveis de exposição psicossociais do trabalho e co-variáveis, e impedimento na realização de atividades laborais por problemas de saúde em trabalhadores terceirizados de cozinha industrial. A opção pelo modelo de Poisson com variância robusta deveu-se ao fato desta melhorar a estimativa da variância, quando comparada com a regressão de Poisson simples. Como medida de associação, utilizou-se a Razão de Prevalência e seus intervalos de confiança de 95%.

A confiabilidade do teste-reteste foi realizada através do Coeficiente kappa, Coeficiente de Correlação Intra-Classe, o alfa de Cronbach e o gráfico de Bland-Altman.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social/UERJ, tendo sido aprovada na reunião de 22 de novembro, com número de registro 15/2006.

A participação aconteceu de forma voluntária e a população-alvo foi previamente esclarecida sobre a pesquisa e sobre a inexistência de aplicação de qualquer penalidade àqueles que não desejassem participar. Após estes esclarecimentos, a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa Científica, tornou-se obrigatória para todos os que aderiram à pesquisa (Anexo II).

Capítulo 4 – Resultados

Nesse capítulo são apresentados resultados gerais da pesquisa e resultados específicos discutidos em três artigos.

4.1 Resultados Gerais

As análises univariadas e bivariadas das variáveis de exposição, desfecho e co-variáveis são descritas neste item.

Caracterização da População

A Tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas da população estudada (N = 426)

Tabela 1 – Características Socioeconômico-Demográficas dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro 2006/2007

	TOTAL	
	N	%
Sexo		
Masculino	267	62,7
Feminino	159	37,3
Faixa Etária		
≤ 24 anos	63	14,8
> 24 e ≤ 29 anos	88	20,6
> 29 e ≤ 34 anos	65	15,3
> 34 e ≤ 39 anos	60	14,1
> 39 e ≤ 44 anos	60	14,1
> 44 e ≤ 49 anos	41	9,6
> 49 e ≤ 54 anos	29	6,8
> 54 e mais	20	4,7
Cor		
Parda	221	51,9
Negra	110	25,8
Branca	95	22,3
Situação Conjugal		
Casado	237	55,7
Solteiro	136	31,9
Separado	47	11,0
Viúvo	6	1,4
Ter Filhos		
Sim	287	67,4

Tabela 1 (continuação) – Características Socioeconômico-Demográficas dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro 2006/2007

TOTAL		
	N	%
Escolaridade		
≤ 4 anos	48	11,3
5 a 8 anos	180	42,2
9 a 11 anos	167	39,2
Superior incompleto e completo	31	7,3
Renda Familiar		
Até 1 S. Mínimo	77	18,1
> 1 e ≤ 2 S. Mínimos	178	41,8
> 2 e ≤ 3 S. Mínimos	71	16,7
> 3 e ≤ 4 S. Mínimos	44	10,3
> 4 e ≤ 5 S. Mínimos	21	4,9
> 5 S. Mínimos	35	8,2
Situação Residencial		
Própria	331	77,7
Alugada	80	18,8
Outros	15	3,5
Abastecimento de Água		
Rede Pública	382	89,7
Sistema Sanitário		
Rede Pública	326	76,5
Uso de Tabaco		
Nunca fumou	268	62,9
Fuma atualmente	80	18,8
Ex - fumante	78	18,3
Uso de Álcool nas Duas Últimas Semanas		
Sim	225	52,8

O total dos dados refere-se a 426 entrevistas realizadas.

No período da pesquisa, dezembro/2006 – março/2007, os homens representavam 62,7% do total. Da população de estudo, 78,9% tinha idade inferior a 44 anos.

Quanto à auto-classificação da cor, 51,9% se auto-referia como parda. Encontravam-se casados 55,7% e 67,4% tinham filhos. Quanto à escolaridade, 53,5% possuíam até oito anos de escolaridade. Indivíduos com renda familiar de até dois salários-mínimos representavam 59,9% dos trabalhadores.

A maioria dos trabalhadores relatou possuir saneamento básico e abastecimento público de água em seus domicílios, exceto os que residiam em Itaboraí e Campos dos Goytacazes. Estes habitavam em locais de loteamento sem uma infra-estrutura adequada.

O uso de tabaco foi referido por 18,8% da população e uma mesma proporção relatou que era de ex-fumante. O uso de álcool nas duas últimas semanas anteriores à entrevista foi informado por 52,8%.

Características Laborais e Estado de Saúde dos Trabalhadores

As características laborais e estado de saúde dos trabalhadores apresenta-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Características Laborais e Estado de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro 2006/2007

	TOTAL	
	N	%
Cargo Ocupado		
Auxiliar de Serviços Gerais	154	36,1
Copeiro	122	28,6
Auxiliar de Cozinha	39	9,1
Cozinheiro	24	5,6
Magarefe	12	2,8
Estoquista	17	3,9
Chefe Cozinha	6	1,4
Caixa	21	4,9
Auxiliar Administrativo	10	2,3
Nutricionista	21	4,9
Tempo de Trabalho em Cozinhas		
Até 12 meses	70	16,1
> 12 e ≤ 24 meses	75	17,6
> 24 e ≤ 36 meses	47	11,0
> 36 e ≤ 48 meses	47	11,0
> 48 e ≤ 60 meses	43	10,1
> 60 e ≤ 72 meses	31	7,3
> 72 e ≤ 84 meses	11	2,6
85 e mais	102	23,9
Treinamento Para o Cargo		
Sim	258	60,5
Posição Que Passa Maior Parte do Tempo de Trabalho		
Em Pé	385	90,4

Tabela 2 (continuação) – Características Laborais e Estado de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro 2006/2007

	TOTAL	
	N	%
Usufruir do Horário de Almoço		
Sim	336	78,9
Percepção sobre Fatores Ambientais da Área de Trabalho		
Calor mencionado como incômodo.	360	84,5
Esforço mencionado como incômodo.	154	36,1
Ruído mencionado como incômodo.	218	51,2
Acidentes de Trabalho Ocorridos nos Últimos 12 Meses		
Contusão	68	15,9
Corte	86	20,2
Queimadura	18	4,2
Impedimento de Realizar Tarefas de Trabalho por Problemas de Saúde nas Duas Últimas Semanas		
Sim	46	10,8
Estado Geral de Saúde		
Muito Bom	155	36,4
Bom	202	47,4
Regular	65	15,3
Ruim	4	0,9
Relato de Doença		
Diabetes Mellitus Tipo II	9	2,1
Doença Osteomusculares Relacionadas Ao Trabalho (DORT)	64	15,0
Gastrite	54	12,7
Hipertensão Arterial	61	14,3
Transtornos Mentais Comuns		
Presente	106	24,9
Eventos de Vida Produtores de Estresse Ocorridos nos Últimos 12 Meses		
Agressão Física	20	4,7
Morte de Parentes	133	31,2
Ter Sido Roubado	38	8,9

O total dos dados refere-se a 426 entrevistas realizadas.

Na distribuição dos cargos os classificados como de auxiliar de serviços gerais e copeiro compunham 64,7% da força de trabalho dos restaurantes.

O tempo médio de trabalho em cozinha foi de 59,9 meses com desvio-padrão de $\pm 66,08$. Treinamento para exercer o cargo atual foi relatado por 60,5%,

e, na sua maioria, os nutricionistas foram os responsáveis pelo treinamento. Quanto à **posição em que passavam a maior parte do tempo de trabalho**, 90,4% relataram que ficavam em pé. Quanto a **ter realizado curso na área de alimentação coletiva**, uma pequena parcela dos trabalhadores (11%) haviam se submetido à qualificação.

Muito embora 78,9% dos trabalhadores usufríssem do horário de almoço, esse era dividido em meia hora antes do início da distribuição das refeições para o público, e meia hora após o fechamento do restaurante, na maioria dos restaurantes populares.

A maioria dos trabalhadores informava incômodos ambientais, **calor e ruído**, de 84,5% e 51,2%, respectivamente. E 36,1% informaram sobre o **incômodo do esforço físico no desenvolvimento das tarefas de trabalho**. Os acidentes de trabalho mais freqüentes foram **corte (20,2%) e contusão (15,9%)**.

Nas últimas duas semanas, 10,8% dos trabalhadores sentiram-se **impedidos de realizar as suas atividades laborais de trabalho por problemas de saúde**. Destes, 35 (8,2%) faltaram ao trabalho, 8 (1,9%) compareceram e foram liberados pela chefia, e 3 (0,7%) compareceram, mas trocaram de atividade.

O estado geral de saúde relatado pelos trabalhadores era muito bom para 36,4%, bom para 47,4%, regular para 15,3% e ruim para 0,9%.

A proporção de trabalhadores que relataram diagnóstico médico de doença crônica foi: de 15,0% de **Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT)**, de 12,7% de **gastrite**, e de 14,3% de **hipertensão arterial**. Quanto a **Transtornos Mentais Comuns**, 24,9% apresentaram positividade para três ou mais itens.

Declararam ter, nos 12 meses anteriores à realização das entrevistas, **sofrido agressão física**, 4,7%, **ter morte de parentes no período**, 31,2%, e **ter sido roubado**, 8,9%.

Todos os trabalhadores recebiam cesta básica, embora alguns restaurantes restringissem a cesta àqueles que não faltassem mais do que duas vezes durante o mês, sem apresentarem justificativas. O vale transporte era oferecido a todos os trabalhadores. Assistência médica e dentária não era oferecida de maneira geral, porém, alguns trabalhadores possuíam assistência médica devido a convênios com o sindicato. Em uma das empresas que detinha, em seu quadro, funcionários com muito tempo de permanência na empresa, era oferecida, para estes, assistência médica. Auxílio creche, escola, seguro não fazem parte da cesta de benefícios que estes trabalhadores poderiam receber (dados não apresentados na tabela).

A prevalência de excesso de peso foi de 49,6% sendo 16% obesos (dados não apresentados na tabela). A prevalência de cintura para risco elevado e muito elevado para homens foi 17,5% e 10,9% e, para as mulheres foram de 20,4% e 53,3%, respectivamente (dados não apresentados na tabela).

Prevalência de Impedimento ao Trabalho por Problemas de Saúde

Na Tabela 3, apresenta-se as prevalências de impedimento ao trabalho por problemas de saúde segundo as características demográficas e laborais.

Tabela 3 – Prevalência de Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE				
	N	Prevalência (%)	Total	Razão de Prevalência (IC95%)
Sexo				
Feminino	12	7,5	159	1,00
Masculino	34	12,7	267	1,68 (0,90 –3,16)
Idade				
≤ 24 anos	10	15,9	63	1,00
> 24 e ≤29 anos	13	14,8	88	0,93 (0,43-1,98)
> 29 e ≤34 anos	8	12,3	65	0,77 (0,32-1,83)
> 34 e ≤54 anos	13	6,8	190	0,43 (0,19-0,93)
> 54 e +	2	10,0	20	0,63 (0,15-2,63)
Cor				
Branca	10	10,5	95	1,00
Negra	11	10,0	110	0,95 (0,42-2,13)
Parda	25	11,3	221	1,07 (0,53-2,14)
Escolaridade				
≤ 4 anos	4	8,3	48	1,00
5 a 8 anos	23	12,8	180	1,53 (0,55-4,22)
9 a 11 anos	17	10,2	167	1,22 (0,43-3,45)
Superior incompleto e completo	2	6,4	31	0,77 (0,15-3,97)
Renda Familiar				
Até 2 S. Mínimos	29	11,4	255	1,00
> 2 e ≤ 3 S. Mínimos	9	12,7	71	1,11 (0,55-2,24)
> 3 e ≤ 4 S. Mínimos	4	9,1	44	0,79 (0,29-2,16)
> 4 S. Mínimos	4	7,1	56	0,62 (0,23-1,71)
Uso de Tabaco				
Nunca fumou	30	11,2	268	1,00
Fuma atualmente	12	15,0	80	1,34 (0,72-2,49)
Ex-fumante	4	5,1	78	0,45 (0,16-1,26)
Unidade Operacional *				
Barra Mansa,Campos, Itaboraí	4	4,2	95	1,00
Bangu, Central, Maracanã, Niterói	35	16,2	216	3,84 (1,40-10,5)
Duque de Caxias, Nova Iguaçu	7	6,1	115	1,44 (0,43-4,79)
Cargo Ocupado				
Cozinheiros	6	7,4	81	1,00
Administrativos	6	8,7	69	1,17 (0,39-3,47)
Copeiro/Aux. Serv. Gerais	34	12,3	276	1,66 (0,72-3,82)

Tabela 3 (continuação) – Prevalência de Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE				
	N	Prevalência (%)	Total	Razão de Prevalência (IC95%)
Tempo de Trabalho em Cozinhas*				
> 12 meses	33	9,3	356	1,00
≤ 12 meses	13	18,6	70	2,00 (1,11-3,60)
Demanda¹				
Baixa demanda	17	8,9	191	1,00
Alta demanda	29	12,3	235	1,38 (0,78-2,44)
Controle¹				
Alto controle	15	7,6	197	1,00
Baixo controle	31	13,5	229	1,77 (0,98-3,19)
Demanda x Controle				
Passivo	4	4,8	79	1,00
Ativo	18	14,9	103	3,08 (1,08-8,79)
Baixa exigência	13	12,0	95	2,49 (0,84-7,38)
Alta exigência	11	9,6	103	2,00 (0,66-6,06)
Apoio Social				
Alto apoio social	8	8,2	97	1,00
Apoio intermediário	17	10,2	166	1,24 (0,55-2,76)
Baixo apoio social ³	21	12,9	163	1,56 (0,71-3,38)
Percepção sobre Incômodo Calor*				
Não	2	3,0	66	1,00
Sim	44	12,2	360	4,03 (1,00-16,2)
Percepção sobre Incômodo Esforço				
Não	24	8,8	272	1,00
Sim	22	14,3	154	1,61 (0,94-2,78)
Percepção sobre Incômodo Ruído				
Não	16	7,7	208	1,00
Sim	30	13,8	218	1,78 (1,00-3,18)
Acidentes de Trabalho Contusão²				
Não	36	10,1	358	1,00
Sim	10	14,7	68	1,46 (0,76-2,80)
Acidentes de Trabalho Corte²				
Não	30	8,8	340	1,00
Sim	16	18,6	86	2,10 (1,20-3,68)
Acidentes de Trabalho Queimadura²				
Não	38	9,9	384	1,00
Sim	8	19,0	42	1,92 (0,96-3,84)

Tabela 3 (continuação) – Prevalência de Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares Administrados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE				
	N	Prevalência (%)	Total	Razão de Prevalência (IC95%)
Estado de Saúde Geral				
Bom	15	7,4	202	1,00
Muito Bom	18	11,6	155	1,56 (0,81-3,00)
Regular / Ruim	13	18,8	69	2,53 (1,27-5,06)
Relato de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT)				
Ausente	38	10,5	362	1,00
Presente	8	12,5	64	1,19 (0,58-2,43)
Relato de Gastrite				
Ausente	37	9,9	372	1,00
Presente	9	16,7	54	1,67 (0,85-3,27)
Relato de Hipertensão Arterial				
Ausente	41	11,2	365	1,00
Presente	5	8,2	61	0,79 (0,30-1,77)
Transtornos Mentais Comuns				
Ausente	33	10,3	320	1,00
Presente	13	12,3	106	1,18 (0,65-2,17)
Relato de EVPE Agressão Física²				
Não	45	11,1	406	1,00
Sim	1	5,0	20	0,45 (0,06-3,10)
Relato de EVPE Morte de Parentes²				
Não	28	9,5	293	1,00
Sim	18	13,5	133	1,41 (0,81-2,46)
Relato de EVPE Ter Sido Roubado²				
Não	38	9,8	388	1,00
Sim	8	21,0	38	2,14 (1,08-4,26)

*p < 0.05

¹ Alta demanda = escore maior que 13; ² Baixo controle = escore menor que 17; ³ Baixo apoio social = escore menor que 20.

*Acidentes de trabalho referidos e Eventos de Vida Produtores de Estresse nos últimos 12 meses.

A prevalência de impedimento na realização do trabalho por motivo de doença foi maior entre os homens do que em mulheres 12,7% e 7,5%, embora não estatisticamente significativa (RP: 1,68; IC = 95%: de 0,90 a 3,16).

Em relação à idade, foi observado impedimento de 15,9%, em menores de 25 anos; 14,8%, entre 25 e 29 anos; 12,3%, entre 30 e 34 anos; 6,8%, entre 35 e 54 anos; e 10%, para 55 anos e mais.

Não houve variação significativa na prevalência de impedimento relacionada com a cor dos trabalhadores ou sua escolaridade.

A prevalência de impedimento para renda familiar foi de 11,4%, para os que recebiam até 2 salários-mínimos; 12,7% para os com renda familiar maior que 2 salários-mínimos e menor ou igual a 3 salários-mínimos; 9,1% para os com renda familiar maior que 3 salários-mínimos e menor ou igual a 4 salários-mínimos; e 7,1% para aqueles com renda familiar maior do que 4 salários mínimos.

Os restaurantes populares de Bangu, Central, Maracanã e Niterói apresentaram prevalência de impedimento na ordem de 16,2%, sendo estatisticamente mais elevada do que nos demais restaurantes populares. Quanto aos cargos ocupados, os cozinheiros apresentaram a menor prevalência, de 7,4%, os administrativos, 8,7% e as copeiras (os) e auxiliares de serviços gerais, 12,3%, não tendo sido detectada significância estatística entre eles mesmos. O tempo de trabalho apresentou significado estatístico para impedimento para realização do trabalho por motivo de doença ($p=0,05$).

Trabalhadores que foram classificados com alta demanda no trabalho apresentaram prevalência de impedimento ao trabalho de 12,3%; aqueles classificados em baixo controle do trabalho, de 13,5%; e os classificados em baixo apoio social, de 12,9%, sem significância estatística na comparação entre as prevalências de impedimento entre os grupos para as três variáveis.

A prevalência de impedimento para percepção sobre o **incômodo com o calor** no ambiente de trabalho foi de 12,2% comparados aos que não referiram incômodos com o calor (3,0%).

A prevalência de impedimento entre aqueles que mencionaram o acidente de trabalho por **corte** (18,6%) foi estatisticamente significativa daqueles que não mencionaram esse tipo de acidente de trabalho (8,8%).

A prevalência de impedimento entre aqueles que mencionaram **Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho** foi de 12,5%; de gastrite, 16,7%; e de hipertensão arterial, 8,2%; entretanto nenhuma dessas doenças relatadas foi estatisticamente significativa daqueles que não mencionaram essas doenças.

A prevalência de impedimento entre aqueles que relataram Transtornos Mentais Comuns foi de 12,3% e, entre os Eventos de Vida Produtores de Estresse, **morte de parentes**, foi de 13,5%. Nos eventos produtores de estresse, a prevalência de impedimento, entre aqueles que mencionaram **ter sido roubado** (21,0%), foi estatisticamente diferente daqueles que não mencionaram esse tipo de evento.

4.2 Primeiro Artigo

Título: Descrição Sócio-Demográfica, Laboral e de Saúde dos Trabalhadores do Setor de Serviços de Alimentação dos Restaurantes Populares do Rio de Janeiro.

Autores:

Odaleia Barbosa de Aguiar

Doutoranda em Saúde Coletiva

Joaquim Gonçalves Valente

Doutor em Epidemiologia

Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Doutora em Saúde Coletiva

Resumo

Este estudo teve o objetivo de descrever uma população de trabalhadores de alimentação coletiva, segundo categoria profissional, com foco nos perfis sócio-demográfico, laboral e de saúde. O estudo do tipo seccional foi realizado entre 426 (98%) trabalhadores dos restaurantes populares do Estado do Rio de Janeiro, através de questionário aplicado por entrevistadores treinados. Os testes para fins de verificação de associação foram o qui-quadrado de Pearson, e, alternativamente, o teste exato de Fisher para amostras pequenas. Os homens representaram 62,7% do total de trabalhadores. A idade média dos funcionários foi de 35,1 anos, (DP=10,3). Quanto à escolaridade, 11,3% possuíam escolaridade menor que 4 anos e 42,2% entre 5 a 8 anos de escolaridade. Os incômodos ambientais têm a seguinte ordem decrescente de importância na percepção dos trabalhadores: temperatura (90,1%), ruído (51,2%), esforço físico (36,2%) e luminosidade (10,5%). Os relatos de doenças com diagnóstico médico apresentaram prevalência de: 15,0% “doença osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT)”, 14,3% hipertensão arterial sistêmica, 12,7%, gastrite e 2,1%, diabete mellitus tipo II. Em relação aos acidentes de trabalho 20,2% relataram ter sofrido corte, seguido de contusão com 16,0%, nos últimos doze meses. A análise dos dados permitiu concluir que, embora os diferentes cargos sofram a ação do ambiente de trabalho, da remuneração e da qualificação, o presente trabalho sugere que estas questões estiveram mais associadas aos auxiliares de serviços gerais.

Palavras-chave: Alimentação Coletiva; Condições de Trabalho; Ambiente de Trabalho; Trabalhador.

Abstract:

This study aimed to describe a workers' population of collective feeding with focus in the profiles: socio-demographic, of work and of health. The study, sectional type, has been accomplished among 426 workers of the popular restaurants of Rio de Janeiro State, through questionnaire applied by trained interviewers. The tests used for association verification were Pearson's Chi-Square and, alternatively, Exact Test of Fisher for small samples. The men represented 62,7% from the workers' total. The employees' average age belongs in 35,1 years, (DP=10,3). Regarding the education, only 11,3% owned education smaller than 4 years and 42,2% between 5 to 8 years of education. The environment discomfort have the following importance, in decreasing order, in the workers' perception: Temperature (90,1%), noise (51,2%), physical effort (36,2%) and luminosity (10,5%). The diseases that had medical diagnosis, 15,0% are musculoskeletal disorders, 14,3% hypertension, 12,7% gastritis and 2,1% diabetes mellitus kind II. The work accident most prevalent is the cut, representing 20,2%, followed by contusion with 16,0%. The data analysis allowed concluding that, although the different positions suffer the action of the working environment, of the remuneration and of the qualification, the present work suggests that these matters were more associated with the auxiliary service general position.

Keywords: Collective Feeding; Working Conditions; Working Environment; Worker.

Introdução

Apesar do crescimento do setor de serviços ser uma realidade mundial e aumentar o número de postos de trabalhos, os pesquisadores têm-se mostrado preocupados com a conexão entre o funcionamento desse mercado de trabalho e a geração de desigualdades. Essa questão parece mais relevante nos segmentos de serviços considerados mais precários do ponto de vista da qualidade dos postos de trabalho, em face da constatação dos baixos salários gerados, na maioria dos segmentos que compõem esse setor. Dentre esses segmentos, encontramos os serviços: comunitários, de reparação, de hospedagem e alimentação, de limpeza e serviços domésticos.^{1,2}

A expansão do segmento de alimentação tem-se beneficiado com o aumento do número de pessoas que se alimentam fora de casa – em um estudo ecológico³ realizado nos Estados Unidos da América, os autores apontaram para uma tendência no aumento do número de refeições realizadas fora de casa.

Os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, realizada em 2002 e 2003 pelo IBGE⁴ revelou mudanças no comportamento das famílias brasileiras em relação ao local de realização das principais refeições, pois, aproximadamente 24% da despesa média mensal familiar com alimentação foram destinados a refeições fora de casa; este percentual na área urbana (26%) é o dobro do que o encontrado na área rural (13%).

O atendimento deste aumento de demanda de refeições deve considerar hábitos alimentares dos consumidores, disponibilidade de fornecedores de alimentos, ambiente de trabalho e mão-de-obra para produzir grandes quantidades de refeições.⁵ A cozinha industrial pode reunir um grande número de trabalhadores

em função do número de refeições servidas, e da diversidade de produtos e serviços oferecidos.

No ano de 2007, a Associação Brasileira das Empresas de Refeições Coletivas (ABERC) estimava um total de 180 mil empregados diretamente em restaurantes industriais, e um fornecimento de 7,5 milhões de refeições/dia, movimentando em torno de 8,5 bilhões de reais no ano.⁶

A absorção de trabalhadores por esse recente mercado de trabalho não encontra entraves na idade (não é comum o estabelecimento de idade mínima ou máxima para contratação de pessoal), sexo, ter concluído o ciclo de educação fundamental, possuir qualificação específica na área ou demonstração de qualquer habilidade estabelecida a priori. É senso comum que esse setor apresenta problemas de gestão de recursos humanos.^{5,7} Geralmente, as dificuldades dos trabalhadores na aprendizagem de rotinas relacionadas à manipulação de alimentos, padronização de higiene e interesse no seu desenvolvimento são atribuídas a baixas ou deficientes escolaridade e certificação de qualificação profissional.

O setor de alimentação coletiva é um setor percebido como “de passagem”, em que os indivíduos ficam pouco tempo; apresenta alta rotatividade, alto absenteísmo e baixa atratividade, causados pelas limitações quanto à motivação e ao reconhecimento profissional.^{5,7} O baixo status profissional dos trabalhadores impulsiona o declínio da remuneração e, nesta mesma direção, os salários pressionam pela diminuição da qualidade da mão-de-obra do setor.

Adicionalmente à insuficiente qualificação dos trabalhadores de cozinha, o processo de trabalho é executado rotineiramente sob condições ambientais de ruído excessivo, temperatura elevada, iluminação precária, ventilação insatisfatória, além de serem utilizados equipamentos quebrados ou em condições arriscadas de

funcionamento, o que pode estar diretamente relacionado tanto à produtividade como à saúde dos trabalhadores.^{8,9,10,11,12}

Associadas às questões ambientais, as atividades de preparo de alimentos, na maioria dos casos, são desenvolvidas, em intenso ritmo e esforço, postura de pé na maior parte do tempo de trabalho e movimentos repetitivos e monótonos. Além disso, exige-se polivalência dos operadores, alocando-os a um número elevado de tarefas diferentes, de acordo com as necessidades do momento e a pressão gerada pelos horários em que as refeições devem ser servidas.^{10, 11,5}

Se pouca atenção tem sido dada ao ambiente das cozinhas e aos procedimentos das tarefas com o intuito de promover o bem estar dos trabalhadores, menos atenção ainda tem sido direcionada aos agravos à saúde decorrentes do processo de trabalho em cozinhas. A situação de saúde dos trabalhadores de cozinhas industriais aponta uma alta frequência de doenças osteomuscular relacionadas ao trabalho (DORT), seguida de dor na coluna, doenças do aparelho digestivo, distúrbios psiquiátricos, doenças reumáticas e alergias.^{10, 13,14}

Atualmente, pequenos grupos de pesquisadores ligados a área de alimentação coletiva vem desenvolvendo estudos^{8, 11, 12} com objetivo de conhecer aspectos desse setor de serviços que tem contribuído de forma expressiva para a geração de postos de trabalho no Brasil, com expansão média anual de 1,5% nos últimos cinco anos.⁶ Nessa mesma linha, o objetivo deste estudo foi descrever uma população de trabalhadores de alimentação coletiva com foco nos perfis sócio-demográfico, laboral e de saúde, visando analisar o potencial da mão-de-obra operacional e contribuir para a busca de soluções para problemas gerenciais.

Método

Trata-se de um estudo seccional realizado nos nove Restaurantes Populares, localizados no Estado do Rio de Janeiro e administrados pelo Governo do Estado, em funcionamento no ano de 2006: três no município do Rio de Janeiro, nos bairros de Bangu, Central do Brasil e Maracanã, e um em cada um dos municípios de: Barra Mansa, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Niterói e Nova Iguaçu.

A pesquisa teve como sujeitos, todos os trabalhadores que faziam parte do processo produtivo de refeições e do quadro profissional das empresas que detinham a concessão para a produção de alimentação nos restaurantes populares; em apenas dois restaurantes, as empresas responsáveis eram as mesmas.

As categorias profissionais, consideradas para o presente estudo, foram: nutricionista, auxiliar administrativo, caixa, estoquista, auxiliar de estoque, chefe de cozinha, cozinheiro, ajudante de cozinha, magarefe, auxiliar de magarefe, copeiro e auxiliar de serviços gerais. Foram excluídos os trabalhadores contratados como orientadores de fila, vigias e seguranças patrimoniais, por não participarem diretamente processo produtivo de refeições e, em conseqüência, não estarem expostos às condições ocupacionais comuns às demais categorias. Além desses, os nutricionistas e administradores que representavam o Estado, e aquele que estavam licenciados por motivos de saúde ou licença maternidade também foram excluídos.

Em dezembro de 2006, os nove restaurantes populares totalizavam 435 trabalhadores, recenseados segundo os critérios acima expostos. Foram realizadas 426 entrevistas, o que representa uma perda de, apenas, 9 trabalhadores (2,0%).

As variáveis utilizadas na descrição do perfil dos trabalhadores de cozinha foram:

- **Sócio-demográficas:** sexo, idade, autoclassificação de cor de pele, anos de escolaridade, renda mensal familiar líquida em salários-mínimos, situação conjugal, situação residencial, filhos, hábito de fumar, uso de bebida alcoólica.
- **Ocupacionais:** cargo atual ocupado, tempo de trabalho em cozinhas, se usufrui de horário de almoço, postura corporal para realização das tarefas, cursos realizados na área de alimentação coletiva, treinamento recebido no local de trabalho para ocupar o cargo, percepção relatada pelo trabalhador sobre os incômodos ambientais (temperatura, ruído, esforço, luminosidade) e relacionados à chefia imediata.
- **Situação de saúde:** estado geral de saúde em comparação a pessoas de sua idade, relato de presença de doenças diagnosticadas por médico (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT e gastrite), acidentes de trabalho ocorridos nos últimos 12 meses (corte, queimadura, choque elétrico, perfuração por objeto e contusão), e a classificação de presença ou ausência de transtornos mentais comuns por meio das respostas à versão abreviada do “*General Health Questionnaire*” (GHQ).

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2006 a março de 2007, no próprio local de trabalho, onde foi disponibilizada uma sala que proporcionava conforto e privacidade ao indivíduo durante a entrevista. A sensibilização dos sujeitos da pesquisa foi realizada através de informativo, distribuído diretamente a eles, e cartazes afixados no setor de trabalho.

Os questionários foram aplicados por entrevistadores previamente treinados, no total de seis, que enfatizavam a importância da participação dos trabalhadores na entrevista, objetivando obter respostas mais próximas possíveis da realidade vivenciada por eles, e atenuar as recusas. Após a leitura, concordância e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, os trabalhadores respondiam o questionário.

Os dados foram digitados em uma planilha (Microsoft ® Excel -2003). As variáveis consideradas neste artigo foram: **idade** – anos completos até 29 anos, de 30 a 44 anos e mais de 45 anos, **cor** – branca, parda e negra, escolaridade – menor ou igual a 4 anos, entre 5 e 8 anos, e maior ou igual a 9 anos, **renda** – até 1 salário mínimo, maior que 1 e menor ou igual a 2 salários mínimos, e maior do que 2 salários mínimos, **situação conjugal** – solteiro, casado e separado/viúvo, **situação residencial** – alugada ou própria, **hábito de fumar** – não fumante, ex-fumante e fumante, **tempo de trabalho em cozinhas**, em meses, **postura corporal** – em pé ou sentado, **estado geral de saúde** – muito bom, bom, regular e ruim, **transtornos mentais comuns** – presença de três ou mais positivities, e as dicotômicas: **uso de bebida alcoólica**, **números de filhos**, **horário de almoço**, **cursos**, **treinamento**, incômodos ambientais (**temperatura**, **ruído**, **esforço**, **luminosidade**), e **chefia**, **hipertensão arterial**, **diabetes mellitus**, **doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT**), **gastrite**, **corte**, **queimadura**, **choque elétrico**, **perfuração por objeto**, e **contusão**.

As categorias ocupacionais foram construídas agrupando-se os cargos e considerando a proximidade das tarefas desenvolvidas no trabalho, resultando em três grupos: **(a)** auxiliares de serviços gerais (ASG), **(b)** copeiros + auxiliares de

cozinha + cozinheiros (COP/COZ) e (c) nutricionistas, caixas, estoquistas e auxiliares administrativos (ADM).

Na análise dos dados foi utilizado o software Stata versão 9.0.¹⁵ Foram realizadas análises univariadas, bivariadas e estratificadas para fins de verificação de associações. Foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson, e alternativamente o teste exato de Fisher para amostras pequenas, para verificar se as associações encontradas apresentavam o nível de significância prefixado em 0,05.

A pesquisa foi submetida, previamente, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS) tendo sido seu registro 15/5006 aprovado na reunião realizada em 22 de novembro de 2006.

Resultados

Os Restaurantes Populares situados em Bangu, Central do Brasil, Duque de Caxias, Maracanã, Niterói e Nova Iguaçu possuíam em média 57 trabalhadores e distribuíam 3000 refeições/dia; os de Barra Mansa, Campos dos Goytacazes e Itaboraí, 33 trabalhadores e 1500 refeições/dia.

As caracterizações sócio-demográfica e laboral da população estão descritas na Tabela I.1.

Os homens representaram 62,7% do total de trabalhadores. A idade média dos funcionários foi de 35,1 anos, (dp=10,3). Quanto à escolaridade, somente 11,3% possuíam escolaridade menor que 4 anos e 42,2% entre 5 a 8 anos de escolaridade. O ensino fundamental foi concluído por 14,3% dos trabalhadores, o ensino médio por 25,1% e os de curso superior referiam-se, na sua maioria, às nutricionistas (dados não apresentados na Tabela). A renda familiar líquida foi de até dois salários

mínimos para 60% dos trabalhadores; apesar disso, a expressiva maioria possuía casa própria, e 67,4% tinham filhos (dados não apresentados na Tabela). Considerando o ex-fumante, 81,2% não relataram uso corrente de tabaco.

A caracterização laboral demonstra que 64,7% dos trabalhadores dos restaurantes encontraram-se concentrados nos cargos de Auxiliar de Serviço Geral e Copeira. Obteve-se para o tempo de trabalho em cozinhas, uma média de 59,8 meses, tendo variado de um mínimo de 2 meses e máximo de 30 anos. Os trabalhadores relataram permanecer na maior parte do tempo de trabalho na postura corporal de pé, (90,4%), e responderam usufruir o horário de almoço (79,0%) (dados não apresentados na Tabela). Somente 11,0% dos trabalhadores realizaram cursos de capacitação em instituições conveniadas com o Comércio e Indústria; quanto ao treinamento realizado pelo trabalhador para ocupar o cargo, 60,5% relataram ter recebido, e destes, 40% apontaram o próprio nutricionista do restaurante como responsável pelo treinamento (dados não apresentados na Tabela). Os incômodos ambientais têm a seguinte ordem decrescente de importância na percepção dos trabalhadores: temperatura (90,1%), ruído (51,2%), esforço físico (36,2%) e luminosidade (10,5%). Somente 12,2% dos entrevistados relataram incômodo pessoal com a chefia (dado não apresentado na Tabela).

Na Tabela I.2, está descrita a avaliação da situação de saúde dos trabalhadores de alimentação coletiva; o estado geral de saúde foi considerado “muito bom” e “bom” em 83,8% do total. A prevalência de doenças que tinham diagnóstico médico foi de 15,0% para Doença Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); 14,3% para Hipertensão Arterial Sistêmica; 12,7% para Gastrite; e, 2,1% para Diabetes Mellitus tipo II. O acidente de trabalho corte foi relatado por 20,2% dos trabalhadores, seguido de contusão com 16,0%. O relato de ausência no

trabalho por motivo de doença, nas duas semanas anteriores a aplicação do questionário, foi de 10,8%.

A Tabela I.3 apresenta a análise estratificada por categorias ocupacionais, e mostra a distribuição dos diferentes estratos ocupacionais, segundo sexo, com uma proporção de homens nitidamente mais alta entre os de cargo de ASG. Na distribuição da idade, os cozinheiros apresentavam uma maior concentração (74,9%) na faixa etária de maior de 30 anos. Maiores escolaridade e renda foram encontradas entre os administrativos. O hábito de fumar foi mais expressivo entre os ASG. As únicas variáveis que não apresentaram diferenças estatisticamente significantes em suas distribuições nos três grupos ocupacionais foram situação residencial e uso de bebida alcoólica.

Na Tabela I.4 observa-se que o tempo de trabalho em cozinhas foi menor entre os ASG. Não usufruir do horário de almoço é uma condição descrita mais pelos administrativos. Realizar cursos na área de alimentação coletiva é uma situação pouco freqüente entre os diferentes grupos ocupacionais, sendo menor nos ASG. O treinamento para realizar as atividades inerentes ao cargo também não é uma prática estabelecida para 50% dos trabalhadores. Aqueles trabalhadores que se encontraram, na maior parte do tempo do trabalho diário, ligados à execução do processo produtivo foram aqueles que mais se queixaram das condições ambientais de trabalho, principalmente no que se referiu ao calor e ao ruído. ASG apresentaram maior queixa da chefia, 18,8%.

Na Tabela I.5, a prevalência do estado geral de saúde referido não apresentou diferenças estatísticas entre os grupos ocupacionais, muito embora, entre os que relataram apresentar doenças diagnosticadas por médicos, o grupo de

cozinheiros é o que expressa a maior proporção. A prevalência de acidentes de trabalho foi mais expressiva entre os ASG.

Discussão

A descrição do perfil dessa população permitiu identificar que os auxiliares de serviços gerais dos restaurantes industriais apresentavam uma diferenciação social, laboral e de saúde, em relação aos grupos de administrativos e cozinheiros.

Nos restaurantes populares, os trabalhadores eram, na sua maioria, do sexo masculino, o que difere da maioria dos estudos. No geral, os estudos realizados no setor de serviços de alimentação concentram-se em ambientes hospitalares. Isosaki (2003) encontrou em dois hospitais uma maior presença de trabalhadores do sexo feminino (n=123) 86 % em um hospital público e (n=162) 67% em um hospital privado.¹³ Casarotto & Mendes (2003) encontraram, no estudo realizado em quatro restaurantes universitários e um hospital pediátrico (n=256), 74% de mulheres.¹⁰ Na área hospitalar, este fato pode ser entendido pela necessidade da distribuição de refeições ocorrerem nas enfermarias e quartos, e, talvez, a presença de mulheres circulando pelas áreas das enfermarias possa diminuir o constrangimento, ou, que servir seja uma tarefa tipicamente feminina. Assim como em restaurantes onde as preparações são servidas em porções e diretamente ao cliente, a presença feminina é mais acentuada, fato este diferente nos restaurantes populares, onde, no balcão de distribuição de alimentos, a presença masculina é facilmente vista. Atualmente, com a adoção da distribuição “*self-service*”, a presença de um maior número de trabalhadores do sexo masculino pode ser constatada nas cozinhas industriais.

A escassez de estudos na literatura sobre os trabalhadores do setor de alimentação coletiva⁸ dificulta a comparação com outros estudos, particularmente em relação à escolaridade, que sempre é apontada como uma dificuldade para estabelecimento da qualidade do setor. Apesar de somente 1/4 dos trabalhadores de cozinha tenha concluído o ensino médio, é importante ampliar a visão geral dos administradores de cozinha para a análise da questão da qualificação, pois quanto maior a escolarização, maiores serão as expectativas dos trabalhadores em relação à sua carreira. Gastos com formação e treinamento potencializam a profissionalização e comprometimento do trabalhador com a empresa.

A habilitação profissional do cozinheiro pode representar um trabalhador que desenvolveu habilidades para o preparo dos alimentos, e significaria uma maior renda, que é um bom indicador de status profissional. Entretanto, constatou-se que somente 50% dos cozinheiros relataram alcançar renda familiar superior a dois salários mínimos, indicando um baixo prestígio social desta profissão.

Com referência ao uso de tabaco, os participantes apresentaram uma prevalência para o hábito de fumar de 23,4% entre os ASG. O uso de bebida alcoólica entre os trabalhadores de cozinha chama a atenção devido à sua alta prevalência nos três grupos. Em média, 50% afirmaram ter bebido, e 48,5% afirmaram ter consumido cerveja ou outro tipo de bebida alcoólica nas duas últimas semanas.

O tempo de trabalho em cozinhas indica que a maior rotatividade encontra-se entre os ASG – 60,4 % deles possuem menos de 24 meses de atividades em cozinhas, contrastando com os cozinheiros e administrativos, em que 70% possuem mais de 25 meses. A suposição de que, para realizar as atividades de higienização ambiental pelos ASG, não se necessita de habilidades pré-definidas ou

conhecimentos técnicos, salienta a pouca atenção que é dada a este grupo funcional, sendo visto como mão-de-obra facilmente disponível no mercado. A rotatividade e o absenteísmo são as maiores queixas do setor e são apresentadas pelos pesquisadores como uma questão gerencial importante; entretanto, estes temas não têm sido alvo de exploração dos estudos ou associado às condições de trabalho e de saúde dos restaurantes industriais para se determinar a sua real extensão. Nos restaurantes populares, as ausências do trabalho nas duas semanas anteriores à pesquisa, por problemas de saúde, foram de 15,5% entre os ASG, 7,8% entre os COP/COZ e 8,7% entre os ADM.

O estudo populacional conduzida por Santana *et al.* (2006), sobre custos previdenciários e dias de trabalho perdidos ocasionados por acidentes de trabalho para o Estado da Bahia no ano de 2000, revelou que as maiores proporções de dias perdidos encontram-se nos ramos comércio/alojamento/alimentação, indústria da transformação e construção/eletricidade/gás. Os ramos com maior impacto na produtividade por acidentes de trabalho foram também os de comércio/alojamento/alimentação.¹⁶

No estudo de Isosaki (2003) sobre absenteísmo entre trabalhadores de cozinha referido anteriormente, 61,0%, dos registros nos Serviços de Medicina do Trabalho foram relacionados a “doença própria” seguidos por 25% que foram por “motivos voluntários”, e 14% distribuídos entre acidente de trabalho, doença na família, legal e compulsório.¹³ Quando pedido sugestões para diminuição das faltas aos trabalhadores, tanto os absenteístas quanto os não absenteístas, sugeriram “melhorar as condições de trabalho”.

Os estudos realizados por Casarotto & Mendes (2003), e Matos & Proença (2003) apontaram para a falta de planejamento nos projetos de cozinhas, a

manutenção deficiente dos equipamentos e a organização do trabalho como fatores preponderantes para os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.¹⁰ Área física inadequada, com cruzamentos de fluxos e espaços reduzidos em relação ao número de refeições produzidas; pisos escorregadios; exposição a altas temperaturas e ruído; manuseio de equipamentos elétricos, a vapor e a gás e de utensílios cortantes sem manutenção preventiva; ritmos intensos de trabalho e alta produtividade em tempo limitado, carregamento de pesos, em condições muitas vezes inadequadas de transporte e empilhamento são as situações recorrentes dos restaurantes industriais. Dentre os incômodos ambientais com o trabalho em cozinhas, o calor foi relatado principalmente pelos COP/COZ e ASG. A luminosidade deficiente incomodava mais aos administrativos e o ruído afeta indistintamente todos os setores da cozinha, sendo mais percebido pelos ADM.^{10,11}

Normas técnicas de edificações e ergonomia são pouco consideradas, e pouco desenvolvidas na construção destas áreas de trabalho, ocasionando todos esses desconfortos. Por vezes, pela exigência do uso de equipamentos à base de calor ou frio, a utilização abundante de água para o preparo dos alimentos, e higiene da área física o ambiente de cozinha pode nos levar erroneamente a considerar excesso de ruído, calor e chão molhado como características inerentes ao ambiente de trabalho.

Incômodo com a chefia apresentou uma maior prevalência entre os ASG, ($p=0,05$). A dificuldade no relacionamento com as chefias apontadas nesse estudo parece ser pela maior dificuldade em estabelecer, com os ASG, uma postura mais justa e imparcial. Como sugeriram aqueles que faltaram ao trabalho, estudo de Isosaki (2003), “os absenteístas deveriam ser ouvidos pelas chefias” (expressão dos participantes).¹³

Nos estudos de acidentes de trabalho Isosaki (2003) encontrou uma proporção de 54% e 63% de acidentes ocorridos no próprio trabalho e nas primeiras horas de trabalho, no hospital público e privado, respectivamente.¹³ Os acidentes foram atribuídos às instalações no hospital público, provocando 58% das contusões, e aos equipamentos no hospital privado, provocando ferimentos com corte em 54% dos trabalhadores. Casarotto & Mendes (2003) encontraram, em seu estudo realizado em quatro restaurantes universitários e no serviço de nutrição de um hospital, uma proporção de 18,1% de acidentes com cortes, 7,5% de traumas, e quatro amputações de dedos relacionados à falta de utilização do êmbolo para empurrar a carne.¹⁰ Os acidentes de trabalho ocorridos nas cozinhas são, na maioria das vezes, atribuídos à natureza do trabalho, nos relatos de corte, contusão e queimaduras, pois estes somente teriam relevância se houvesse busca de assistência médica e afastamento do trabalho devido ao mesmo.

Após um crescente aumento dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, as lesões osteomusculares são os mais freqüentes em todos os países, independente do seu patamar de industrialização¹⁷. No estudo de Casarotto & Mendes (2003), 14,6% dos trabalhadores de cozinhas apresentavam DORT.¹⁰ As atividades realizadas pela maioria dos trabalhadores são de pé, realizando movimentos contínuos e repetitivos, o que propicia que mantenham postura inadequada, principalmente se associada ao uso inadequado de equipamentos. O tempo de pausa durante a jornada de trabalho se restringe ao período do almoço; pausas curtas ou pausas preventivas, baseadas em estudos ergonômicos, não fazem parte da rotina desses trabalhadores. Nos restaurantes populares, a prevalência de DORT, com relato de diagnóstico médico, foi de 15%. Intervenções

ergonômicas e pausas nos ciclos de atividades não são medidas adotadas no ambiente laboral das cozinhas.

Considerando que estas medidas possam estar sendo subestimadas pelo efeito do trabalhador saudável, pode-se afirmar que os distúrbios osteomusculares crescem entre a população de trabalhadores. O efeito do trabalhador saudável é um tipo de viés de seleção, que pode subestimar a ocorrência dos problemas de saúde, pois os trabalhadores em atividade seriam mais saudáveis e aptos para o trabalho, comparados aos que estão fora do mercado de trabalho, justamente devido a problema de saúde.

Nos inquéritos epidemiológicos, seccionais, exposição e doença são avaliadas simultaneamente entre indivíduos o que implica em limitações do estudo; geralmente, não é possível determinar se o fator em estudo (exposição) precedeu ou resultou da doença, podendo haver causalidade reversa, por exemplo. Esse tipo de estudo descritivo, que configura o perfil populacional, de um grupo específico de trabalhadores de restaurantes populares do Rio de Janeiro, limita a extensão dos resultados encontrados para a população geral.

Em resumo, o presente trabalho sugere que os grupos ocupacionais são diferenciados, mesmo expostos às mesmas condições de trabalho, e que, entre esses grupos, os Auxiliares de Serviços Gerais apresentam as situações mais desfavoráveis. Estudos avaliando fatores explicativos das diferenças entre os cargos permitirão analisar melhor essas diferenças.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos trabalhadores participantes, a Subsecretária e o Superintendente da Secretaria de Estado da Família e da Assistência Social do Rio de Janeiro, responsáveis pela gestão dos restaurantes populares no ano de 2006, que autorizaram a realização deste trabalho.

Tabela I.1: Características Sócio-Demográficas e Laborais dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro 2006/2007.

Variáveis Sócio-Demográficas	N (426)	%	Variáveis Laborais	N (426)	%
Sexo			Cargo Ocupado		
Masculino	267	62,7	ASG*	154	36,1
Feminino	159	37,3	Copeira(o)	122	28,6
Faixa Etária			Aux. Coz	39	9,1
Até 29 anos	164	38,5	Cozinheiro/Magarefe	36	8,5
30 a 44 anos	180	42,3	Estoquista	17	4,0
45 anos e mais	82	19,2	Chefe de Coz	6	1,4
Cor			Caixa	21	5,0
Negra	110	25,8	Aux. Adm.	10	2,3
Parda	221	51,9	Nutricionista	21	5,0
Branca	95	22,3	Tempo de Cozinha		
Escolaridade			Até 6 meses	48	11,3
Menor que 4 anos	48	11,3	7 a 12 meses	41	9,6
5 a 8 anos	180	42,2	13 a 24 meses	79	18,5
9 a 11 anos	167	39,2	25 meses e mais	258	60,6
12 anos e mais	31	7,3	Curso de capacitação		
Renda Familiar (R)			Sim	47	11,1
R ≤ 1 Salário Mínimo	77	18,1	Não	379	88,9
1 Sal. Mín. < R ≤ 2 Sal. Mín.	178	41,8	Incômodos Ambientais		
R > 2 Salários Mínimos	171	40,1	Calor		
Situação Conjugal			Sim	384	90,1
Solteiro	136	32,4	Não	42	9,9
Casado	237	56,4	Ruído		
Separado/viúvo	53	11,2	Sim	218	51,2
Hábito de Fumar			Não	208	48,8
Nunca fumou	268	62,9	Esforço Físico		
Fuma atualmente	80	18,8	Sim	154	36,2
Ex-fumante	78	18,3	Não	272	63,8
Uso de Bebida Alcoólica			Luminosidade		
Sim	225	52,8	Sim	45	10,5
Não	201	47,2	Não	381	89,5

*ASG= Auxiliar de Serviços Gerais

Tabela I.2: Ausências por Problemas de Saúde, Estado Geral de Saúde, Relato de Doenças, e Acidentes de Trabalho dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro 2006/2007.

Variáveis de Situação de Saúde	N (426)	%
Ausências por Problemas de Saúde		
Sim	46	10,8
Estado Geral de Saúde		
Muito Bom	155	36,4
Bom	202	47,4
Regular e Ruim	69	16,2
Acidentes de Trabalho		
Corte		
Sim	86	20,2
Contusão		
Sim	68	16,0
Queimadura		
Sim	42	9,9
Choque Elétrico		
Sim	30	7,0
Perfuração com Objeto		
Sim	18	4,2
Relato de Doenças		
DORT	64	15,0
Hipertensão Arterial	61	14,3
Gastrite	54	12,7
Diabetes Mellitus tipo II	9	2,1

Tabela I.3: Distribuição Sócio-Demográfica dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro segundo classificação dos cargos 2006/2007.

Variáveis Sócio-Demográficas	N	ADM	COP / COZ	ASG	TOTAL
		69	203	154	426
		P(%)	P(%)	P(%)	P valor
Sexo					
Masculino	267	46,4	48,7	88,3	0,00
Feminino	159	53,6	51,2	11,7	
Idade					
Até 29 anos	164	44,9	25,1	53,2	0,00*
30 a 44 anos	180	46,4	47,3	33,7	
45 anos e mais	82	8,7	27,6	13,0	
Cor					
Branca	95	42,0	18,7	18,2	0,00*
Negra	110	20,3	26,1	27,9	
Parda	221	37,6	55,1	54,0	
Escolaridade					
≤ 4 anos	48	1,4	12,8	13,6	0,00
5 a 8 anos	180	15,9	45,8	49,3	
9 anos e mais	198	82,6	41,3	37,0	
Renda Familiar (R)					
R ≤ 1 Salário Mínimo	77	4,3	17,2	25,3	0,00*
1 Sal. Mín. < R ≤ 2 Sal. Mín.	178	23,2	44,8	46,1	
R > 2 Salários Mínimos	171	72,4	37,9	28,6	
Situação Residencial					
Própria	331	81,1	11,8	75,9	0,69
Alugada/outro	95	18,8	22,2	24,0	
Situação Conjugal					
Solteiro	136	36,2	27,1	36,3	0,00*
Casado	237	56,5	53,7	57,8	
Separado/Viúvo	53	7,2	19,2	5,8	
Ter filhos					
Sim	287	60,9	75,8	59,1	0,00
Não	139	39,1	24,1	40,9	
Hábito de Fumar					
Nunca fumou	268	78,2	61,6	57,8	0,02*
Fuma atualmente	80	13,0	17,2	23,4	
Ex - fumante	78	8,7	21,2	18,8	
Uso de Bebida Alcoólica					
Sim	225	52,1	53,7	51,9	0,94
Não	201	47,8	46,3	48,0	

P= 0.05*Teste de Fischer

Tabela I.4: Distribuição Laboral dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro segundo a classificação dos cargos 2006/2007.

Variáveis Laborais	ADM	COP / COZ	ASG	TOTAL	P valor
	N	69	203	154	
	P(%)	P(%)	P(%)		
Tempo de Trabalho em Cozinhas					
até 24 meses	168	24,6	28,5	60,4	0,00
25 meses e mais	258	75,3	71,4	39,6	
Usufruir do Horário de Almoço					
Sim	336	47,8	81,7	88,9	0,00
Não	90	52,2	18,2	11,0	
Postura Corporal no Desenvolvimento da Tarefa					
Em pé	385	56,5	96,0	98,0	0,00
Sentado	41	43,5	3,9	1,9	
Realizou Cursos					
Sim	47	18,8	11,3	7,1	0.03
Não	379	81,1	88,6	92,8	
Realizou Treinamento para Ocupar o Cargo					
Sim	258	53,6	66,5	55,8	0,05
Não	168	46,4	33,5	44,1	
Percepção Sobre Incômodos Ambientais (somente calor)					
Sim	384	84,0	91,6	90,9	0,17
Não	42	15,9	8,3	9,1	
Percepção sobre Incômodos Ambientais (s/calor)¹					
Sim	126	73,9	70,4	68,8	0,74
Não	300	26,1	29,5	31,2	
Percepção sobre Incômodos com a Chefia					
Sim	52	10,1	7,8	18,8	0,006*
Não	374	89,8	92,1	81,2	

P= 0.05*Teste de Fischer

1- ruído, esforço,

Tabela I.5: Distribuição das Ausências por Problemas de Saúde, Estado de Saúde e Acidentes de Trabalho dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro segundo a classificação dos cargos 2006/2007.

VARIÁVEIS	ADM	COP / COZ	ASG	TOTAL	P valor
	N	P(%)	P(%)	P(%)	
Ausências por Problemas de saúde					
Sim	46	8,7	7,8	15,5	0,05
Não	380	91,3	92,1	84,4	
Estado geral de saúde					
Muito bom	155	36,2	37,4	35,0	0,98
Bom	202	46,3	46,8	48,7	
Regular e ruim	69	17,4	15,7	16,2	
Acidente de Trabalho					
Sim	172	28,9	39,9	46,1	0,05
Não	254	71,0	60,1	53,9	
Relato de Doença					
Presente	149	37,6	43,3	22,7	0,00
Ausente	277	62,3	56,6	77,3	

P= 0.05

BIBLIOGRAFIA:

1. Barros, RP, Mendonça, R. A absorção de mão-de-obra no setor de serviços. Dados. 1997; 40 (1)

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arteex&pid=S0011_52581997000100002&nn=isso> Acesso em janeiro 2008

2. Ginzberg, E & Vojta, G J. Service sector of the US economy. Sci Am. 1981; 244(3): 48-55.

3. Harnack, LJ, Jeffery, RW, Boutell, KW. Temporal trends in energy intakes in the United States: an ecologic perspective. Am J Clin Nutr. 2000; 71: 1478-84.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Pesquisa do Ibge revela que o brasileiro mudou o seu padrão alimentar. Departamento de Atenção Básica. Coordenação da Política de Alimentação e Nutrição. Disponível em: <https://dtr2004.saude.gov/nutricao/documentos/pesquisa_ibge.pdf> Acesso em 13/06/2007

5. Proença RPC. Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva. Santa Catarina: Ed. Insular, 1997

6. ABERC - Associação Brasileira das Empresas de Refeições Coletivas. Mercado Real de Refeições. Disponível em <http://www.aberc.com.br/base.asp?id=3> Acesso em 21/10/2008.

7. Teixeira, SMFG, Oliveira, ZMC, Rego, JC, Biscontini, TMB. Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990.

8. Collares LGT, Freitas, CM. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: entre a prescrição e o real do trabalho. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(12): 3011-3020.

9. Noveletto, D, Proença, RPC. O planejamento do cardápio pode interferir nas condições de trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição. Revista Nutrição em Pauta. 2004; (65)36-40.

10. Casarotto, RA, Mendes, LF. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2003; 28(107/108):119-126.

11. Matos CH, Proença RPC. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. Rev. Nutr. 2003; 16 (4):493-502.

12. Abreu, ES, Spinelli, MGN, Araújo, RMV. Fatores de Risco Ambiental para trabalhadores de unidades de alimentação e nutrição. *Revista Nutrição em Pauta*. 2002; 57:46-9.
13. Isosaki, M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviço de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2003; 28 (107/108): 107-118.
14. Assunção, AA. De La déficience a La gestion collective Du travail: lês troubles músculo-squelettiques dansia restauration collective. (Doctor Ergonomy) École Pratique dès hautes études, EPHE. França, 1998.
15. STATA. Statistical software release 9.0. Statistics / Data Analysis, Special Edition, 2005.
16. Santana, VS, Araújo-Filho, JB, Albuquerque-Oliveira, PR, Barbosa-Branco, A. Acidentes de Trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (6): 1004-12.
17. Wünsch Filho, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Rev Bras Med Trab*. 2004; 2 (2): 103-117.

4.3 Segundo Artigo:

Título: Fatores Associados ao Impedimento Laboral por Motivos de Saúde em Trabalhadores de Cozinha do Estado do Rio de Janeiro.

Autores:

Odaleia Barbosa de Aguiar

Doutoranda em Saúde Coletiva

Joaquim Gonçalves Valente

Doutor em Epidemiologia

Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Doutora em Saúde Coletiva

Resumo

Objetivo: Descrever as prevalências de impedimento laboral por motivos de saúde (ausências ao trabalho) auto-referido e fatores associados, em trabalhadores dos restaurantes populares do Estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo seccional realizado nos nove Restaurantes Populares, em funcionamento no ano de 2006, totalizava 435 trabalhadores recenseados, com 426 entrevistas realizadas. Para estimar a magnitude da associação entre o impedimento das atividades laborais e as variáveis, foram calculadas as razões de prevalência (RP) com intervalos de confiança de 95%. Através de modelos lineares generalizados assumindo uma distribuição de Poisson com variância robusta, e função de ligação logarítmica, utilizando um referencial teórico hierarquizado. **Resultados:** A prevalência de impedimento para realizar alguma tarefa de trabalho por problema de saúde foi de 10,8%. Nos aspectos psicossociais do trabalho a análise multivariada de impedimento das atividades laborais apresentou razão de prevalência de 1,70 (IC: 0,98-3,00) para baixo controle do trabalho comparado aos de controle intermediário ou alto. Referências a incômodos ambientais (RP=9,51; IC: 1,74-51,8), localização da unidade de trabalho (RP=2,37; IC: 1,21-4,63), e estado geral de saúde (RP=3,59; IC: 1,51-8,52), estiveram fortemente associadas ao impedimento. **Conclusão:** As condições ambientais de trabalho e aspectos psicossociais do trabalho podem ser um importante preditor do impedimento ao trabalho por problemas de saúde.

Palavras-chave: Saúde Ocupacional; Estresse; Absenteísmo; Condições de Trabalho; Alimentação Coletiva.

Abstract

Objective: To describe the prevalence of self-referred impediment and associated factors among workers of the Rio de Janeiro State Popular Restaurants.

Methods: Cross-Sectional study accomplished in the nine Popular Restaurants operating in year of 2006, totalling 435 workers, with 426 interviews accomplished. To estimate the magnitude between association of work activities impediment and the variables, prevalence ratios (RP) with 95% confidence intervals were calculated by means of generalized lineal models assuming a Poisson's distribution with robust variance, and logarithmic link-functions, using a hierarchical approach.

Results: The prevalence of impediment to accomplish work tasks for some health problem (10,8%). The psychosocial aspects to work multivariate analysis in the occurrence of absence from health reasons the prevalence ratio was 1,70 (IC: 0,98-3,00) regarding work control among those ranked as low control as compared to those ranked as intermediate and high control, respectively. References to environmental annoyances (RP=9,51; 95% CI: 1,74-51,8), localization of work unit (RP=2,37; 95% CI: 1,21-4,63), and general health state (RP=3,59; 95% CI: 1,51-8,52), were strongly associated with absences.

Conclusion: The environmental annoyances and psychosocial aspects to work can be an important predictor of the absences for health problems.

Keywords: Occupational Health; Stress, Psychosocial; Absenteeism; Working Conditions; Collective Feeding.

Introdução

O afastamento do trabalho por licença-saúde tem sido apontado como o maior problema econômico e de saúde para os países que instituem políticas de bem-estar social para os trabalhadores.^{2,7,14,15,19}

Em seu estudo, Sundquist (2007) afirma que o aumento do custo de políticas públicas para afastamento do trabalho tem ameaçado as políticas de bem-estar social na Suíça. O total despendido para segurança social aumentou de 17,2 bilhões de Euros, em 1985, para 45,3 bilhões de Euros, em 2003.¹⁹ Andrea (2003)² alertou sobre os perigos do aumento dos custos por afastamento na Holanda, assim como McKeown (1989)¹⁵ os apontou para a Inglaterra.

O afastamento por longos períodos do ambiente de trabalho gera prejuízos para as empresas e as instituições beneficiárias governamentais. Entre eles, comprometimento da capacidade produtiva, necessidade de retreinamento, aumento dos custos, altos valores despendidos no tratamento médico, e desequilíbrio entre receita e despesa do sistema previdenciário são os mais evidentes.^{2,19}

No Brasil, com a Constituição de 1988, conceberam-se as ações da Seguridade Social, que visavam assegurar direitos relativos à saúde, previdência e assistência social.¹⁸ No ano de 2005, o Ministério da Previdência Social, através do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) distribuiu benefícios previdenciários a quase 21 milhões de segurados aposentados e pensionistas, e 33 milhões para segurados em atividade, mas que se encontravam afastados das suas atividades no trabalho por motivo de doença, acidente de trabalho, desemprego involuntário, maternidade ou reclusão.^{3,16}

O fenômeno de licença-saúde é complexo, incluindo questões econômicas, físicas e psicossociais.¹⁹ As questões econômicas que envolvem o afastamento do trabalho estão vinculadas à formulação das políticas de seguridade social, à reestruturação produtiva do país, e ao nível de desemprego. Quanto aos aspectos físicos, as condições ambientais do trabalho originam os principais motivos para o afastamento, incluindo-se a carga física do trabalho, as características ergonômicas do posto de trabalho, a repetitividade e monotonia das atividades desenvolvidas, posições desconfortáveis, e as doenças ocupacionais. Enfim, as questões psicossociais comumente apontadas como responsáveis pelo afastamento são: demanda psicológica do trabalho, controle do trabalho, estresse no trabalho, insatisfação profissional, apoio social no ambiente de trabalho.^{10,12,19}

Na literatura sobre o afastamento por problemas de saúde como desfecho, não se fez uma distinção muito precisa entre o afastamento por pequenos períodos e aqueles com longos períodos.¹² De uma maneira geral, quanto mais longa a ausência ao trabalho, maior a força de associação do afastamento com problemas de saúde. Ausências curtas não excluem a possibilidade desta relação, mas, nesses casos, as associações tendem a ser menos intensas. Marmot et al (1995) sugerem que o afastamento seja estudado, como uma medida integrada do funcionamento físico, psicológico e social. O conhecimento de seus preditores propiciaria estratégias de prevenção que poderão ter impacto econômico.¹⁴

Em estudos que buscam avaliar impedimento para realizar tarefas como desfecho, a medida do “número de dias de atividade restrita” no período de um ano tem sido considerada uma importante medida de saúde física, da sensação de bem estar e do estado funcional físico e social utilizada pelo National Health Interview Survey por muitos anos.¹¹

No Estudo Whitehall II, Kivimäki e colaboradores (2003) concluíram que ausências do trabalho devido a problemas de saúde foi uma condição que prediz a mortalidade tão bem, ou melhor, do que indicadores já estabelecidos, como saúde auto-referida, morbidade psiquiátrica menor e presença de doenças crônicas ou de incapacidades.¹⁰

No estudo do Pró-Saúde, Macedo e colaboradores (2007) investigaram estresse no trabalho e impedimentos à realização de atividades habituais devido a problemas de saúde, e encontraram nos trabalhadores que apresentavam estresse no trabalho uma razão de prevalência de 1,5 a 2 vezes de maior interrupção das atividades habituais.¹³

Este trabalho pretende descrever as prevalências de impedimento auto-referido na população de trabalhadores de alimentação coletiva, segundo as variáveis socioeconômicas/demográficas, estilo de vida, situação de vida, psicossociais e ocupacionais, e detectar e hierarquizar fatores associados.

Métodos

População

Estudo seccional realizado nos nove Restaurantes Populares, localizados no Estado do Rio de Janeiro, em funcionamento no ano de 2006; três no município do Rio de Janeiro, nos bairros de Bangu, Central do Brasil e Maracanã, e, um em cada um dos municípios de: Barra Mansa, Campos dos Goycatazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Niterói e Nova Iguaçu.

A população estudada continha todos os trabalhadores que faziam parte do quadro de funcionários das empresas que detinham a concessão para a produção

de refeições nos restaurantes populares, exceto, os trabalhadores contratados como orientadores de fila, vigias e seguranças patrimoniais, assim como os funcionários que estavam licenciados por motivos de saúde ou licença maternidade, por não participarem diretamente do processo produtivo de refeições e, em consequência, não estarem expostos às condições ocupacionais comuns às demais categorias.

Em dezembro de 2006, os nove restaurantes populares totalizavam 435 trabalhadores recenseados segundo os critérios acima expostos. Foram realizadas 426 entrevistas, o que representa uma perda de 2,0%.

Avaliações

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2006 a março de 2007, nos locais de trabalho, por seis entrevistadores previamente treinados, na medida do possível, era cedida uma sala que proporcionava privacidade ao indivíduo durante a entrevista.

Os trabalhadores responderam ao questionário que continha quatro blocos (qualificação profissional, atividade de trabalho no dia-a-dia, saúde e dados pessoais).

O desfecho foi avaliado através da pergunta: “Nas últimas duas semanas, você ficou impedido (a) de realizar alguma de suas atividades de trabalho por algum problema de saúde que você teve ou tem?” Que poderia ser respondida afirmativa ou negativamente. No caso afirmativo, perguntou-se a respeito da ausência no trabalho ou troca de posto de trabalho, busca de algum tipo de assistência médica visando tratamento, e também sobre a duração (número de dias) do afastamento.

Um marco teórico de impedimento das atividades laborais relatado pelo trabalhador foi estruturado considerando as variáveis socioeconômicas / demográficas, o estilo de vida, a situação de vida, a situação ocupacional e os fatores psicossociais do trabalho, discriminando-as em blocos hierarquizados. A partir do marco teórico, optou-se pela introdução dos blocos no modelo considerado, desde o mais distal até aquele que estabelece uma relação mais proximal com o impedimento (Figura II.1). Neste trabalho, seguindo a linha da hierarquização dos blocos, optou-se primeiro pela introdução do bloco econômico / demográfico, o qual influencia a posição que o indivíduo ocupa na cadeia produtiva e as relações de trabalho. O estilo de vida está associado aos blocos anteriores e foram considerados intermediários neste processo, pois ele interfere sobre aspectos psicossociais. Os fatores psicossociais do trabalho e a situação ocupacional foram considerados o mais proximal para o impedimento das atividades laborais.

Para o gerenciamento das variáveis incluídas no modelo hierárquico utilizou-se:

- Socioeconômicas / demográficas: **sexo**, **faixa etária** (até 29 anos, 30 anos e mais), **cor** (branca, parda ou negra), **situação conjugal** (solteiro, casado ou separado/viúvo), **tempo de trabalho em restaurantes** (até 24 meses, 25 meses e mais).
- Estilo de Vida: **tabagismo** (nunca fumou, ex-fumante ou fuma atualmente), **consumo alcoólico** (dicotômica sobre uso de bebida).
- Situação de vida: **estado Geral de Saúde** (comparado a pessoas de sua idade – muito bom, bom, regular ou ruim) e os **eventos de vida produtores de estresse** (EVPE), nos últimos doze meses, foram utilizados: ter sido

internado em hospital, ter sido assaltado ou roubado, ter sofrido alguma agressão física, ter sido ferido por arma de fogo ou arma branca, presenciar alguém ser ferido com arma de fogo ou arma branca, ter sofrido alguma decepção amorosa, e morte de parente próximo (avós, pais, filhos ou tias).

Escolaridade em anos (menor ou igual a 4 anos, entre 5 e 8 anos, e igual ou maior do que 9 anos de escolaridade), **tempo de deslocamento casa/trabalho** (até 30 minutos, de 31 a 60 minutos ou mais de 61 minutos), **ter filhos** (sim ou não).

- Psicossociais relacionados ao trabalho: **demanda psicológica** - somatório dos escores (5 a 20 pontos) atribuídos a cinco perguntas; com ponto de corte em tercís; **controle do trabalho** – somatório dos escores (6 a 24 pontos) atribuídos a seis perguntas, com ponto de corte em tercís; **apoio social no trabalho** – somatório dos escores (6 a 24 pontos) atribuídos a 6 perguntas, com ponto de corte em tercís; **estresse no trabalho** – quadrantes propostos por Karasek e Theorell (1990)⁹, definidos segundo a combinação entre exposição a diferentes níveis de demanda e controle, entretanto optou-se por estabelecer o grupo de alta exigência versus a agregação de baixa exigência, trabalho passivo e trabalho ativo. Para a dicotomização da variável demanda psicológica estabeleceu-se como ponto de corte em alta demanda, procedendo-se o agrupamento das categorias restantes (intermediária e baixa demanda). Da mesma forma, para controle do trabalho, constituíram-se dois grupos: baixo controle e alto controle (intermediário e alto controle).

- Ocupacionais: **cargos agrupados por atividades afins** (1.administrativos – nutricionista, auxiliar administrativo e estoquista –; 2. auxiliar de serviços gerais; e, 3.cozinheiros, magarefe e copeira), **se usufrui o horário de**

almoço (dicotômica), **postura ocupada na maior parte do tempo de trabalho** (em pé ou sentado), **percepção de incômodos das condições ambientais** (variável dicotômica sobre temperatura, ruído, iluminação e espaço físico) e **unidade de trabalho agregadas** (Área1. Barra Mansa, Campos, Itaboraí, Caxias e Nova Iguaçu e Área 2. Bangu, Central, Maracanã, Niterói), **renda mensal familiar total** em salários mínimos (SM) (até 1 SM, maior que 1 e menor ou igual a 2 SM e maior que 2 SM).

Os questionários foram revisados manualmente. O banco de dados foi criado em uma planilha do Software Microsoft® Excel – 2003 e, conferidos por uma segunda pessoa.

Análise de dados

Na análise dos dados obtidos, foi utilizada o Software StataSE versão 9.0. Foram realizadas análises bivariadas, através de testes qui-quadrado de Pearson, testes do qui-quadrado para tendência linear, e testes exatos de Fisher, entre as variáveis independentes e o impedimento, como variável-resposta, para verificar se as associações encontradas apresentavam significância estatística ($p \leq 0,05$). Como medida de associação, utilizou-se, a razão de prevalência (RP) e seus intervalos de confiança (IC) de 95%, ($p \leq 0,05$).

Foram realizadas análises estratificadas de variáveis selecionadas que pudessem estar associadas. Essa decisão baseou-se no modelo teórico-conceitual, na revisão de literatura, na opinião dos autores, ou em p-valores entre 0,05 e 0,20 na análise bivariada dos dados. A fase de análise estratificada permitiu conhecer e reconhecer associações e interações que foram consideradas importantes para a fase de análise multivariada dos dados.

As análises multivariadas foram realizadas através dos modelos lineares generalizados, assumindo-se uma distribuição de Poisson, com variância robusta e função de ligação logarítmica.

Foram testados termos de interação de interesse dentro dos blocos e entre os blocos, para verificar as situações em que dois ou mais fatores modificassem o efeito, mutuamente, quando não se obteve significância estatística, nem modificação na precisão das estimativas intervalares, os termos de interação foram desconsiderados, e mantiveram-se aqueles termos que influenciavam, de alguma forma, os resultados.

A permanência das variáveis em cada modelo foi baseada na importância da explicação para o impedimento das atividades laborais, em cada bloco de resultados, e obedecendo ao modelo teórico para entrada hierárquica das variáveis. Passaram a compor o modelo final aquelas que apresentassem significância estatística ou alterassem a precisão das estatísticas das variáveis que permanecessem no modelo. Apesar de algumas variáveis apresentarem ausência de significância estatística elas foram mantidas devida a critérios epidemiológicos ou por ter sido julgada como importante pelos autores do presente estudo.

A pesquisa foi submetida, previamente, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS) tendo sido seu registro 15/5006 aprovado na reunião realizada em 22 de novembro de 2006.

Resultados

A prevalência de impedimento para realizar alguma de suas tarefas de trabalho por algum problema de saúde foi de 10,8%. Dos 42, 39 referiram ter se

ausentado do trabalho e três compareceram ao trabalho, entretanto trocaram de atividade.

A maioria dos trabalhadores era do sexo masculino (62,7%), concentrando-se a idade na faixa etária de 30 a 44 anos (42,3%) e com idade média de 35,1 anos ($dp=10,3$). A cor mais auto-referida foi a parda, 51,9%. O tempo de trabalho em restaurantes maior de 25 meses foi de 60,6%. Do total dos trabalhadores, 52,8% referiu o uso de bebida alcoólica nas duas últimas semanas anteriores ao estudo.

A maioria dos trabalhadores encontrava-se ligado à atividades de produção de alimentos - cozinheiro/copeira (47,6%), e higienização do ambiente - ASG (36,2%). Entre os trabalhadores, 45,5% referiram ter sofrido eventos de vida produtores de estresse. Perda de parentes (avós, pais, filhos ou tios) foi o evento de vida mais relatado, 31,2%, seguido de “sofrer decepção amorosa”, ser assaltado ou roubado, presenciar alguém ser ferido e sofrer agressão física dentre aqueles produtores de estresse (dados não apresentados na tabela). A descrição desta população pode ser observada na Tabela II.1.

Na Tabela II.2, apresentam-se as prevalências de impedimento ao trabalho por problemas de saúde segundo as variáveis socioeconômico-demográficas e características psicossociais do trabalho.

A variação da prevalência estatística com o sexo para impedimento na realização do trabalho por algum problema de saúde ficou muito próxima da significância estatística, não podendo ser desconsiderada. Quanto à idade, houve uma diferença estatisticamente significativa para as prevalências de impedimento ($p=0,05$), tendo-se observado 15,9% em menores de 29 anos e 7,8% para 30 anos e mais.

A prevalência de impedimento entre aqueles que declararam tempo de deslocamento casa/trabalho superior a 61 minutos foi estatisticamente diferente ($p=0,05$) da prevalência daqueles que declararam tempo inferior a 30 minutos, destacando-se o efeito dose resposta entre os tempos de deslocamento e a proximidade com a significância estatística para os que relataram tempo entre 31 e 60 minutos.

Ainda na Tabela II.2, observa-se que a prevalência do impedimento para auto-avaliação do estado de saúde negativa (regular e ruim) foi duas vezes maior do que aqueles que se declararam a sua auto-avaliação muito bom/bom ($p=0,05$).

Em relação ao controle do trabalho, a prevalência do impedimento foi estatisticamente maior entre os classificados como baixo controle comparado aos de alto, respectivamente, 15,4%, 10,4% e 7,6% ($p=0,05$), entretanto os de intermediário controle não apresentaram estatisticamente significante. Quanto à demanda psicológica e apoio social no trabalho, não variavam de maneira importante entre os grupos.

A prevalência de impedimento entre aqueles que mencionaram alto incômodo ambiental (44,4%) foi estatisticamente mais elevada do que daqueles que não mencionaram qualquer incômodo ou mencionaram pouco incômodo (4,7% e 10,6%) ($p=0,05$). Os trabalhadores das unidades de trabalho localizadas em Bangu, Central do Brasil, Maracanã e Niterói apresentaram impedimento três vezes maior em relação aos localizados nas unidades de Barra Mansa, Campos, Itaboraí, Duque de Caxias e Nova Iguaçu ($p=0,05$).

Nas Tabelas II.3A e II.3B, apresentam-se os modelos resultantes das análises multivariadas de associação entre impedimentos das atividades laborais

e as variáveis que permaneceram no modelo final após o ajustes das variáveis socioeconômicas/demográficas, estilo de vida, situação de vida, psicossociais e situação ocupacional. Nestas Tabelas, observa-se que aqueles que referiram estado geral de saúde regular e ruim tiveram uma razão de prevalência de três para impedimento das atividades laborais comparados aos de muito bom e bom estado geral de saúde (RP: 3,59; IC: 1,44-8,97). O tempo de deslocamento maior de 60 minutos apresentou RP: 2,63; IC: 1,25-5,75 comparados aos que relataram tempo de deslocamento até 30 minutos. Os trabalhadores que exerciam suas atividades nos restaurante localizados na área 2 (Bangu, Central do Brasil, Maracanã e Niterói) apresentaram RP:2,38; IC:1,15-4,91) para ausências no trabalho quando comparados aos da área 1 (Barra Mansa, Campos, Itaboraí, Duque de Caxias e Nova Iguaçu). Ainda nas Tabelas II.3A e II.3B, observam-se que os trabalhadores com baixo controle do trabalho comparados ao de alto controle mostraram RP: 1,70; IC:0,98-3,00 para impedimento das atividades laborais. Sete termos de interação, observados na análise estratificada dos dados, não poderiam ser mantidos nos modelos multivariados, sem violar os critérios descritos em métodos, e foram, conseqüentemente, eliminados. Nestes termos de interação houve sempre a inclusão de uma variável socioeconômica. Foi mantido na análise um único termo de interação faixa etária e estado geral de saúde.

Discussão

Há uma crescente preocupação em compreender o fenômeno de licença médica por motivos de saúde que ocorre no ambiente de trabalho, ora por parte dos formuladores de políticas públicas, devido ao seu impacto financeiro nas contas da

seguridade social, ora por parte dos estudiosos da saúde pública devido a sua condição de marcador de medida global de saúde.^{10,14,20}

No presente estudo, nos três níveis analisados, o impedimento das atividades laborais se associou com faixa etária, tempo de deslocamento casa/trabalho, estado geral de saúde, eventos de vida produtores de estresse (EVPE), incômodos ambientais, área de localização da cozinha e controle do trabalho assemelhando-se a outros estudos.^{8,4,21}

No nível mais proximal, nos aspectos psicossociais do trabalho, baixo controle do trabalho apresentou-se como importante preditor de impedimento das atividades laborais por motivos de saúde. Os estudos têm demonstrado que baixo controle do trabalho, alta demanda psicológica e alta exigência no trabalho são fatores prognósticos significativos para as licenças de saúde.²⁴ Principalmente, quando se refere a controle do trabalho, os autores o têm associado mais estreitamente com absenteísmo por doença, e especialmente em homens.^{6,22} Este achado tem sido parcialmente explicado pela maior influência que os homens têm, no ambiente de trabalho, do que as mulheres. De fato, nos setores privados, indivíduos do sexo masculino tendem a ocupar posições que concentram mais autonomia no trabalho. Controle do trabalho pode também refletir a inserção das mulheres dentro do mercado de trabalho nas diferentes sociedades. Väänänen e colaboradores (2003) encontraram, em seus resultados, uma forte associação entre longas licenças por motivo de saúde e controle do trabalho em mulheres de uma população do setor privado da Finlândia, bem diferente dos achados com os servidores públicos da Inglaterra.²¹ Controle do trabalho possivelmente tem uma ação mais intensa na saúde das mulheres nas sociedades onde a mulheres são

mais ativas e amplamente envolvidas com o desenvolvimento dos resultados do trabalho.

Outro fator importante que tem sido associado ao absenteísmo por problemas de doença são as condições físicas do ambiente de trabalho, sendo definido por posição de trabalho confortável, levantar ou puxar cargas, temperatura desagradável e poeira. Em seu estudo, Lund e colaboradores (2006) demonstraram associação entre ausência por doença e posição desconfortável, no trabalho e carga física.¹² Nos restaurantes industriais, principalmente na área de cocção e higienização dos utensílios, as atividades dos trabalhadores requerem exercício de força física para preparação de maior quantidade de alimentos em equipamentos de porte industrial ou movimentação de utensílios da área de higiene para o refeitório. Estes ambientes, geralmente, apresentam temperaturas desconfortáveis, fato atribuído ao uso do calor por estes equipamentos, que permanecem ligados por cerca de seis horas do dia.

Quanto à associação do impedimento por motivos de doença e localização geográfica dos restaurantes populares de Bangu, Central, Maracanã e Niterói, pode ser parcialmente explicado pelas condições ambientais de trabalho. Estas unidades tinham algumas das seguintes características que favoreciam o desconforto ambiental: espaço limitado de circulação, número de refeições oferecidas maior que a capacidade adequada de produção da cozinha, equipamentos quebrados (caldeirões e exaustor), vazamento de gás, temperatura desconfortável, e dois pavimentos para a produção de refeições ocasionando deslocamento pelas escadas dos alimentos servidos nos balcões de distribuição.

Na análise do nível intermediário, o impedimento laboral esteve três vezes mais associados com aqueles que relataram estado geral de saúde regular ou ruim,

comparados aos que referiram estado geral de saúde muito bom ou bom. Höfelmann e Blank (2007) encontraram chance três vezes maior de avaliarem pior a sua saúde, mesmo após o ajuste por outras variáveis, para aqueles que necessitaram de licenças de curta duração (tempo inferior a 15 dias).⁸

Trabalhadores que relataram tempo gasto entre a saída de casa e a chegada ao trabalho superior a 61 minutos apresentaram duas vezes maior possibilidade de impedimento laboral quando comparados àqueles que relataram tempo até 30 minutos.

Väänänen *et al.* (2003) apontaram que estudos sobre estresse têm mostrado a importância da associação entre eventos de vida produtores de estresse e doença²¹. Considerando somente os eventos produtores de estresse no modelo hierarquizado, dos resultados em discussão verifica-se que as estimativas pontuais e os intervalos são muito semelhantes às de controle do trabalho, quando esta variável, também é isolada, obtendo-se EVPE: RP: 1,80 (IC: 0,96-3,37) e Controle do trabalho: RP: 1,83 (IC: 0,94-3,54). Se ambas se encontram no modelo, as estimativas pontuais e intervalares afastam-se da significância estatística, indicando que estão medindo efeitos diferentes.

Na análise do primeiro nível, considerada mais distal do desfecho, a faixa etária de até 29 anos esteve associada significativamente ao impedimento laboral quando comparados aos de 30 anos e mais. Sandanger e colaboradores (2000) encontraram uma maior frequência de afastamento por doenças entre as pessoas mais jovens, principalmente quando se referem a dor nas costas e acidentes.¹⁷ Com relação a acidentes de trabalho, verificou-se que há maior prevalência do acidente por corte entre os mais jovens (dados não apresentados), parecendo natural que os

trabalhadores mais experientes detenham mais experiências ao manejar os instrumentos de trabalho, sendo menos susceptíveis aos acidentes.

Entre os achados que contrariam outros estudos, está o fato de não ter sido encontrada associação entre os impedimentos das atividades laborais e variáveis como sexo, escolaridade, cargo ocupado e renda.^{6,17} Este fato pode estar relacionado a homogeneidade da amostra, ou ser explicado pelo tamanho da população de estudo.

A opção para uso do modelo hierarquizado deveu-se a um grande número de variáveis a serem analisadas e à existência do desenvolvimento teórico na literatura sobre os aspectos psicossociais do trabalho, que permitiria selecionar previamente os critérios de inclusão nas modelagens. Essa opção evitaria que o resultado das análises multivariadas escondesse algum grau de colinearidade entre algumas variáveis, e o excesso de parâmetros nos modelos, para uma amostra limitada, gerasse instabilidade no modelo.²³

A validade externa pode ser inferida, com prudência, para os demais trabalhadores de restaurantes industriais do Rio de Janeiro, devido à estratégia de se ter usado censo nos restaurantes populares, a diversidade de localização geográfica dos restaurantes às poucas perdas do presente estudo.

Prudência semelhante é necessária ao extrapolar os resultados para a população geral, devido à ocorrência do “viés do trabalhador saudável”, pois aqueles que se encontram vinculados ao mercado de trabalho, a priori, teriam sido selecionados pela sua melhor condição de saúde. Isso poderia acarretar, principalmente em estudos transversais com trabalhadores, subestimação das prevalências de impedimento laboral. Prevalências menores exigem diferenças maiores para que significâncias estatísticas sejam alcançadas.

No estudo realizado por Ferrie e colaboradores (2005), com servidores públicos britânicos, os autores verificaram uma boa concordância entre o número anual de licenças por motivos de saúde relatados pelos servidores e os registros dos empregadores.⁵ No Brasil, estudos de associação sobre afastamentos do trabalho por motivo de saúde ainda são escassos, logo uma base de informação mais acurada, por exemplo, os registros de afastamentos por licença médica permitirão compreender melhor os fatores associados a este desfecho.

A importância de identificar os trabalhadores com risco de ausências no trabalho por problemas de saúde torna-se mais relevante devido ao fato de aqueles que se afastaram por doenças encontrarem mais dificuldades de retornar para o local de trabalho, do que outros tipos de ausências.⁴

Finalmente, ressalta-se a importância de mais estudos sobre ausências por doença em segmentos de trabalhadores não privilegiados pela qualificação formal ou pelo alto nível de escolaridade, incluindo delineamentos que possibilitem inferir relações de causa e efeito. Refinar as particularidades e utilizar, com maior propriedade, estudos epidemiológicos favorece ações de saúde e intervenções no ambiente organizacional que melhorem a qualidade de vida dos trabalhadores. Os resultados advindos dessas iniciativas serão certamente beneficiários ao sistema de seguridade social e às empresas diretamente envolvidas na produção de refeições bem como ao setor de serviços em geral.

Tabela II.1 – Características Socioeconômicas / Demográficas e Situação Laboral dos Trabalhadores dos restaurantes populares do Estado do Rio de Janeiro, 2006/2007.

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS / DEMOGRÁFICAS E LABORAL	TOTAL	
	N	%
Sexo		
Feminino	159	37,3
Masculino	267	62,7
Faixa Etária		
até 29 anos	164	38,5
30 a anos e mais	262	61,5
Cor		
Branca	95	22,3
Negra	110	25,8
Parda	221	51,9
Tempo de Trabalho em Restaurantes		
Até 24 meses	168	39,4
25 meses e mais	258	60,5
Uso de Álcool nas duas últimas semanas		
Sim	225	52,8
Cargo Ocupado		
Administrativo	69	16,2
Aux Serv Gerais	154	36,2
Copeira(o)/Cozinheiro	203	47,6
Eventos Vida Produtores Estresse*		
Sim	232	54,5
Ter Filhos		
Sim	287	67,4
Usufruir do Horário De Almoço		
Sim	336	78,9
Posição Que Passa Maior Parte do Tempo de Trabalho		
Em pé	385	90,4
Impedimento ao Trabalho por Problemas de Saúde		
Sim	46	10,8

O total dos dados refere-se a 426 entrevistas realizadas.

*EVPE=sofrer (internação+ assalto ou roubo+ agressão física+ ferido por arma de fogo+ presenciar alguém ser ferido + sofrer decepção amorosa+e morte de parente próximo).

Tabela II.2 – Prevalência de Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde dos Trabalhadores dos restaurantes populares do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE				
VARIÁVEIS	N	Prevalência (%)	Total	Razão de Prevalência (IC95%)
Sexo				
Feminino	12	7,5	159	1,00
Masculino	34	12,7	267	1,68 (0,90 –3,16)
Faixa Etária				
≥ 30anos	20	7,8	262	1,00
< 30 anos	26	15,9	164	2,07 (1,19-3,59)
Situação Conjugal				
Solteiro /Separado/Viúvo	18	9,5	189	1,00
Casado	28	11,8	237	1,24 (0,70-2,17)
Uso de Tabaco				
Nunca fumou	30	11,2	268	1,00
Fuma atualmente	12	15,0	80	1,34 (0,72-2,49)
Ex fumante	4	5,1	78	0,45 (0,16-1,26)
Tempo Deslocamento casa/trabalho				
Até 30 minutos	11	6,2	177	1,00
31-60 minutos	18	11,7	154	1,88 (0,91-3,85)
61 minutos e +	17	17,9	95	2,87 (1,40-5,89)
Escolaridade				
9 anos e mais	19	9,6	198	1,00
5 a 8 anos	23	12,8	180	1,33 (0,75-2,36)
≤ 4 anos	4	8,3	48	0,86 (0,30-2,43)
Estado De Saúde Geral*				
Muito Bom/ Bom	33	9,2	357	1,00
Regular / Ruim	13	18,8	69	2,03(1,13-3,66)
Demanda Psicológica				
Baixa Demanda	17	8,9	191	1,00
Intermediária Demanda	8	8,0	77	1,16 (0,52-2,59)
Alta Demanda ¹	21	13,3	158	1,49 (0,81-2,73)
Controle do Trabalho				
Alto Controle	15	7,6	197	1,00
Intermediária Controle	9	10,4	86	1,37 (0,62-3,01)
Baixo Controle ²	22	15,4	143	2,02 (1,08-3,75)
Apoio Social no Trabalho				
Alto apoio social	8	8,2	97	1,00
Apoio intermediário	17	10,2	166	1,24 (0,55-2,76)
Baixo apoio social ³	21	12,9	163	1,56 (0,71-3,38)

Tabela II.2 (continuação) – Prevalência de Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde dos Trabalhadores dos restaurantes populares do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

VARIÁVEIS	IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE			
	N	Prevalência (%)	Total	Razão de Prevalência (IC95%)
Percepção de Incômodo Ambientais*				
Sem incomodo	2	4,7	42	1,00
Baixo incomodo	40	10,6	375	2,24 (0,56-8,93)
Alto incomodo	4	44,4	9	9,33 (2,00-43,4)
Unidade Operacional *				
BMansa,Camp,Itaboraí/Caxias/Nigua	11	5,2	210	1,00
Bangu, Central,Marac,Niterói	35	16,2	216	3,09 (1,61-5,92)
Renda Familiar				
> 2 S. Mínimos	17	9,9	171	1,00
> 1 e ≤ 2 S. Mínimos	22	12,3	178	1,24 (0,68-2,25)
Até 1 S. Mínimos	7	9,1	77	0,91 (0,39-2,11)

*p= 0.05

Percepção sobre incomodo= temperatura, ruído, iluminação e espaço físico

Tabela II.3A – Associação entre impedimentos das atividades laborais e variáveis socioeconômicas / demográficas, estilo de vida, situação de vida, psicossociais e situação ocupacional dos trabalhadores dos restaurantes populares do Estado do Rio de Janeiro nos três níveis 2006/2007

Variável	RP	(IC 95%)
1º NÍVEL		
Sexo		
Masculino/Feminino	1,38	(0,75-2,54)
Faixa etária		
Até 29 anos/30 anos e +	1,90	(1,12-3,21)
2º NÍVEL		
Deslocar Casa/Trab		
31 – 60 minutos/até 30 min	1,94	(0,95-3,98)
61 minutos e mais	2,63	(1,33-5,40)
Estado Geral Saúde (EGS)		
Regular ou Ruim/Muito Bom ou Bom	3,59	(1,51-8,52)
EVPE*		
Sim/Não	1,84	(1,00-3,39)
Interação		
Faixa etária x EGS*	0,25	(0,08-0,82)
3º NÍVEL		
Incômodo ambiental**		
Baixo incômodo	2,48	(0,60-10,2)
Alto incômodo	9,51	(1,74-51,8)
Unidade de trabalho***		
Área 2/Área 1	2,37	(1,21-4,63)

*EVPE (Eventos Produtores de Estresse) nos últimos 12 meses

**Incômodo Ambiental (percepção de incômodos ambientais)= calor, espaço, ruído e iluminação

***Área 1. Barra Mansa, Campos, Itaboraí, Caxias e N. Iguaçú e Área 2. Bangu, Central, Maracanã, Niterói

Tabela II.3A – Associação entre impedimentos das atividades laborais e variáveis socioeconômicas / demográficas, estilo de vida, situação de vida, psicossociais e situação ocupacional dos trabalhadores dos restaurantes populares do Estado do Rio de Janeiro no quarto nível 2006/2007

Variável	RP	(IC 95%)
4º NÍVEL		
Modelo 1		
Somente Demanda Psicológica		
Alta Demanda/*	1,02	(0,58-1,77)
Modelo 2		
Somente Controle do trabalho		
Baixo Controle/**	1,71	(0,98-2,99)
Modelo 3		
Demanda + Controle		
Alta Demanda/*	1,00	(0,57-1,76)
Baixo Controle/**	1,71	(0,98-3,00)
Modelo 4		
Demanda+Controle+Apoio Social no Trabalho		
Alta Demanda/*	1,00	(0,57-1,77)
Baixo Controle/**	1,72	(0,97-3,05)
Baixo Apoio social/***	0,95	(0,46-1,93)
Modelo 5		
Estresse no Trabalho + Apoio Social no Trabalho		
Alta exigência****	0,83	(0,42-1,66)
Apoio Social no Trabalho	1,01	(0,46-2,21)

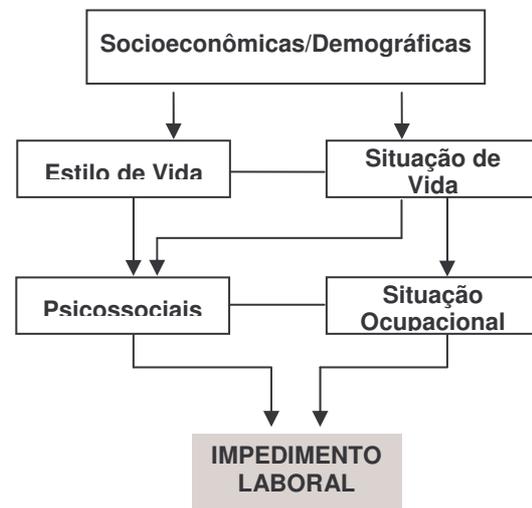
*Baixa Demanda ou Intermediária (ponto de corte tercil)

**Intermediário ou alto Controle (ponto de corte tercil)

***Intermediário ou alto Apoio Social no Trabalho(ponto de corte tercil)

****Estresse no trabalho – categoria de base Baixa exigência,Ativa e Passiva

Figura II.1: Modelo hierárquico de entrada de variáveis associadas ao impedimento das atividades laborais entre trabalhadores dos restaurantes populares.



Referências Bibliográficas

1. Alves MG, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck G. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o Português, 2004. *Rev de Saúde Pública*, 38(2):164-171.
2. Andrea H, Beurskens AJHM, Metsemakers JFM, van Amelsvoort LGPM, van den Brandt PA, van Schayck CP. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study, 2003. *Occup Environ Med*, 60: 295-300.
- 3 Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social-ANFIP. Análise da Seguridade Social em 2005, 2006. Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social. 56p
4. Duijts SFA, Kant I, Swaem, GMH, Brandt PAVDB, Zeegers MPA. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *J Clin Epidemiol*, 2007. (60): 1105-1115.
5. Ferrie JE, Kivimäki M, Head J, Shipley MJ, Vathera J, Marmot MG. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study, 2005. *Occup Environ Med*, 62(2): 74-79.
6. Fiona M, Leonard Syme S, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: the Whitehall II study, 1996. *Am J Public Health*, 86(3), 332-340.
7. Henderson M, Glozier N, Elliot KH. Long term sickness absence, 2005. *BMJ*, (330):802-803. Disponível em www.bmj.com Acesso em Julho 2008.
8. Höfelmann DA, Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil, 2007. *Rev Saúde Pública*, 41(5):777-87.

9. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work*. New York: basic Books. 1990.
10. Kivimaki M, Head J, Ferrie J E, Shipley M J, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study, 2003. *BMJ*, 327:364-369.
11. Korosok MR, Omenn GS, Diehr P, Koepsell TD, Patrick DL. Restricted activity days among older adults, 1992. *Am J Public Health*, 82:1263-1267.
12. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann, Viladsen,E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark, 2006. *BMJ*, 332: 449-452. Disponível em www.bmj.com . Acesso em 30 julho 2008.
13. Macedo L. E. T.; Chor, D, Andreozzi, V, Faerstein, E, Werneck, G I, Lopes, CS. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde, 2007. *Cad Saúde Pública*, 23(10):2327-2336,out,2007
14. Marmot M, Feeney A , Shipley M , North F , Syme S L. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study, 1995. *J Epidemiol Community Health*, 49: 124 – 130.
15. McKeown KD. Sickness absence, 1989. *J R Soc Med*. 82:188-189.
16. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Informe da Previdência Social volume 19, número 10, outubro de 2007. Disponível:http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_13_05.asp .Acesso em 01 de fevereiro de 2008.
17. Sandanger I, Nygard JF, brage S, Tellness G. Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences, 2000. *Scand J Public Health*, 28: 244-252.

18. Santana VS. Bases epidemiológicas do fator acidentário previdenciário, 2005. *Rev Bras Epidemiol*: 8(4): 440-453.
19. Sundquist, J, Al-Windi, A, Johansson, S-E, Sundquist,K. Sickness absence poses a threat to the Swedish Welfare State: a cross-sectional study of sickness absence and self-reported illness, 2007. *BMC Public Health*. 7:45. Disponível em www.biomedcentral.com/1471-2458/7/45 Acesso em 10/07/2008
20. Thulesius HO, Grahn BE. Reincorporating- a new theory of work and work absence, 2007. *BMC Health Services Research*, 7(100): Disponível em www.biomedcentral.com/1472-6963/7/100/prepub Acesso em 10/07/2008
21. Väänänen A, Toppinen-Tanner S, Kalimo R, Mutanen P, Vathera J, Peiró JM. Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Soc Sci Med*, 2003. (57): 807-824.
22. Vathera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees, 2000. *J Epidemiol Community Health*, 54:484-193.
23. Victora CG, Huttly S, Fuchs SC, Olinto, MTA. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: a hierarchical approach, 1997. *Int J Epidemiol*. 26(1): 224-227.
24. Virtanen M, Vathera J, Pentti J, Honkoen T, Elovainio M, Kivimäki M. Job Strain and Psychologic Distress. *Am J Med*, 2007.33(3), 182-187.

4.4 Terceiro Artigo:

Título: Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controle (DCQ) entre Trabalhadores de Restaurantes Industriais do Estado do Rio de Janeiro.

Autores:

Odaleia Barbosa de Aguiar

Doutoranda em Saúde Coletiva

Joaquim Gonçalves Valente

Doutor em Epidemiologia

Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Doutora em Saúde Coletiva

Resumo

Com o objetivo de verificar se a versão reduzida da escala sueca do “*Demand-Control Questionnaire (DCQ)*” seria reprodutível em uma população de trabalhadores com baixa escolaridade, este artigo demonstra a confiabilidade teste-reteste relativa à escala “demanda psicológica / controle do trabalho” e ao “apoio social no trabalho”, cujos valores foram obtidos a partir de perguntas extraídas do DCQ. Essas perguntas foram respondidas por 52 trabalhadores de três Restaurantes Industriais de uma empresa concessionária do Rio de Janeiro, entrevistados em dois momentos, com intervalos de 7 a 15 dias. Como indicadores de estabilidade foram utilizados o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC), a estatística Kappa Ponderado e o gráfico de Bland & Altman; para avaliação da consistência interna, utilizou-se o Coeficiente Alpha de Cronbach. O CCIC para as dimensões: demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social no trabalho foi de 0,70, 0,68 e 0,80, respectivamente, sendo considerados bom. O Alpha de Cronbach apresentou, no reteste, os seguintes resultados: 0,75, 0,50 e 0,82, para as dimensões anteriormente citadas, na mesma seqüência. A consistência interna para controle do trabalho foi baixa para os trabalhadores de cozinha industrial. Com esses resultados, a confiabilidade do instrumento foi considerada adequada, possibilitando sua utilização em estudos de associação entre estresse no trabalho e desfechos relacionados à saúde.

Palavras-chave: Reprodutibilidade de Resultados; Saúde Ocupacional; Estresse Psicológico.

Abstract:

In order to check if the reduced version Swedish of the Demand-Control Questionnaire (DCQ) could be reproduced in a low-educated workers' population, this paper demonstrates the reliability, test-retest concerning the “psychological demand/decision latitude” scale and the social support at work, whose values were obtained from questions extracted from the DCQ. These questions were answered by 52 workers of three Industrial Restaurants owned by a Concessionary Company in Rio de Janeiro, interviewed twice, with intervals from 7 to 15 days. For stability indicators the Intraclass Correlation Coefficient (ICC), the statistics weighted kappa and the graph of Bland & Altman were used; for internal consistency evaluation, the Cronbach's alpha coefficient was used. The ICC for the dimensions psychological demand, job control and social support at work was of 0.70, 0.68 and 0.80, respectively, which were considered good. Cronbach's Alpha presented in the retest the following outcomes: 0.75, 0.50 and 0.82 for the previously cited dimensions, in the same sequence. The internal consistency for job control was low for industrial kitchens workers. After these results, the instrument's reliability has been considered adequate, enabling its utilization in association studies between stress at work and health-related outcomes.

Keywords: Reproducibility of Results; Occupational Health; Psychological stress.

Introdução

Obter medida confiável tornou-se um desafio para os pesquisadores da área de clínica médica e da epidemiologia, devido à dificuldade, e a impossibilidade de controlar todas as possíveis fontes de variabilidade da medida.² A confiabilidade é um dos aspectos fundamentais da avaliação, uma vez que científica se o instrumento está medindo algo de maneira reprodutível e consistente.¹ Testar a confiabilidade dos estudos tornou-se uma etapa essencial, para assegurar a adequação da informação coletada na investigação em curso e a sua reprodutibilidade, que representa a extensão na qual os resultados obtidos por um teste ou instrumento particular podem ser replicáveis em outras populações.³

O uso de instrumentos que avaliam aspectos psicossociais no trabalho tem aumentado consideravelmente na literatura nos últimos anos.⁴ O modelo recorrente utilizado nos Estados Unidos, no Canadá, na Europa e no Japão tem sido o de Demanda-Controle (“**Job Content Questionnaire – JCQ**”).⁵ Este modelo combina dois aspectos psicossociais do trabalho: a **demanda psicológica** (“*psychological demand*”) e o **controle do trabalho** (“*decision latitude*”). Demanda psicológica é definida pela percepção que o indivíduo tem sobre a intensidade com que ele é exigido ou solicitado pelas tarefas que deve realizar, e sobre os conflitos existentes na relação de trabalho. Grau de controle do trabalho seria a capacidade do indivíduo de decidir sobre o seu programa de trabalho ou como realizá-lo, expresso pela autoridade para tomada de decisões e desenvolvimento de habilidades^{4, 6}. Posteriormente, Johnson e colaboradores acrescentaram ao modelo a dimensão de **apoio social no trabalho**, que resulta da interação dos trabalhadores, exercida entre si e com os supervisores no ambiente de trabalho.⁷

O modelo original de Demanda-Controle (JCQ) prediz que trabalhos altamente estressores são aqueles que combinam alta demanda psicológica advinda do trabalho, e baixo controle sobre o mesmo. O modelo prediz também, que a combinação de alta demanda psicológica e alto controle do trabalho conduz para trabalhos ativos, e que os desafios auferidos pelo trabalho desenvolvem a habilidade, confiança, competência e bem-estar. Entretanto, a combinação de baixa demanda psicológica e baixo controle do trabalho aponta para uma redução da capacidade de produzir soluções para as dificuldades relacionadas às atividades de trabalho, definido como trabalho passivo. A combinação de baixa demanda psicológica e alto controle do trabalho indica uma baixa exigência no trabalho^{4,6}.

Apoio social no trabalho tem-se mostrado como um “*buffer*” no efeito de trabalhos com alta exigência, que permite verificar a interação social existente no ambiente de trabalho entre os colegas, e com a chefia. Entender como o ambiente de trabalho afeta o bem estar do trabalhador tem sido do maior interesse dos pesquisadores da área da saúde e trabalho^{4,6}.

A versão resumida e modificada do JCQ foi apresentada por Theorell, em 1988, o “**Swedish Demand-Control Questionnaire – DCQ**”, reunindo três dimensões propostas no JCQ⁵. Esta escala foi adaptada para o português⁸ e foi utilizada em estudos epidemiológicos no Brasil, realizados com funcionários públicos de uma universidade do Rio de Janeiro, o Pró-Saúde^{9,10,11,12}.

A versão reduzida, DCQ, contém 17 questões: cinco para avaliar demanda psicológica, seis para avaliar controle do trabalho e seis para apoio social no trabalho. Nas questões relacionadas à demanda psicológica, quatro referem-se a aspectos quantitativos do trabalho, como o tempo, exigência e velocidade, na execução das tarefas, e uma questão relacionada ao conflito entre diferentes

demandas.⁸ Nos itens relacionados ao controle do trabalho, quatro referem-se ao uso e desenvolvimento de habilidades, e duas à autonomia para tomada de decisões sobre o processo de trabalho. A dimensão apoio social no trabalho contém seis questões sobre as relações com colegas e chefes.

No Brasil o uso da versão reduzida sueca do DCQ foi utilizada no Estudo Pró-Saúde, em uma população em idade laboral considerada de alta escolaridade¹³. A utilização da escala reduzida com trabalhadores que possuem escolaridade menor, até então, não fora testada, para se conhecer a adequação do instrumento a outros segmentos de trabalhadores. Araújo e Karasek (2008)¹⁴ apresentaram os resultados de validade e confiabilidade da escala completa (JCQ) em uma população de trabalhadores do mercado formal e informal de Feira de Santana.

Nesse artigo, apresentam-se resultados da avaliação de concordância focado nas dimensões “demanda psicológica e controle do trabalho” e, também, apoio social no trabalho, que foi aplicado em trabalhadores de cozinhas industriais, considerados de baixa escolaridade, vinculados ao setor privado de uma empresa de concessão de refeições coletivas. O objetivo deste estudo foi verificar se a versão da escala sueca reduzida do DCQ seria reprodutível nesta população de trabalhadores, utilizando-se entrevistador treinado para o preenchimento do instrumento.

Métodos

Um teste-reteste foi conduzido para permitir a análise de confiabilidade da escala “*Swedish Demand-Control Questionnaire (DCQ)*”, a partir de sua replicação com intervalo de, no máximo, duas semanas (teste e reteste). A segunda aplicação do instrumento, em um intervalo de 7 a 15 dias. Esta opção na replicação do questionário completo deveu-se, principalmente, pela dificuldade de realizar as

entrevistas com os trabalhadores, pois a chefia considerava o tempo dispendioso na execução da mesma.

Os trabalhadores entrevistados nesse estudo de teste-reteste, apresentavam características muito similares à população que seria investigada pela pesquisa com trabalhadores dos nove Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro. Os questionários foram aplicados face a face, no local de trabalho, por um único entrevistador, durante o horário de trabalho, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista foi realizada no refeitório ou em sala cedida pelo nutricionista.

Os critérios de exclusão do estudo foram: trabalhadores do turno noturno, estar afastado por licença médica ou maternidade e ter tempo de trabalho inferior a 30 dias. Esses critérios foram estabelecidos para que esta população fosse o mais similar possível a população dos restaurantes populares.

Foram escolhidos três restaurantes industriais de uma empresa concessionária, estabelecida no Rio de Janeiro, que não prestava o serviço ao Estado. Dos 56 trabalhadores elegíveis nesses três restaurantes, quatro não participaram: um foi demitido na semana consecutiva após a aplicação do teste, dois encontravam-se de férias no período e um recusou-se a participar. Portanto, a população que realizou o teste-reteste foi de 52 (92,8%) trabalhadores, e nenhum se recusou a repetir a entrevista.

Análise dos Dados

Para a análise dos dados, o cálculo de escores padronizados, de cada uma das três dimensões, foi realizado, atribuindo-se pontos a cada opção de resposta que podia assumir valores: (4) freqüentemente, (3) às vezes, (2) raramente, e (1)

nunca ou quase nunca para as dimensões demanda psicológica e controle do trabalho. Para a dimensão apoio social no trabalho, as respostas podiam assumir valores: (4) concordo totalmente, (3) concordo mais que discordo, (2) discordo mais que concordo, e (1) discordo totalmente.

Para a variável demanda psicológica foi criada um indicador a partir do somatório dos valores dos escores obtidos para as cinco questões relacionadas a demanda, a sua variação foi entre 5 e 20. A pergunta “Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?” possuía direção reversa, logo ao responder “freqüentemente” foi atribuído um escore 1; às vezes escore 2; raramente escore 3 e nunca ou quase nunca escore 4, isto se deve ao fato de que quanto mais freqüente ter tempo suficiente para realização do trabalho, menor a carga de demanda.

Para a variável controle do trabalho foi criado um indicador a partir do somatório dos valores dos escores obtidos para as seis questões relacionadas a controle, variando entre 6 e 24. Nessa dimensão, a pergunta “No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?”, também possuía direção reversa, na medida em que quanto menos freqüente as tarefas eram repetidas, maior controle do trabalho expressava.

A terceira e última dimensão, apoio social no trabalho, também foi criada a partir do somatório dos valores dos escores para as seis perguntas relacionadas ao apoio, sendo a sua variação de 6 a 24 pontos. Nenhuma pergunta desta dimensão tinha pontuação invertida.

Confiabilidade do Escore do Questionário

A confiabilidade das dimensões demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social do trabalho a partir do somatório dos escores foram avaliadas mediante o coeficiente de correlação intraclasse (CCIC) e dos gráficos de Bland & Altman^{3, 15}.

O CCIC tem sido considerado apropriado para avaliação da consistência e conformidade dos estudos, por ser capaz de estimar a proporção da variação total devido à variabilidade entre as unidades independentes de análises. O CCIC é equivalente a estatística kappa ponderado quadrático para variáveis contínuas e tem a mesma amplitude de valores possíveis (de zero a +1,0, no caso de perfeita concordância). A limitação deste método está na dependência do grau de variabilidade dentro e entre as observações, afetando o resultado do CCIC². Para análises destes dados, o cálculo foi realizado pelo modelo de análise de variância (ANOVA), modelo “*one-way*” com efeitos fixos¹⁶.

O gráfico de Bland & Altman permite a avaliação do padrão de concordância ou discordância entre medidas repetidas, ou entre uma dada medida e o padrão-ouro, além, de incorporar alguns limites de tolerância. Neste gráfico, pode-se visualizar a magnitude de discordância (incluindo diferenças sistemáticas), valores estranhos (“*outliers*”), e também verificar tendências^{2, 3, 15}.

Confiabilidade das Perguntas do Questionário

A confiabilidade dos itens das três dimensões foi avaliada pelo kappa ponderado quadrático, uma vez que estes itens têm o formato de variáveis ordinais. Avaliou-se, então, a concordância considerando o grau de concordância perfeita (diagonal principal na tabela de contingência), mas também a magnitude da discordância, ao atribuir pesos diferenciados de acordo com a maior ou menor

proximidade entre as categorias da variável³. Os critérios propostos por Byrt (1996)³ foram adotados para interpretação do grau de concordância da estatística kappa: nenhuma concordância abaixo de zero; pobre, de 0 a 0,20; fraca, 0,21 a 0,40; satisfatória, de 0,41 a 0,60; boa, de 0,61 a 0,80; muito boa, de 0,81 a 0,92 e, excelente de 0,93 a 1,00.

A avaliação dos escores foi obtida por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas de cada dimensão. O escore da dimensão **demanda psicológica** foi obtido por meio da soma dos escores das suas cinco perguntas e variou entre 5 a 20 pontos. Os escores das dimensões **controle do trabalho** e **apoio social no trabalho** foram obtidos pela soma de suas seis perguntas e variaram entre 6 e 24 pontos, ambos.

Confiabilidade da Consistência Interna do Questionário

Na análise de consistência interna dos escores das dimensões do DCQ, utilizou-se o Coeficiente Alpha de Cronbach. Este índice capta a homogeneidade das perguntas (item) que visam medir um mesmo constructo¹ (Streiner & Norman, 1988), considerando a variância atribuível aos sujeitos e a variância atribuível à interação entre sujeitos e itens, sendo esta estimativa afetada pelo número de itens, às intercorrelações entre os itens, e às dimensionalidades do instrumento¹⁷. Bland & Altman (1997) recomendam, para comparação de grupos, valores de alfa de 0,7 a 0,8 como sendo satisfatórios. Quando a aplicação do alfa é para um constructo que tem por objetivo a avaliação clínica, o mínimo que poderia ser considerado seria de 0,9.¹⁷

Resultados

Descrição da População do Estudo

Os 52 trabalhadores que participaram do teste e do reteste tinham em média 38,4 anos de idade (DP=10,5); 75% eram homens; apenas os nutricionistas apresentavam nível superior de escolaridade, 19,2% completaram o segundo grau e 15,4% tinham o primeiro grau completo. A média de tempo de trabalho em cozinhas era de 5,2 anos (DP=5,6).

Com relação aos resultados obtidos no estudo de confiabilidade, na Tabela III.1, o CCIC para demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social no trabalho foi 0,70 (IC 95%: 0,56-0,83), 0,68 (IC 95%: 0,53-0,82) e 0,80 (IC95%:0,71-0,90), respectivamente, demonstrando concordância boa e muito boa, segundo os pontos de corte atribuídos por Byrt.

O Alpha de Cronbach apresentou os seguintes resultados: no teste, 0,59, 0,33 e 0,66; e, no reteste 0,75, 0,50 e 0,82 para as dimensões demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social no trabalho. Não foram identificadas variações nas estimativas de consistência interna segundo sexo ou faixa etária (dados não apresentados).

Na análise das escalas de demanda psicológica e controle do trabalho pelo método de Bland-Altman (1986), Figura III.1 e Figura III.2, respectivamente, encontra-se, no eixo das abscissas (x), as médias dos escores entre o teste-reteste. No eixo das ordenadas (y) exibe-se a diferença entre os escores da primeira (teste) e da segunda entrevistas (reteste). Caso houvesse concordância perfeita entre os dois métodos, todos os pontos do gráfico estariam sobre o eixo de x que passa pelo valor de zero no eixo de y. Na Figura III.1 observa-se a média das diferenças 0,31, e

95% dos valores de demanda psicológica encontram-se entre a média das diferenças mais dois desvios-padrão (5,1 demanda psicológica) e menos dois desvios-padrão (4,4 demanda psicológica). A informação sobre a demanda psicológica no trabalho apresentou-se maior no teste, e houve uma maior concentração no limite superior do gráfico apontando uma tendência de subestimação no reteste. Quanto a controle do trabalho, Figura III.2, observa-se a média das diferenças 0,36, e 95% dos valores de controle do trabalho encontram-se entre a média das diferenças mais dois desvios-padrão (4,4 controle do trabalho) e menos dois desvios-padrão (3,7 controle do trabalho), a disposição dos pontos indica um distanciamento menor entre os pontos e a linha horizontal. A concentração de valores positivos indica uma subestimação da percepção informada sobre o controle do trabalho no reteste. O gráfico de Bland-Altman para apoio social no trabalho (dado não apresentado) apresentou concentração de valores negativos, o que indica uma superestimação dos valores informados no teste.

No cálculo dos valores de kappa ponderado para cada um dos 17 itens do questionário DCQ (Tabela 2), foram obtidos, para a “demanda psicológica”, valores variando de 0,48, relativo ao item 5 (“*O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes*”), e considerado satisfatório, a 0,63, para o item 2 (“*Você tem que trabalhar intensamente, isto é, produzir muito em pouco tempo*”), e considerado uma concordância boa. Os demais itens variaram entre as concordâncias satisfatórias e boas.

Na dimensão “controle do trabalho” a variação deu-se entre o valor 0,37, relativo ao item 2 (“*Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados*”), que apresentou a menor concordância entre as respostas do teste-reteste sendo avaliado como concordância fraca e o valor relativo ao item 4 (“*No seu*

trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas”) que apresentou uma concordância 0,70, na faixa de classificada como boa. O item três apresentou concordância satisfatória e os itens um, cinco e seis apresentaram concordâncias boas.

No caso de apoio social no trabalho, a variação foi de 0,28 relativo ao item 1 (*“Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho”*) que apresentou a menor concordância entre as respostas do teste e reteste, com valor kappa considerado pobre, a 0,86, valor relativo ao item 5 (*“No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes”*), concordância considerada muito boa. O item dois apresentou concordância satisfatória, o item três, concordância boa, e os itens quatro e seis apresentaram concordância muito boa.

Discussão

Os resultados desta investigação indicam que a da escala do DCQ em população trabalhadora do setor privado, com baixo grau de escolaridade, deve ser reproduzida em outras populações trabalhadoras com características similares e com uma amostra mais ampliada, conduzida por entrevistador treinado.

A concordância entre a informação aferida no teste e aquela do reteste nos trabalhadores de cozinha industrial buscando verificar a consistência e conformidade do estudo foi de CCIC=0,70 para demanda psicológica, CCIC=0,68 para controle do trabalho e CCIC=0,80 para apoio social no trabalho, o que indica uma maior estabilidade nas dimensões demanda psicológica e apoio social no trabalho e um menor nível de estabilidade em controle do trabalho. Esses resultados diferem do estudo do Pró-saúde (Alves, 2004), onde a estabilidade das respostas avaliada pelo

Coeficiente de Correlação Intraclasse apresentavam valores superiores, CCIC= 0,88 para demanda psicológica, CCIC=0,87 para controle do trabalho e CCIC=0,86 para apoio social. Talvez, essas diferenças possam ser atribuídas ao grau de escolaridade, pois a interpretação da escala pressupõe um entendimento das respostas, visto que a mesma não é direta. Na avaliação do estudo Pró-saúde da subdimensão de controle do trabalho como “autoridade para a tomada de decisão” o nível de estabilidade apresentou-se de 0,64⁸.

O Alpha de Cronbach apresentou, no teste, diferenças entre o **teste e reteste** sendo baixo no primeiro momento e apresentando-se mais próximo da adequação, exceto para o controle do trabalho, na segunda aplicação da escala. Os seguintes resultados 0,59, 0,33 e 0,66 e no reteste 0,75, 0,50 e 0,82 foram encontrados para as dimensões demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social no trabalho, respectivamente. Este fato pode ser parcialmente explicado pelo fato de no teste ser aplicado o questionário completo, com várias abordagens e diferentes estruturas de respostas e, no reteste somente a escala de demanda-controle foi aplicada. Muito improvável, se atribuir a uma maior familiaridade com a escala a melhora dos dados no reteste. Os resultados individuais para as perguntas de controle do trabalho foram bem piores do que para demanda psicológica ou apoio social no trabalho. Os itens 2 *“Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados”* e 4 *“No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas”* foram os que apresentaram as menores correlações. Com poucas exceções, as correlações entre cada pergunta dentro de cada item, e o escore final de cada item melhoraram do teste para o reteste.

No processo de adaptação da escala para o português, no estudo Pró-Saúde, os seguintes resultados foram encontrados **para consistência interna** das

dimensões demanda psicológica, controle do trabalho e apoio social no trabalho: (alpha de 0,72, 0,63 e 0,86), respectivamente.⁸

Josephson e colaboradores (1997) utilizando a versão resumida de Karasek em uma população de enfermeiras do norte da Suécia encontraram um alfa de Cronbach de 0,69 para demanda psicológica e de 0,51 para controle do trabalho, verificando-se a baixa consistência interna para controle do trabalho.¹⁹

No estudo seccional, com o questionário de Demanda Controle completo (JCQ), realizado por Araújo e Karasek (2008), entre trabalhadores do mercado formal e informal na cidade de Feira de Santana, os autores encontraram baixa consistência interna para demanda psicológica (0,55) e controle do trabalho (0,62) entre os trabalhadores do mercado informal.¹⁴ Araújo e Karasek (2008) apontam para as baixas estimativas da consistência interna na dimensão demanda psicológica em outros estudos realizados com homens na Holanda (0,57), Canadá (0,59) e Japão (0,62) e com mulheres na Holanda (0,51).¹⁴ Demanda psicológica pode assumir diferentes significados para grupos diferentes da população trabalhadora em seus contextos cultural e social. Söderfeldt e colaboradores (1997) têm sugerido incluir uma dimensão de demanda emocional como uma dimensão do trabalho²⁰. Na avaliação da dimensão apoio social a consistência interna tem demonstrado ser muito boa, nos estudos realizados no Brasil.^{8, 14}

Cortina (1993)¹⁷ adverte que a consistência interna deve ser interpretada com cautela, dado que, o mesmo refere-se ao grau de inter-relação entre os itens e não a homogeneidade e que seu uso será mais apropriado em um conjunto de dados de uma distribuição normal. Além disso, o Alfa de Cronbach pode modificar o seu resultado em função do número de itens, da intercorrelação entre os itens e da dimensionalidade¹⁷.

O gráfico de Bland-Altman tem sido considerado, também, como uma boa medida da magnitude da validade, pois ele examina o padrão de discordância entre medidas repetidas, ou entre uma dada medida comparada ao padrão ouro³.

Na avaliação, do kappa ponderado, para as perguntas da escala DCQ o menor valor atribuído para o item cinco de demanda psicológica pode ser devido à dificuldade de interpretação pelos trabalhadores de “exigências contraditórias ou discordantes”. Quanto à concordância fraca, do kappa ponderado, da pergunta de número dois da dimensão controle do trabalho, uma possível explicação, seria a dificuldade dos trabalhadores de cozinha considerar que suas atividades requerem “habilidade” ou “conhecimento especializado”, dado que cozinhar parece ser um ato inerente ao homem. A escala de apoio social apresentou a maior dificuldade de compreensão das opções de respostas pelos trabalhadores. No item 1, “ambiente calmo e agradável”, o kappa ponderado exibiu o menor valor da escala, talvez, pela dificuldade de atribuir ao ambiente de cozinha uma percepção aprazível e de serenidade que a pergunta busca captar.

As discordâncias encontradas podem ter sua explicação no intervalo de tempo entre a aplicação dos dois testes. Mesmo considerando o intervalo de 7 a 15 dias entre as duas aferições, os itens que compõem as dimensões podem estar sujeitos a compreensão no primeiro contato com a escala, humor do entrevistado e, ao relacionamento entre os trabalhadores e a carga de trabalho pode afetar a percepção dos aspectos psicossociais do ambiente de trabalho.

Se a repetibilidade encontrada for fraca, ou seja, há considerável variação nas medidas repetidas pelo mesmo sujeito, isto pode indicar uma inadequação do uso da escala para diferentes populações¹⁵. Para o preenchimento do questionário, adotou-se a aplicação por um entrevistador treinado, devido à baixa escolaridade

dos trabalhadores, tal fato poderia contribuir para uma variabilidade exercida nas respostas pelo entrevistador, o que não foi verificado.

Dentre as limitações do estudo que poderiam ser apontadas, ressalta-se a impossibilidade de extrapolação dos resultados para a população geral, pois, nesta investigação, somente foram incluídos trabalhadores que se encontravam empregados no mercado formal e não tinham qualificação profissional certificada por instituições formais.

A escala do DCQ que tem por objetivo avaliar estresse no trabalho é considerada relativamente curta e simples, viabilizando a sua inclusão em questionário multidimensional. Entretanto, na análise dos resultados das pesquisas empíricas, tem-se que levar em consideração as questões relativas ao mundo do trabalho dos diferentes países onde esta for aplicada. Não só as questões de organização do trabalho, condições ambientais do trabalho, nível de tecnologia, organização dos movimentos trabalhistas, aperfeiçoamento da legislação, bem como as condições sócio-econômicas dos trabalhadores deverão ser consideradas nos desfechos de saúde¹².

Conclusão

Com os resultados obtidos, pode-se concluir que a confiabilidade do instrumento é considerada adequada, possibilitando sua utilização em estudos de associação entre estresse no trabalho e desfechos relacionados à saúde com trabalhadores do setor de alimentação coletiva.

Tabela III.1: Estatística, Coeficiente de Correlação Intraclasse e Alfa de Cronbach das dimensões Demanda Psicológica, Controle no Trabalho e Apoio Social no Trabalho, restaurantes industriais, 2006.

Dimensões do DCQ	N° de itens	Teste			Reteste			CCIC (IC95%)
		Escore médio	DP	Alpha de Cronbach	Escore médio	DP	Alpha de Cronbach	
Demanda	5	13,0	2,9	0,59	12,7	3,3	0,75	0,70 (0,56 - 0,83)
Controle	6	16,2	2,2	0,33	15,8	2,9	0,50	0,68 (0,53 - 0,82)
Apoio Social	6	21,5	2,6	0,66	22	3,2	0,82	0,80 (0,71 - 0,90)

Tabela III.2: Confiabilidade das Perguntas do Questionário DCQ.

DCQ	Itens	Kappa ponderado*	IC(95%)
Demanda	1. Você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez.	0,61	(0,42-0,80)
	2. Você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo).	0,63	(0,47-0,80)
	3. Seu trabalho exige demais de você.	0,57	(0,37-0,78)
	4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho.	0,56	(0,28-0,84)
	5. O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes.	0,48	(0,24-0,72)
Controle	1. Você tem possibilidade de aprender coisas novas através de seu trabalho.	0,64	(0,38-0,91)
	2. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados.	0,37	(0,03-0,70)
	3. Seu trabalho exige que você tome iniciativas.	0,53	(0,22-0,83)
	4. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas.	0,70	(0,48-0,92)
	5. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho.	0,68	(0,50-0,86)
	6. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho.	0,62	(0,36-0,88)
Apoio Social	1. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	0,28	(0,00-0,57)
	2. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	0,47	(0,25-0,68)
	3. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	0,78	(0,57-0,99)
	4. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	0,85	(0,74-0,97)
	5. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	0,86	(0,53-1,00)
	6. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	0,84	(0,43-1,00)

* ponderação quadrática

IC= Intervalo de Confiança.

Figura III.1: Gráfico de Bland & Altman para os Escores de Demanda Psicológica no Teste e no Reteste.

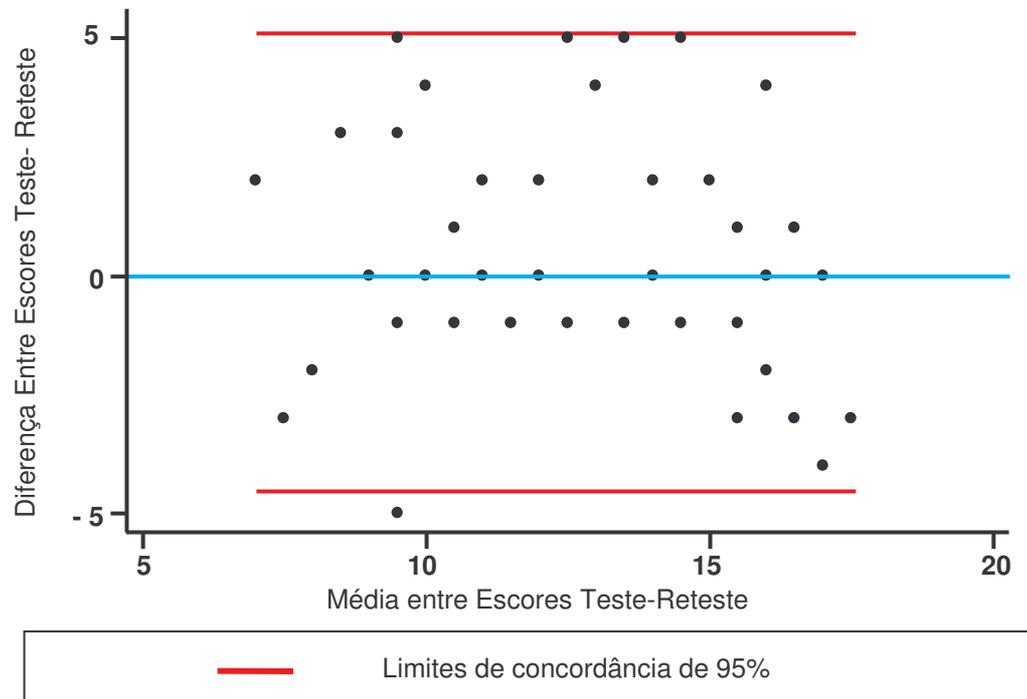
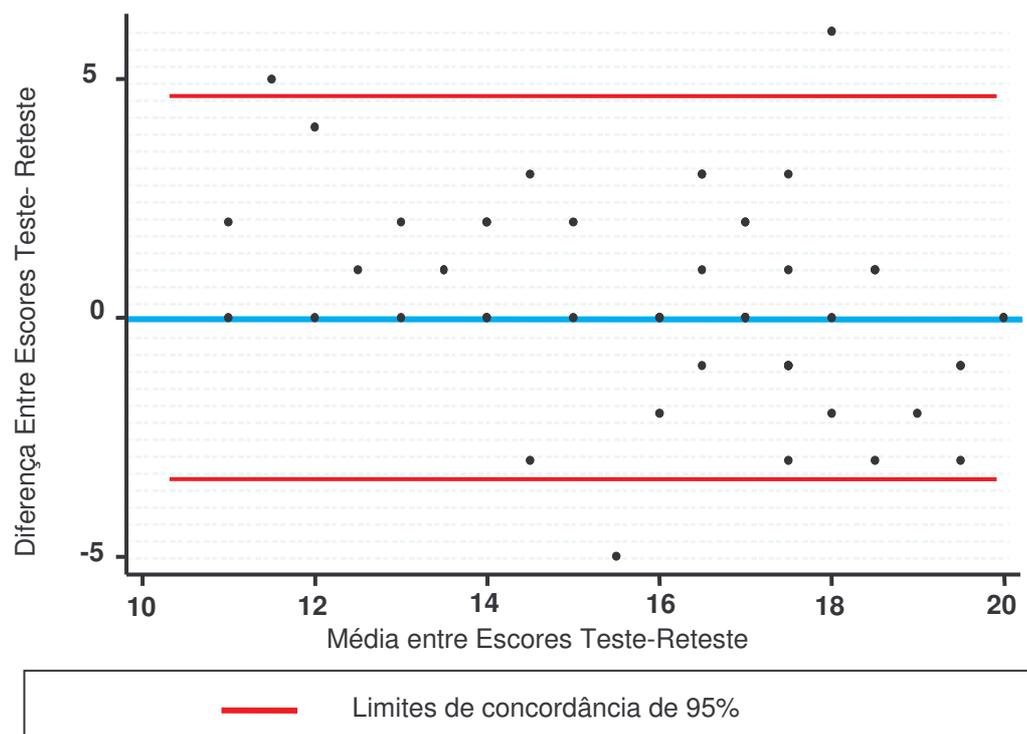


Figura III.2: Gráfico de Bland & Altman para os Escores do Controle do Trabalho no Teste e Reteste.



Referências Bibliográficas

1. Streiner DL, Norman GR. Health Measurements Scales. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998. p. 4-13.
2. Luiz RR, Costa AJL, Kale PL, Werneck GL. Assessment of agreement of a quantitative variable: a new graphical approach. *J Clin Epidemiol* 2003; 56:963-967.
3. Szklo M, Nieto FJ. Epidemiology: beyond the basics. 2nd ed. USA: Jones and Bartlett Publishers; 2007. p. 313-345.
4. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(4):991-1003.
5. Landsbergis P, Theorell T. Measurement of psychosocial workplace exposure variables. *Occup Med* 2000; 15(1): 163-88.
6. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books Publishers; 1990.
7. Kristensen TG. Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review. *J Occup Health Psychol*, 1996, 1(3): 246-260.
8. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 164-171.
9. Macedo LET, Chor D, Andreazzi V, Faerstein E, Werneck GL, Lopes C. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no estudo pró-saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10): 2327-2336.
10. Brito, AS. Estresse e acidentes no trabalho: estudo pró-saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2007.

11. Barbosa, FS. Eventos de vida produtores de estresse e acidentes de trabalho: estudo pró-saúde, Rio de Janeiro - Brasil [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2007.
12. Alves, MGM. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres do estudo pró-saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ; 2004.
13. Faerstein E, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Estudo pró-saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(4): 454-66.
14. Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *SJWEH suppl* 2008; 6:52-59.
- 15 Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1986; 1(307):10
16. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass Correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin* 1979; 86(2): 420-428.
17. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol* 1993; 78 (1): 98-104.
18. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314:572.
19. Josephson M, Lagerström M, Hagberg M, Hjelm EW. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occup Environ Med* 1997; 54: 681-685.
20. Söderfeldt B, Söderfeldt M, Jones K, O'Campo P, Muntaner C, Ohlson C, et al. Does organization matter? A multilevel analysis of the Demand-Control Model applied to human services. *Soc Sci Med.* 1997, 44:527-34.

Capítulo 5 - Considerações Finais

A descrição de trabalhadores de cozinha industrial, nos estudos publicados até o momento, foi apresentada para restaurantes isolados ou de serviços de nutrição e dietética de uma unidade hospitalar. O presente estudo amplia essa perspectiva, na medida, em que aborda um conjunto de 426 trabalhadores de várias cozinhas industriais, pretendendo mostrar um quadro mais nítido das mudanças que ocorrem neste setor, como por exemplo, a observação sobre a inversão de gênero na mão-de-obra, antes caracterizada por mais mulheres e, atualmente, composta por mais homens.

Também, ao estimar-se o impedimento das atividades laborais entre os trabalhadores de cozinha industrial, procurou-se investigar um evento que talvez seja a maior reclamação dos nutricionistas de alimentação coletiva e dar-lhes subsídios para uma ação gerencial mais humana. No presente estudo o impedimento foi auto-referido; entretanto, sugere-se investigações que aprofundem esse desfecho, inclusive comparando o que foi auto-referido com os registros de faltas justificadas com atestado médico e períodos de afastamentos.

O impedimento pode estar associado ao gênero (questões culturais, “facilidade” de faltar ao trabalho, filhos, ou cuidar da casa) ou à ocupação em si (mulheres assumem cargos com tarefas mais repetitivas, onde teriam menos autonomia no trabalho, trabalhos menos complexos e menos apoio social no setor industrial privado). Além das questões culturais, os autores apontam para a inclinação das mulheres em reconhecer mais previamente os seus problemas de saúde do que os homens.

Além disso, analisar os aspectos psicossociais do trabalho em ambientes organizacionais em que os trabalhadores não gozam de prestígio institucional, devido a sua limitada profissionalização ou por não possuírem certificação de estabelecimentos formais de ensino – a maioria dos cozinheiros aprende na prática elaborar preparações e manejar os equipamentos – levanta questões pouco percebidas nas atuais organizações do setor.

A escassez de controle do processo de trabalho pelo trabalhador que o executa, apresentou-se relacionada de maneira limítrofe com o impedimento das atividades laborais nessa população. De mesma forma, a exposição eventos de vida produtores de estresse teve um comportamento muito parecido. Não existem evidências de que os resultados sejam decorrentes de vieses de seleção ou classificação.

A análise da reprodutibilidade da escala de modelo-controle de Karasek, com resultados muito próximos de outras populações, com escolaridade maior, mostra que o entendimento destes trabalhadores sobre perguntas que tentam capturar o ambiente de trabalho ou da vida social não é tão limitado quanto imaginávamos.

Uma iniciativa relevante seria programar um estudo longitudinal, na qual os aspectos psicossociais do trabalho e outros fatores da vida do trabalhador, além do profissional, possam ser considerados. Acrescentar outras dimensões, por exemplo, qualidade de vida, desequilíbrio entre esforço e recompensa, satisfação no trabalho, como compreensão dos mecanismos que envolvem a relação ambiente organizacional/doença e suas possíveis conseqüências sobre a saúde.

De uma maneira geral, o fato de ter colocado uma lente de aumento nesta população, investigando um grupo mais expressivo, trás a possibilidade de melhores

argumentos para discussões que, até o momento, são travadas de forma subjetiva, apoiadas, unicamente, na experiência pessoal de quem trabalha neste setor.

Ao estudar a descrição do perfil dos trabalhadores de cozinha industrial, estimar o impedimento das atividades laborais no ambiente de cozinha industrial, expor as relações psicossociais do trabalho e o impedimento das atividades laborais entre trabalhadores de cozinhas industriais, esse estudo, apoiado em pesquisa de campo desenhada e aplicada no decurso desse doutorado, acredita-se ter dado uma singela contribuição para aumentar atenção sobre o ritmo de trabalho em cozinhas industriais, chamando a atenção, por exemplo, para a necessidade de intervenções ergonômicas ou pausas durante o processo de produção; sobretudo, acredita-se que valorizando o ser humano, promovendo sua auto-estima e profissionalização, oferecemos uma carreira consistente para os trabalhadores em cozinhas industriais, e, em decorrência, um aumento da produtividade do setor de alimentação coletiva.

Cabe, finalmente, ressaltar que este trabalho, com desenho seccional, foi um primeiro passo no longo caminho de pesquisas que se pode empreender no setor de alimentação coletiva, e que esta experiência pode fornecer a confiança necessária para desenhos de estudos mais sofisticados e que venham a apresentar resultados mais consistentes e robustos.

Sabidamente, esta opção metodológica atual apresenta limitações, por exemplo: não permitir verificar a incidência do desfecho, possível causalidade reversa entre exposição e desfecho, potencial erro de classificação da variável dependente, imprecisão na definição do tempo ou períodos do impedimento (diário, curto ou longo) e ter sido utilizado somente o impedimento auto-referido. Apesar dessas limitações, que podem impor restrição aos resultados do estudo e

interpretações, a identificação desses problemas permitirá que as investigações que se seguirem poderão vir a ser mais aprimoradas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMIDES, M.B.C.; CABRAL, M.S.R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *Em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 3-10, 2003.

ABREU, E.S.; SPINELLI, M.G.N.; ARAÚJO, R.M.V. Fatores de risco ambiental para trabalhadores de unidades de alimentação e nutrição. *Nutrição em Pauta*, São Paulo, v. 10, n. 57, p. 46-9, 2002.

ALVES, M.G.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; WERNECK, G. Versão resumida da "Job Stress Scale": adaptação para o Português. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 38(2):164-171, 2004.

ALVES, M.G.M. *Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde*. 2004. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

ANDREA, H.; BEURSKENS, A.J.H.M.; METSEMAKERS, J.F.M.; VAN AMELSVOORT, L.G.P.M.; VAN DEN BRANDT, P.A.; VAN SCHAYCK, C.P. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study, London, *Occupational and Environmental Medicine*, v. 60, p. 295-300, 2003.

ANTUNES, A.A.; SPINELLI, M.G.N.; KOGA, R.A. Análise ergonômica do trabalho (AET) de uma unidade de alimentação e nutrição de São José dos Campos – SP. *Nutrição em Pauta*, São Paulo, jul./ago. 2005.

ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuição do modelo demanda-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ARAÚJO, T.M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *SJWEH*, I suppl, v.6, p.52-59, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES. *Mercado real de refeições*. Disponível em: <<http://www.aberc.com.br/base.asp?id=3>>. Acesso em: jan. 2006.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Análise da Seguridade Social em 2005*. Brasília: Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social, 2006. 56p.

ASSUNÇÃO, A.A. *De la déficience a la gestion collective du travail: les troubles músculo-squelettiques dans la restauration collective*. 1998. (Doutorado)-École Pratique des Hautes Études, Ministère de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Technologie, Paris, 1998.

BARBOSA, F.S. *Eventos de vida produtores de estresse e acidentes de trabalho: Estudo Pró-Saúde*, Rio de Janeiro - Brasil. 2007. (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 112p.

BARROS, R.P.; MENDONÇA, R. *A absorção de mão-de-obra no setor de serviços*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arteex&pid=S0011_52581997000100002&nn=isso>. Acesso em: jan. 2008.

BLAND, J.M.; ALTMAN, D.G. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *The Lancet*, London, i, p. 307-310, 1986.

BLAND, J.M.; ALTMAN, D.G. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ*, v. 314, p. 572, 1997.

BOWLING, A. *Research methods in health*. Philadelphia: Open University Press, 1997.

BRASIL. Decreto-lei nº 5452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm. Acesso em: 19 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. *Informe da Previdência Social*, v. 19, n. 10, out. 2007. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_13_05.asp>. Acesso em: 01 fev. 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Política de Alimentação e Nutrição. *Pesquisa do IBGE revela que o brasileiro mudou o seu padrão alimentar*. Disponível em: https://dtr2004saude.gov/nutricao/documentos/pesquisa_ibge.pdf. Acesso em: 13 jun. 2007.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT)*. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/pat/leg_default.asp>. Acesso em: 28 jan. 2008.

BRISSON, C.; BLANCHETTE, C.; GUIMONT, C.; DION, G.; MOISAN, J.; VÉZINA, M.; DAGENAIS, G.R.; MASSE, L. Reliability and validity of French version of the 18-item Karasek job content questionnaire. *Work&Stress, Texas*, v.12, n.4, p.322-336, 1998.

BRITO, A.S. *Estresse e acidentes no trabalho: estudo Pró-Saúde*. 2007. (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 156p.

CASAROTTO, R.A.; MENDES, L.F. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 28, n. 107/108, p. 119-126, 2003.

CESANA, G.; SEGA, R.; FERRARIO, M.; CHIODINI, P.; CORRAO, G.; MANCIA, G. Job strain and blood pressure in employed men and women: a pooled analysis of four northern Italian population samples. *Psychosomatic Medicine*, New York, v. 65, p. 558-563, 2003.

CHENG, Y.; KAWACHI, I.; COAKLEY, E.H.; SCWARTZ, J.; COLDITZ, G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ*, London, v. 320, p. 1432-1436, 2000.

CHENG, Y. Reliability and validity of the Chinese version of the content questionnaire in Taiwanese workers. *International Journal of Behavioral Medicine*, v.10 n.1, p. 15-30, 2003.

COLARES, L.G.T. *Processo de trabalho, saúde e qualidade de vida no trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição: uma abordagem qualitativa*. 2005. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

COLARES, L.G.T.; FREITAS, C.M. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: entre a prescrição e o real do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3011-3020, dez. 2007.

CORTINA, J.M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*. v.78 n.1,p. 98-104, 1993.

COSTA, M.G.S. *Arquitetura e saúde do trabalhador: da gênese ao uso, a construção dos espaços hospitalares: um olhar para além das normas*. 2003. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

DANTAS, J, MENDES, R, ARAÚJO, TM. Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo. *Rev. Bras. Med. Trab.*, Belo Horizonte, v. 2, .n. 1, p.55-68, jan./mar. 2004.

DUIJTS, S.F.A.; KANT, I.; SWAEM, G.M.H.; BRANDT, P.A.V.D.B.; ZEEGERS, M.P.A. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *J Clin Epidemio*,v.60,p. 1105-1115, 2007.

FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; LOPES, C. S.; WERNECK, G.L. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev. Bras. Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 454-66, 2005.

FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; VALENTE, K.; SOLÉ PLÁ, M. A.; FERREIRA, M.B. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: a experiência do estudo Pró-Saúde UERJ. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 117-130, 1999.

FERRIE, J.E.; KIVIMÄKI, M.; HEAD, J.; SHIPLEY, M.J.; VATHERA, J.; MARMOT, M.G. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study, *Occup Environ Med*, v. 62, n.2, p. 74-79, 2005

FIONA M, LEONARD SYME S, FEENEY A, SHIPLEY M, MARMOT M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *Am J Public*, v. 86, n.3, p. 332-340, 1996

FUCHS, S.C., VICTORA, C.G., FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave, 1996. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-78.

GIL, M.F. Recursos humanos em nutrição no Brasil - nutricionistas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 561-569, out./dez. 1986.

GINZBERG, E., VOJTA, G.J. Service sector of the US economy. *Sci Am.*, New York, v. 244, n. 3, p. 48-55, 1981.

GREENLAND, S. Concepts of validity in epidemiological research. In: HOLLAND, W.W.; DETELS, R.; KNOX, G. (Ed.). *Oxford textbook of public health*. 2. ed. New York: Oxford Univ. Press, 1991. v. 2, p. 253-270.

HARNACK, L.J.; JEFFERY, R.W.; BOUTELL, K.W. Temporal trends in energy intakes in the United States: an ecologic perspective. *Am J Clin Nutr*, Bethesda, v. 71, p. 1478-84, 2000.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. 10. ed. São Paulo: Loyola, 2001.

HEAD, J.; KIVIMÄKI, M.; MARTIKAINEN, P.; VATHERA, J.; FERRIE, J.E.; MARMOT, M.G. Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: the Whitehall II study. *J. Epidemiol. Community Health*, London, v. 60, n. 1, p. 55-61, 2006.

HENDERSON, M.; GLOZIER, N.; ELLIOT, K.H. Long term sickness absence. *BMJ*, London, v. 330, p. 802-803, 2005. Disponível em: <<http://www.bmj.com>>. Acesso em: jul. 2008.

HESPANHOL, A. Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, v. 7, n. 1/2, jan./dez. 2005.

HÖFELMANN D.A.; BLANK, N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.5, p.777-87, 2007

IBRAHIM, S.A.; SCOTT, F.E.; COLE, D.C.; SHANNON, H.S.; EYLES, J. In: *Women's work, health and quality of life*. [S.l.]: Haworth Press, 2001. p. 105-124.

ISOSAKI, M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviço de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 28, n. 107/108, p. 107-118, 2003.

JOSEPHSON, M.; LAGERSTROM, M.; HAGBERG, M.; WIGAEUS-HJELM, E. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. *Occupational and Environmental Medicine*, London, v. 54, n. 9, p. 681-685, 1997.

KALIMO, R.; MOSTAFA, A.E.B.; COOPER, C.L. *Psychosocial factors at work and their relation to health*. Geneva: World Health Organization, 1987. 245p.

KARASEK, R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, Ithaca, v. 24, p. 285-307, 1979.

KARASEK, R.A.; BAKER, D.; MARXER, F.; AHLBOM, A.; THEORELL, T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, Boston, v. 71, n. 7, p. 694-706, 1981.

KARASEK, R.A.; THEORELL, T. *Healthy work*. New York: Basic Books, 1990.

KAWAKAMI, N.; KOBAYASHI, F.; ARAKI, S.; HARATANI, T.; FURUI, H. Assessment of job stress dimensions based on the job demands-control model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: reliability and validity of the Japanese version of the job content questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, v.2, n.4, p. 358-375, 1995.

KIVIMÄKI, M.; HEAD, J.; FERRIE, J.E.; SHIPLEY, M.J.; VAHTERA, J.; MARMOT, M.G. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*, London, v. 327, p. 364-369, 2003.

KIVIMÄKI, M.; LEINO-ARJAS, P.; LUUKKONEN, R.; RIIHIMAKI, H.; VAHTERA, J.; KIRJONEN, J. Work stress and risk of cardiovascular morbidity: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, London, v. 325, p. 857, 2002.

KLEINBAUN D.; KUPPER L.; MORGENSTERN, H. *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.

KOSOROK, M.R.; OMENN, G.S.; DIEHR, P.; KOEPESELL, T.D.; PATRICK, D.L. Restricted activity days among older adults. *Am. Journal of Public Health*, Boston, v. 82, p. 1263-1267, 1992.

KRISTENSEN, T.G. Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review. *Journal of Occupational Health Psychology*, Fairfax, v. 1, n. 3, p. 246-260, 1996.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: a partir dos anos setenta. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 2, n. 1, p. 7-54, 1989.

LANDSBERGIS, P.; THEORELL, T. Measurement of psychosocial workplace exposure variables. *Occup Med*, Chicago, v. 15, n. 1, p. 163-88, 2000.

LANDSBERGIS, P.A.; SCHNALL, P.L.; PICKERING, T.G.; WARREN, K.; SCHWARTZ, J.E. Life-course exposure to job strain and ambulatory blood pressure in men. *Am J Epidemiol*, Baltimore, v. 157, n. 11, p. 998-1006, 2003.

LANZILLOTTI, H.S. *Contribuição ao estudo da alimentação coletiva no capitalismo fordista*. 2000. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

LEE, S.; COLDITZ, G.; BERCKMAN, L.; KAWACHI, I. A prospective study of job strain and coronary heart disease: women. *International Journal of Epidemiology*, Baltimore, v. 31, n. 6, p. 1147-1154, 2002.

LERNER, D. J.; LEVINE, S.; MALSPEIS, S.; D'AGOSTINO, R. B. Job strain and health-related quality of life in a national sample. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 84, p. 1580-1585, 1994.

LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, 2003.

LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L.; COSTA, A.J.L.; KALE, P.L.; WERNECK, G.L. Assessment of agreement of a quantitative variable: a new graphical approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 56, p. 963-967, 2003.

LUND, T.; LABRIOLA, M.; CHRISTENSEN, K. B.; BÜLTMANN, U.; VILLADSEN, E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ*, London, v. 332, p. 449-452, 2006. Disponível em: <<http://www.bmj.com>>. Acesso em: jul. 2008.

MACEDO, L.E.T. *Estresse no trabalho, problemas de saúde e interrupção de atividades cotidianas: associação no estudo Pró-Saúde*. 2005. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

MACEDO, L.E.T.; CHOR, D.; ANDREOZZI, V.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2327-2336, out. 2007.

MARMOT, M.; FEENEY, A.; SHIPLEY, M.; NORTH, F.; SYME, S.L. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 49, p. 124-130, 1995.

MATOS, C.H.; PROENÇA, R.P.C. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 16, n. 4, p. 493-502, out./dez. 2003.

MATOS, E.M.B. *Incidentes críticos do absenteísmo em situações de trabalho industrial*. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MAXIMINIANO, A.C.A. *Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital*. São Paulo: Atlas, 2004.

MCEWEN, B.S. Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, New York, v. 22, n. 2, p. 107, Feb. 2000.

MCEWEN, B.S. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues-Clin. Neurosci.*, Neuilly-sur-Seine, v. 8, p. 367-381, 2006.

MCEWEN, B.S.; LASLEY, E. *O fim do estresse como nós o conhecemos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

MCKEOWN, K.D. Sickness absence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, London, v. 82, p. 188-189, 1989.

MENDES, R. Introdução ao estudo dos mecanismos de patogênese do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu, 2000.

MINAYO GOMEZ, C.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas – velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

MINAYO GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

MORAES NETO, B. *Século XX e trabalho industrial*. São Paulo: Xamã, 2003.

MÜLLER, B.; BÜTTNER, P. A critical discussion of intraclass correlation coefficients. *Statistics in Medicine*, Chichester, v. 13, p. 2465-2476, 1994.

NORTH, F. M.; SYME, L.; FEENEY, A.; SHIPLEY, M.; MARMOT, M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 86, n. 3, p. 332-340, 1996.

NOVELETTO, D.; PROENÇA, R.P.C. O planejamento do cardápio pode interferir nas condições de trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição. *Nutrição em Pauta*, São Paulo, n. 65, p. 36-40, 2004.

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 150-156, 1992.

OLIVEIRA, Z.M.C. A unidade de alimentação e nutrição na empresa. In: TEIXEIRA, S.M.F.G. *Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990. cap. 2, p. 13-77.

PELFRENE, E.; VLERICK, P.; MAK, R. P.; DE SMET, P.; KORNITZER, M.; DE BACKER, G. Scale reliability and validity of the Karasek 'job demand-control' model in the Belstress study. *Work & Stress*, v.15, n.4, p. 297-313, 2001.

PROENÇA, R.P.C. *Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva*. Florianópolis: Insular, 1997.

RADDI, M.S.G.; LEITE, C.Q.F.; MENDONÇA, C.P. Staphylococcus aureus: portadores entre manipuladores de alimentos. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-40, 1988.

RIESS, P.W. *Currency estimates from the National Health Interview Survey: United States*. Hyattsville: National Center for Health Statistics Vital, 1984. (Series 10; n. 156).

SALE, J.E.M.; KERR, M.S. The psychometric properties of Karasek's demand and control scales within a single sector: data from a large teaching hospital. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. v.75, p. 145-152, 2002.

SANDANGER, I.; NYGARD, J.F.; BRAGE, S.; TELLNES, G. Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences. *Scand. J. Public Health*, Oslo, v. 28, p. 244-252, 2000.

SANTANA, V.S. Bases epidemiológicas do fator acidentário previdenciário. *Rev. Bras. Epidemiol*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 440-453, 2005.

SANTANA, V.S.; ARAÚJO-FILHO, J.B.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P.R.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, p.1004-12, 2006.

SCHNALL, P.L.; LANDSBERGIS, P.A.; BAKER, D. Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v. 15, p. 381-411, 1994.

SCHRIJVERS, C.T.M.; VAN MHEEN, H.D.; STRONKS, K.; MACKENBACH, J.P. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 27, p. 1011-1018, 1998.

SELYE, H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *CMA Journal*, Ottawa, v. 115, n. 3, July 1976.

SHOUKRI, M.M. *Measures of interobserver agreement*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2004. 152p.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J. Occup. Health Psychol.*, Washington, v. 1, p. 27-43, 1996.

SILVA, E.F.; PEREIRA, M.G. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 383-93, 1998.

SILVA, L.F.; MENDES, R. Exposição combinada entre ruído e vibração e seus efeitos sobre a audição de trabalhadores. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 9-17, 2005.

SILVA, L.S.; PINHEIRO, T.M.M.; SAKURAI, E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 12, p. 2949-2958, dez. 2007.

SILVA, M.C.; FASSA, A.G.; KRIEBEL, D. Minor psychiatric disorders among Brazilian ragpickers: a cross-sectional study. *Environmental Health: A Global Access Science Source*, London, v. 5, p. 17, 2006.

SODERFELDT, B.; SODERFELDT, M.; JONES, K.; O´CAMPO, P.; MUNTANER, C. Does organization matter? A multilevel analysis of the demand-control model applied to human services. *Soc Sci Med*, New York, v. 44, n. 4, p. 527-34, Feb.1997.

STANSFIELD, S.; HEAD, H.; MARMOT, M. *Work related factors and ill health: the Whitehall II Study*. Sudbury: Health&Safety Executive, 2000. p. 1-61. (HSE CRR 266/2000).

STATA 9.0. Statistics / Data Analysis, Special Edition, 2005.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. Health measurements scales. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1998. p. 4-13.

SUNDQUIST, J.; AL-WINDI, A.; JOHANSSON, S-E.; SUNDQUIST, K. Sickness absence poses a threat to the Swedish Welfare State: a cross-sectional study of sickness absence and self-reported illness. *BMC Public Health*, v. 7, p. 45, 2007. Disponível em: <www.biomedcentral.com/1471-2458/7/45>. Acesso em: 10 jul. 2008.

SZKLO, M.; NIETO, F.J. *Epidemiology: beyond the basics*. 2. ed. USA: Boston: Jones & Bartlett, 2007. 489p.

TEIXEIRA, S.M.F.G. et al. *Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990.

THULESIUS, H.O.; GRAHN, B.E. Reincanting: a new theory of work and work absence. *BMC Health Services Research*, London, v. 7, p. 100, 2007. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/1/100>. Acesso em: jun. 2008.

VÄÄNÄNEN, A.; TOPPINEN-TANNER, S.; KALIMO, R.; MUTANEN, P.; VAHTERA, J.; PEIRÓ, J. M. Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Social Science & Medicine*, v. 57, p. 807-824, 2003.

VAHTERA, J.; KIVIMÄKI, M.; PENTTI, J.; THEORELL, T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of healthy employees. *J Epidemiol Community Health*, London, v. 54, p. 484-493, 2000.

VICTORA, C.G., HUTTLY, S., FUCHS, S.C., OLINTO, M.T.A. The role of conceptual frameworks in Epidemiological analysis: a hierarchical approach, *Int. J. Epidemiol.*, London, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

WERNECK, G. L.; ALMEIDA, L.M. Validade em estudos epidemiológicos. In: Epidemiologia: história e fundamentos. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. v. 1, p.199-211.

WÜNSCH FILHO, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Rev Bras Med Trab.*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 103-117, 2004.

YPIRANGA, L.; GIL, M.F. Formação do profissional nutricionista: por que mudar? In: SEMINÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO NO BRASIL: ÊNFASE NA GRADUAÇÃO, 1987, Salvador.

Anexo I:

Questionário

Aplicado na Pesquisa

PERFIL DE SAÚDE E PERFIL OCUPACIONAL DOS TRABALHADORES DE COZINHA

DADOS DA ENTREVISTA				
Nº	data	Hora de Início	Hora de Fim	Nome do Entrevistador
DADOS DO ENTREVISTADO				
Nome		Endereço		CEP
Nascimento		Sexo		Unidade Operacional
Data:	UF:	1() Masc.	2() Fem.	
Grau de Instrução (Até que série você estudou?)				
0() alfabetização 1 a 8() 1º grau 9 a 11() 2º grau 12() superior incompleto 13() superior completo				

1. PRIMEIRA PARTE

As perguntas a seguir abrangerão a sua **QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL, JORNADA DE TRABALHO E BENEFÍCIOS RECEBIDOS DA EMPRESA**. Por favor, responda:

SOBRE A SUA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

1.1	Você fez algum CURSO para trabalhar em cozinha? 1() Sim 2() Não Se SIM , qual a instituição? 1() SENAI 2() SESI 3() SEBRAE 4() Outros _____
1.2	Você recebeu TREINAMENTO para exercer seu cargo atual? 1() Sim 2() Não Se SIM , quem o treinou? 1() Auxiliar de Serviços Gerais 2() Copeira 3() Magarefe 4() Auxiliar de Cozinha 5() Cozinheiro (geral) 6() Estoquista 7() Chefe de Cozinha 8() Outros _____
1.3	Há quanto TEMPO você trabalha em cozinhas? () dias () meses () anos
1.4	Há quanto TEMPO você trabalha nesta empresa? () dias () meses () anos
1.5	Você ATUALMENTE ocupa qual cargo? 1() Auxiliar de Serviços Gerais 2() Copeira 3() Auxiliar de Cozinha 4() Cozinheiro (geral) 5() Magarefe 6() Estoquista 7() Chefe de Cozinha 8() Outros _____
1.6	Você já ocupou OUTRO(S) cargo(s) nesta empresa? Quais? <i>Atenção! Assinale 1 nos cargo(s) que já ocupou e 2 nos que ainda não ocupou.</i> a) Auxiliar de Serviços Gerais () b) Copeira () c) Auxiliar de Cozinha () d) Magarefe () e) Cozinheiro (geral) () f) Estoquista () g) Chefe de Cozinha () h) Outros () _____
1.7	Qual era sua ocupação ou atividade no seu PRIMEIRO trabalho? _____
1.8	Neste PRIMEIRO trabalho você era empregado, trabalhava sem remuneração, trabalhava por conta própria ou tinha seu próprio negócio? 1() Era empregado 2() Trabalhava sem remuneração 3() Trabalhava por conta própria 4() Tinha seu próprio negócio

SOBRE SUA JORNADA DE TRABALHO:

1.9	Qual é o seu horário de trabalho? Entrada: _____ horas Saída: _____ horas
1.10	Qual o seu horário de descanso para o almoço? Entrada: _____ horas Saída: _____ horas
1.11	Você costuma tirar o seu horário de descanso? 1() Sim 2() Não Se NÃO , em média quanto tempo você tira de descanso? ____ minutos
1.12	Você trabalha nos finais de semana? 1() Sim 2() Não Se SIM , Entrada: _____ horas Saída: _____ horas

1.13	Em que posição você passa a maior parte do seu tempo de trabalho? ₁ (<input type="checkbox"/>) Em pé ₂ (<input type="checkbox"/>) Sentado ₃ (<input type="checkbox"/>) Abaixado ₄ Outros: _____
1.14	Quanto tempo você leva, no total, entre sair de casa e chegar ao trabalho? (____) horas (____) minutos

SOBRE OS BENEFÍCIOS QUE A EMPRESA OFERECE:

1.15	Quais os benefícios que a empresa oferece? <i>Atenção! Assinale (1) no(s) benefícios que recebe e (2) nos que não recebe</i> a) Cesta Básica (<input type="checkbox"/>) b) Vale Transporte (<input type="checkbox"/>) c) Assistência Médica (<input type="checkbox"/>) d) Assistência Dentária (<input type="checkbox"/>) e) Auxílio Creche (<input type="checkbox"/>) f) Auxílio Educação (<input type="checkbox"/>) g) Adicional de Insalubridade (<input type="checkbox"/>) h) Outros _____
------	---

2. SEGUNDA PARTE

Agora perguntaremos sobre sua ATIVIDADE DE TRABALHO NO DIA-A-DIA, IMPEDIMENTO DE REALIZAÇÃO DE TAREFAS E ACIDENTES DE TRABALHO, responda a melhor opção para você.

SOBRE ATIVIDADES DE TRABALHO NO DIA-A-DIA,

2.1	Responda se as situações citadas abaixo ocorrem: Freqüentemente (1) Às vezes (2) Raramente (3) Nunca ou quase nunca (4).
a)	Você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez. (<input type="checkbox"/>)
b)	Você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo). (<input type="checkbox"/>)
c)	Seu trabalho exige demais de você. (<input type="checkbox"/>)
d)	Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho. (<input type="checkbox"/>)
e)	O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes. (<input type="checkbox"/>)
f)	Você tem possibilidade de aprender coisas novas através de seu trabalho. (<input type="checkbox"/>)
g)	Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados. (<input type="checkbox"/>)
h)	Seu trabalho exige que você tome iniciativas. (<input type="checkbox"/>)
i)	No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas. (<input type="checkbox"/>)
j)	Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho. (<input type="checkbox"/>)
l)	Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho. (<input type="checkbox"/>)

SOBRE SEU AMBIENTE DE TRABALHO NO DIA-A-DIA

2.2	Responda até que ponto você concorda ou discorda das afirmações. Suas opções são: Concordo totalmente (1) Concordo mais do que discordo (2) Discordo mais do que concordo (3) Discordo totalmente (4).
a)	Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho. (<input type="checkbox"/>)
b)	No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros. (<input type="checkbox"/>)
c)	Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho. (<input type="checkbox"/>)
d)	Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem. (<input type="checkbox"/>)
e)	No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes. (<input type="checkbox"/>)
f)	Eu gosto de trabalhar com meus colegas. (<input type="checkbox"/>)
2.3	Dentre as opções que serão citadas quais o incomodam no trabalho? <i>Atenção! Assinale 1 na(s) que o incomoda(m) e 2 na(s) que não o incomodam</i> a) Calor (<input type="checkbox"/>) b) Iluminação (<input type="checkbox"/>) c) Chefe (<input type="checkbox"/>) d) Cheiro (<input type="checkbox"/>) e) Vapor (<input type="checkbox"/>) f) Esforço (<input type="checkbox"/>) g) Umidade (<input type="checkbox"/>) h) Barulho (<input type="checkbox"/>) i) Espaço (<input type="checkbox"/>) j) Outros (<input type="checkbox"/>) _____

SOBRE IMPEDIMENTOS DE REALIZAÇÃO DE TAREFAS DE TRABALHO

2.4	Você ficou IMPEDIDO(A) de realizar alguma de suas tarefas de trabalho, NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por algum problema de saúde que você teve ou tem? <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não <i>Atenção! Se a resposta for Não, passe para a pergunta 2.6.</i>
2.5	Se você respondeu SIM na pergunta anterior, o que você fez? <input type="checkbox"/> ₁ () compareceu ao trabalho, mas trocou de atividade <input type="checkbox"/> ₂ () não compareceu ao trabalho <input type="checkbox"/> ₃ () Outros _____
2.6	Você se AUSENTOU do trabalho, NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, por algum problema de saúde que você teve ou tem? <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não <i>Atenção! Se a resposta for Não, passe para a pergunta 2.10.</i> Se SIM , quantos dias? _____ dias <input type="checkbox"/> ₀ () Menos de um dia
2.7	Qual foi ou quais foram esses problemas de saúde que você teve ou tem que o(a) impediram de comparecer ao trabalho, NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS? Principal problema: _____ Outros problemas: _____
2.8	Sobre o principal problema de saúde citado na resposta à pergunta anterior, você procurou algum tipo de assistência para tratar deste problema? <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não <i>Atenção! Se a resposta for Não, passe para a pergunta 2.10.</i>
2.9	Se você respondeu SIM na pergunta anterior, que tipo de atendimento você procurou? <input type="checkbox"/> ₁ () Farmácia <input type="checkbox"/> ₂ () Posto de saúde <input type="checkbox"/> ₃ () Médico particular <input type="checkbox"/> ₄ () Outro profissional de saúde <input type="checkbox"/> ₅ () Hospital <input type="checkbox"/> ₆ () Emergência <input type="checkbox"/> ₇ () Agente de saúde <input type="checkbox"/> ₈ () Curas espirituais

SOBRE ACIDENTES DE TRABALHO

*ATENÇÃO! Sempre que o trabalhador responder SIM, prossiga nas perguntas subseqüentes ao acidente.
 (Se foi notificado; se procurou assistência médica, e Se teve que faltar o trabalho por causa do acidente)*

	1. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum dos ACIDENTES listados abaixo, enquanto estava trabalhando no Restaurante? Para cada tipo de acidente responda sobre aquele mais recente.	2. Este acidente foi comunicado ao setor de Recursos Humanos?	3. Por causa deste acidente você teve que procurar assistência médica?	4. Por causa deste acidente você teve que faltar ao trabalho por 1 dia ou mais?
a)	Corte <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não
b)	Queimadura <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não
c)	Choque elétrico <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não
d)	Perfuração com objeto <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não
e)	Contusão ou distensão muscular <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não
f)	Outros (especifique): _____ <input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não	<input type="checkbox"/> ₁ () Sim <input type="checkbox"/> ₂ () Não

3. TERCEIRA PARTE

Nessa terceira parte perguntaremos sobre como você se sente a respeito de sua SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E SITUAÇÕES VIVENCIADAS POR VOCÊ.

SOBRE SUA SAÚDE

3.1	De um modo geral, em comparação a pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde? 1() Muito bom 2() Bom 3() Regular 4() Ruim
------------	--

ATENÇÃO! Na próxima pergunta, para cada situação de doença, marque sim ou não. Sempre que marcar SIM, pergunte qual a idade na época em que o médico o informou, PELA PRIMEIRA VEZ, que o entrevistado teve ou tem a condição ou doença.

3.2	Alguma vez um MÉDICO lhe informou que você teve ou tem:	
a)	Colesterol alto (gordura no sangue)? 1() Sim com ____ anos de idade 2() Não	e)
b)	Diabetes (açúcar no sangue)? 1() Sim com ____ anos de idade 2() Não	f)
c)	Asma (bronquite asmática)? 1() Sim com ____ anos de idade 2() Não	g)
d)	Gastrite? 1() Sim com ____ anos de idade 2() Não	h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)
		g)
		h)
		e)
		f)

SOBRE SITUAÇÕES VIVENCIADAS POR VOCÊ

As próximas perguntas referem-se a alguns acontecimentos ou situações delicadas que podem ter ocorrido com você nos ÚLTIMOS 12 MESES.

3.4	<p>Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado(a) em hospital por uma noite ou mais?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim, uma vez ₂(<input type="checkbox"/>) Sim, mais de uma vez ₃(<input type="checkbox"/>) Não</p> <p>a) Se SIM, qual(is) o(s) motivo(s) dessa(s) internação(ões)? _____</p> <p>b) Quando foi a ÚLTIMA VEZ que isso aconteceu?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Há menos de um mês ₂(<input type="checkbox"/>) Entre 1 e 6 meses atrás ₃(<input type="checkbox"/>) Entre 7 e 12 meses atrás</p>
3.5	<p>Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado(a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim, uma vez Se SIM, quando foi a última vez que aconteceu?</p> <p>₂(<input type="checkbox"/>) Sim, mais de uma vez ₁(<input type="checkbox"/>) Há menos de um mês ₂(<input type="checkbox"/>) Entre 1 e 6 meses atrás</p> <p>₃(<input type="checkbox"/>) Não ₃(<input type="checkbox"/>) Entre 7 e 12 meses atrás</p>
3.6	<p>Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim, uma vez Se SIM, quando foi a última vez que aconteceu?</p> <p>₂(<input type="checkbox"/>) Sim, mais de uma vez ₁(<input type="checkbox"/>) Há menos de um mês ₂(<input type="checkbox"/>) Entre 1 e 6 meses atrás</p> <p>₃(<input type="checkbox"/>) Não ₃(<input type="checkbox"/>) Entre 7 e 12 meses atrás</p>
3.7	<p>Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi ferido(a) com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim, uma vez Se SIM, quando foi a última vez que aconteceu?</p> <p>₂(<input type="checkbox"/>) Sim, mais de uma vez ₁(<input type="checkbox"/>) Há menos de um mês ₂(<input type="checkbox"/>) Entre 1 e 6 meses atrás</p> <p>₃(<input type="checkbox"/>) Não ₃(<input type="checkbox"/>) Entre 7 e 12 meses atrás</p>
3.8	<p>Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você presenciou alguém ser ferido com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola, etc.) ou arma branca (faca, navalha, etc.)?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim, uma vez Se SIM, quando foi a última vez que aconteceu?</p> <p>₂(<input type="checkbox"/>) Sim, mais de uma vez ₁(<input type="checkbox"/>) Há menos de um mês ₂(<input type="checkbox"/>) Entre 1 e 6 meses atrás</p> <p>₃(<input type="checkbox"/>) Não ₃(<input type="checkbox"/>) Entre 7 e 12 meses atrás</p>
3.9	<p>Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu algum acidente de trânsito, seja como motorista, passageiro ou pedestre?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim, uma vez Se SIM, quando foi a última vez que aconteceu?</p> <p>₂(<input type="checkbox"/>) Sim, mais de uma vez ₁(<input type="checkbox"/>) Há menos de um mês ₂(<input type="checkbox"/>) Entre 1 e 6 meses atrás</p> <p>₃(<input type="checkbox"/>) Não ₃(<input type="checkbox"/>) Entre 7 e 12 meses atrás</p>
3.10	<p>Algum desses ACIDENTES ocorreu quando você estava indo para o trabalho ou voltando para casa ou para outro lugar?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim ₂(<input type="checkbox"/>) Não</p>
3.11	<p>Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você perdeu algum parente próximo (avós, pais, filhos ou tios)?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim, uma vez Se SIM, quando foi a última vez que aconteceu?</p> <p>₂(<input type="checkbox"/>) Sim, mais de uma vez ₁(<input type="checkbox"/>) Há menos de um mês ₂(<input type="checkbox"/>) Entre 1 e 6 meses atrás</p> <p>₃(<input type="checkbox"/>) Não ₃(<input type="checkbox"/>) Entre 7 e 12 meses atrás</p>
3.12	<p>Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você sofreu alguma decepção amorosa ou com familiares ou amigos?</p> <p>₁(<input type="checkbox"/>) Sim, uma vez Se SIM, quando foi a última vez que aconteceu?</p> <p>₂(<input type="checkbox"/>) Sim, mais de uma vez ₁(<input type="checkbox"/>) Há menos de um mês ₂(<input type="checkbox"/>) Entre 1 e 6 meses atrás</p> <p>₃(<input type="checkbox"/>) Não ₃(<input type="checkbox"/>) Entre 7 e 12 meses atrás</p>

4. QUARTA PARTE

Para **TERMINAR** favor responder alguns dados pessoais.

4.1	No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida (a soma de rendimentos com desconto(s) de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?) <input type="checkbox"/> ₁ até R\$ 350,00 <input type="checkbox"/> ₂ de R\$ 351,00 a R\$ 700,00 <input type="checkbox"/> ₃ de R\$ 701,00 a R\$ 1.050,00 <input type="checkbox"/> ₄ de R\$ 1.051,00 a R\$ 1.400,00 <input type="checkbox"/> ₅ de R\$ 1.401,00 a R\$ 1.750,00 <input type="checkbox"/> ₆ acima de R\$ 1.750,00
4.2	Situação conjugal: <input type="checkbox"/> ₁ solteiro(a) <input type="checkbox"/> ₂ casado(a)/união estável <input type="checkbox"/> ₃ separado(a)/divorciado(a) <input type="checkbox"/> ₄ viúvo(a)
4.3	Filhos: <input type="checkbox"/> ₁ sem filhos <input type="checkbox"/> ₂ filho ≤ 6 anos de idade <input type="checkbox"/> ₃ filho > que 6 anos de idade <input type="checkbox"/> ₄ filhos menores e maiores do que 6 anos de idade
4.4	Ocupação do pai: _____
4.5	Ocupação da(o) companheira(o): _____
4.6	A sua casa é? <input type="checkbox"/> ₁ alugada <input type="checkbox"/> ₂ própria <input type="checkbox"/> ₃ Outros _____
4.7	Sistema de abastecimento de água da sua casa? <input type="checkbox"/> ₁ Rede pública <input type="checkbox"/> ₂ Poço <input type="checkbox"/> ₃ Outros _____
4.8	Sistema de esgoto da sua casa? <input type="checkbox"/> ₁ Rede Geral <input type="checkbox"/> ₂ Fossa <input type="checkbox"/> ₃ Vala aberta <input type="checkbox"/> ₄ Outros _____
4.9	Como você classificaria sua cor? <input type="checkbox"/> ₁ Negra <input type="checkbox"/> ₂ Parda <input type="checkbox"/> ₃ Branca <input type="checkbox"/> ₄ Amarela <input type="checkbox"/> ₅ Outra _____
4.10	Você fuma atualmente? <input type="checkbox"/> ₁ Sim a) Se sim , quantos cigarros você fuma por dia () <input type="checkbox"/> ₂ Não, nunca fumei <input type="checkbox"/> ₃ Não, fumei no passado, parei de fumar
4.11	Você costuma beber bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> ₁ Sim <input type="checkbox"/> ₂ Não <i>Atenção! Se a resposta for NÃO agradeça a atenção e encerre a entrevista.</i>
4.12	Nas últimas duas semanas, que tipo de bebida você mais consumiu? <input type="checkbox"/> ₁ Cerveja <input type="checkbox"/> ₂ Vinho <input type="checkbox"/> ₃ Uísque <input type="checkbox"/> ₄ Cachaça <input type="checkbox"/> ₅ Outros _____
4.13	Nas últimas duas semanas, quantos dias, ao todo você consumiu algum tipo de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> ₁ Todos os dias <input type="checkbox"/> ₂ 10 a 13 dias <input type="checkbox"/> ₃ 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> ₄ 2 a 5 dias <input type="checkbox"/> ₅ 1 único dia
4.14	Nas últimas duas semanas, nos dias em que você consumiu bebida alcoólica, quantos doses, em geral, você bebeu em cada um desses dias? <input type="checkbox"/> ₁ 1 dose <input type="checkbox"/> ₂ 2 a 4 doses <input type="checkbox"/> ₃ 5 a 7 doses <input type="checkbox"/> ₄ 8 a 10 doses <input type="checkbox"/> ₅ 10 doses ou mais

MUITO OBRIGADO!

ATENÇÃO !!!

Anote na página 1, na tabela de “DADOS DA ENTREVISTA”, a HORA de FIM dessa entrevista.

Anexo II:

Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Pressão no trabalho: impedimento das atividades laborais e ambiente de trabalho entre trabalhadores dos Restaurantes Populares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Você foi solicitado por fazer parte do quadro de funcionários do Restaurante Popular e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo da pesquisa é estudar o estresse ocupacional de trabalhadores e o seu impedimento na realização de atividades diárias laborais devido a problemas de saúde em cozinhas industriais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas sobre situações que ocorreram na vida pessoal, profissional e sócio-econômico, assim como permitir a aferição das medidas de peso, altura, circunferência abdominal e ruído.

Não existem riscos de saúde na sua participação. Os benefícios relacionados com a sua participação são conhecer o perfil dos trabalhadores de cozinha industrial e o conhecimento do seu estado nutricional.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e os questionários serão identificados através de um número que consta no início do mesmo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Odaleia Barbosa de Aguiar

Instituto de Nutrição/ UERJ
Rua São Francisco Xavier, 524/ 12º andar, sala 12030 CEP 20550-013
Telefone: 2587 7338

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Anexo III:

Manual do Entrevistador

(Sem os respectivos anexos)*

* Os Anexos do Manual são os Anexos I, II, IV, V e VI apresentados nessa Tese.

**PROJETO PERFIL OCUPACIONAL
E PERFIL DE SAÚDE DOS
TRABALHADORES DOS
RESTAURANTES POPULARES**

PESQUISA DE CAMPO

**MANUAL
DOS
ENTREVISTADORES**

**Versão 3
Novembro 2006**

1. Apresentação

A realização do Projeto de Pesquisa “Perfil Ocupacional e Perfil de Saúde dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares” constitui a atividade principal da tese de Doutorado de Odaleia Barbosa de Aguiar no Programa de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social.

Este Projeto consiste em um estudo seccional cujos objetivos principais são a investigação de: stress ocupacional e absenteísmo, aspectos sócio-econômicos, qualificação profissional, condições de trabalho e comportamento de saúde, dos trabalhadores em cozinhas industriais. A Pesquisa pretende coletar dados de todos os trabalhadores dos Restaurantes Populares do Rio de Janeiro, totalizando 540 (quinhentos e quarenta) indivíduos distribuídos nos Restaurantes Populares localizados em Duque de Caxias, Bangu, Central do Brasil, Maracanã, Nova Iguaçu, Itaboraí, Niterói, Barra Mansa e Campos.

Este manual define os principais procedimentos e atitudes a serem adotadas na condução da pesquisa de campo com o objetivo de padronizar a ação dos entrevistadores envolvidos com a Coleta de Dados.

Em conjunto, os instrumentos e procedimentos de pesquisa, o teste desses instrumentos, a seleção e integração da equipe de campo, os métodos de sensibilização dos trabalhadores e o controle de qualidade das atividades do Projeto visam à obtenção de **dados científicos válidos e confiáveis**, com a máxima cobertura da população-alvo e o melhor aproveitamento dos recursos investidos na pesquisa. Por este motivo, as instruções aqui contidas devem ser seguidas **rigorosamente**, passo a passo; dúvidas e casos omissos deverão ser esclarecidos **com o coordenador**.

Revisões e acréscimos ao Manual poderão ocorrer, em caso de necessidade, durante as fases de integração e de coleta de dados.

2. Características gerais do Projeto

2.1. População-alvo: Constituída por todos os trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro, independente da data de admissão.

2.2. População inelegível:

- ◆ Os trabalhadores que ocupam o cargo de vigia por não fazerem parte do processo produtivo.
- ◆ Os trabalhadores que estiverem licenciados por motivo de saúde ou licença maternidade no período de realização do projeto, confirmada na primeira listagem, não participarão da pesquisa, **mesmo que retornem ao restaurante**.
- ◆ Os trabalhadores que não são efetivos do Restaurante Popular.
- ◆ Os Administradores vinculados à Secretaria de Estado da Família e da Assistência Social – SEFAS do Estado do Rio de Janeiro.

2.3. Coleta e Processamento dos dados

2.3.1. Sensibilização dos Trabalhadores: A população-alvo será convidada a participar voluntariamente do Projeto, inicialmente através de prospecto elucidativo da pesquisa (Anexo I), de cartazes (Anexo II) que serão afixados na primeira visita ao restaurante. Reuniões realizadas anteriormente com a chefia têm como objetivo facilitar a participação daqueles que assim o desejarem.

2.3.2. Coleta de Dados

- ◆ A coleta de dados será realizada nos locais de trabalho (Restaurantes).

- ◆ Os trabalhadores que desejarem participar preencherão o Termo de Consentimento (Anexo III) e responderão ao Questionário (Anexo IV), com apoio dos entrevistadores.

- ◆ Estima-se que, em média, cada trabalhador permaneça cerca de 20 minutos com o entrevistador.

- ◆ As medidas de peso e estatura serão realizadas em dois dias, no horário de entrada do trabalhador no restaurante.

2.3.3. Processamento dos Dados: A digitação de cada questionário deverá ser iniciada com uma revisão completa, visando verificar se todo ele está devidamente preenchido. Após essa revisão, todos os dados devem ser digitados.

2.3.4. Duração: de dezembro/2006 a fevereiro/2007.

2.4. Equipe:

2.4.1. Composição: A coleta de dados será conduzida por uma equipe composta por 1 (um) Coordenador da Pesquisa e 7 (sete) Entrevistadores

2.4.2. Atribuições Gerais:

2.4.2.1. Compete ao Coordenador da Pesquisa:

- ◆ Gerenciar o processo de coleta de dados, sendo responsável pela orientação do trabalho dos entrevistadores e monitoramento contínuo da padronização e qualidade dos procedimentos.

- ◆ Garantir a adequação de todas as etapas da coleta de dados.

- ◆ Monitorar o desempenho dos entrevistadores de campo, estando atento quanto à correta abordagem aos trabalhadores e cumprimento das atividades de campo.

- ◆ Contribuir para um ambiente de colaboração mútua entre os membros da equipe.

- ◆ Reunir quinzenalmente os entrevistadores para avaliação do trabalho de campo.

2.4.2.2. Compete ao Entrevistador:

- ◆ Abordar os trabalhadores e as respectivas chefias nos Restaurantes Populares para convidá-los a participar do Projeto, esclarecendo os objetivos da pesquisa, dirimindo possíveis dúvidas, diminuindo resistências e revertendo recusas.

- ◆ Preparar o local das aferições, montar os equipamentos e realizar as aferições de peso, circunferência abdominal e estatura, entregando ao final o Cartão com a Avaliação Nutricional (ANEXO V) do entrevistado.

- ◆ Receber o trabalhador com cordialidade e conferir o nome e cargo com a listagem fornecida pela chefia.

- ◆ Entregar o termo de consentimento livre e esclarecido, pedir que leia e seja devidamente assinado e entregar uma cópia ao trabalhador.

- ◆ Ler o questionário pausadamente, sem acréscimo de palavras mantendo uma mesma entonação e assinalando a resposta dada pelo trabalhador. Quando o trabalhador tiver dúvidas a respeito da questão o entrevistador deverá ler novamente a pergunta, sem acréscimo de palavras, mantendo a mesma entonação dada anteriormente.

Atenção! Em hipótese alguma o entrevistador deve tentar explicar a pergunta.

- ◆ Certificar-se de que todas as perguntas foram respondidas.

◆ Anotar no diário de campo as ocorrências relevantes do dia de trabalho.

2.5. Materiais:

Os entrevistadores receberão os seguintes materiais e deverão devolvê-los após o término dos trabalhos: Crachá, Pasta, Cartazes, Lista de Funcionários dos Restaurantes Populares que lhe serão atribuídos, Diário de Campo, Carta aos trabalhadores, Caneta, Disquete com o banco de dados, Manual de Operações e Questionários.

3. Procedimentos para a Coleta de Dados

3.1. O convite

O entrevistador deve se dirigir ao restaurante a ele designado pelo Coordenador, e inicialmente se apresentar à chefia do restaurante para que ela facilite a participação de seus trabalhadores no Projeto.

Neste contato, principalmente no primeiro, é importante estar atento às particularidades de cada local e equipe de trabalho. Detalhes como os horários dos funcionários de entrada e saída, de almoço, ritmo e características do trabalho.

3.2. Lidando com resistências e recusas

Cabe ao entrevistador um papel fundamental no estímulo ao maior nível possível de participação, o que inclui a reversão de recusas iniciais. Diante da resistência ou recusa do trabalhador em participar do projeto, a atitude do entrevistador deve ser sempre de simpatia e cordialidade, argumentação sólida e suave persistência.

Dependendo da situação, a ser avaliada cuidadosamente após a tentativa de esclarecer a razão da resistência ou recusa, o entrevistador poderá lançar mão dos argumentos mencionados a seguir, ressaltando:

- ✓ A importância de ter dados do conjunto de trabalhadores de cozinha a fim de conhecer o processo de trabalho, as condições de trabalho e situação de saúde.
- ✓ A confidencialidade das informações, que serão utilizadas para fins estatísticos e em hipótese nenhuma, divulgadas informações de modo individualizado ou fornecida a terceiros.
- ✓ A importância das medidas de peso, estatura e circunferência abdominal.
- ✓ A importância da participação do trabalhador, explicando que os dados coletados podem ser utilizados pelo departamento de pessoal para atividades em benefício dos trabalhadores de cozinha.

3.3. A rotina no restaurante

3.3.1. A aplicação do questionário

O entrevistador deve:

- Recepcionar o trabalhador e conferir o nome e cargo na listagem.
- Fornecer ao trabalhador esclarecimentos e instruções gerais sobre o objetivo da pesquisa, a importância da participação do trabalhador e a importância das informações por ele prestadas.
 - Entregar o termo de consentimento ao trabalhador e instruí-lo quanto à finalidade do documento e de sua assinatura.
 - Rubricar a segunda via do termo de consentimento e deixá-lo com o trabalhador.
 - Preencher o questionário com os dados relativos à pesquisa, iniciando pela anotação do horário de início da entrevista e passando, em seguida, sequencialmente,

à leitura de cada pergunta e anotação da respectiva resposta dada pelo trabalhador; ao encerrar a entrevista, anotar o horário de fim da entrevista na página 1 do questionário.

- Ler as perguntas pausadamente e todas as opções de resposta até o final.
- Caso o trabalhador expresse uma falta de precisão para a pergunta, estimule-o a responder da forma mais aproximada possível. Não deixe perguntas ou itens em branco.
- Caso o trabalhador expresse uma falta de entendimento na leitura da pergunta, releia novamente a pergunta quantas vezes forem necessárias, sem acréscimo, não induzindo o trabalhador, de forma pausada a fim de esclarecer a falta de entendimento.

ATENÇÃO! *Não cabe ao entrevistador interpretar ou decidir o que deva ou não ser considerado como resposta. Nesse caso, como em outros ao longo do questionário, a atitude correta será a de devolver a pergunta ao trabalhador, levando-o a oferecer a resposta segundo a sua compreensão do que seja o mais adequado. O objetivo é ajudar o trabalhador a informar sempre como resposta sua própria percepção do que está sendo perguntado.*

- Para todas as perguntas, há sempre uma resposta que se aplica melhor ao caso de cada um.
- Preencher o questionário com letras legíveis, de preferência, de forma.
- Em caso de mudança de resposta, o entrevistador deverá riscar a opção anterior, escrevendo ao lado “sem efeito” e marcar a opção desejada.
- Estar atento para as indicações de “pulo” em algumas questões.

4. MEDIDAS

As medidas serão realizadas utilizando-se:

- ✓ uma Balança com variação de 0,1 kg e capacidade máxima de até 180 kg,
- ✓ Um Estadiômetro com variação de 0,1m até 2.00m e
- ✓ Uma Fita Inelástica com variação de 0,1cm até 2.00m.

Nas aferições deverão ser adotadas posturas confortáveis e o entrevistador deve demonstrar tranqüilidade em toda a seqüência de procedimentos que se seguirão. As aferições deverão ser precedidas de uma breve explicação sobre a medida a ser feita (pesagem, aferição da circunferência abdominal e aferição da altura).

4.1. Peso

A Balança deverá ser colocada em superfície rígida e plana, em local bem iluminado. Após ligar a balança, ela deverá ser zerada, ou seja, o indicador de leitura deverá corresponder ao ponto zero da escala.

Procedimentos:

- ◆ Tare a balança, ou seja, verifique se está no ponto zero da escala.
- ◆ Solicite ao trabalhador que antes de subir na balança, retire sapatos e o máximo de peças extras do vestuário (aventais, cinto, etc.) além de chaves, carteira, celular e qualquer outro item que possa inferir no peso.
- ◆ Solicite ao trabalhador que mantenha os pés unidos no centro da balança, com o corpo ereto, com o peso distribuído igualmente nos dois pés, procurando ficar imóvel, com os braços estendidos ao longo do corpo e de costas para o visor.

- ◆ Realize a leitura após o valor do peso estar fixado no visor, sem oscilações, e anote-o imediatamente na planilha. Registre o valor exato observado – nunca faça arredondamentos.

- ◆ Solicite educadamente, que o trabalhador se retire da balança.

- ◆ Nunca descontar o peso da roupa por estimativa, qualquer que seja o vestuário.

4.2. Circunferência Abdominal

Procedimentos:

- ◆ Solicite, gentilmente, ao trabalhador que afaste a roupa de modo a deixar livre a região da cintura.

- ◆ Solicite ao trabalhador que repita a postura com que foi pesado, ou seja, com os pés juntos e o peso igualmente distribuído em ambos os pés, com os braços estendidos ao longo do corpo, e abdome relaxado.

- ◆ Posicione-se de frente para o examinado e coloque a fita métrica ao redor da cintura na altura da cicatriz umbilical, sem tensioná-la contra o corpo, nem desnivelar parte da fita.

- ◆ Certifique-se que a fita esteja bem posicionada.

- ◆ Solicite que o trabalhador respire normalmente.

- ◆ Mova-se para o lado direito do trabalhador, para não obter a medida de frente

- ◆ Realize a leitura no 0,1cm mais próximo onde o valor da medida obtida na aferição cruza a marca ZERO que consta na fita.

- ◆ Anotar o valor obtido na planilha

- ◆ A medida não deverá ser feita no caso de gestantes.

- ◆ Caso não seja possível, realizar a medida sobre a pele, realizar a medida sobre a roupa e anotar esta informação.

4.3. Estatura

Deverá ser identificada uma superfície vertical (parede) plana, lisa, firme, sem ondulações ou rodapés, com no mínimo 2,50 m de altura.

O Estadiômetro deverá ser fixado na parede escolhida, utilizando-se fita adesiva, com o visor frontal na parte superior, marcando o ponto zero e fazendo ângulo reto com a parede.

Procedimentos:

- ◆ A estatura será medida duas vezes, sendo que as duas aferições deverão ser intercaladas pela aferição de peso e circunferência abdominal.

- ◆ O trabalhador deverá estar sem sapatos e sem qualquer penteado ou adorno na cabeça (rabo de cavalo, coque, boné, arco ou outros acessórios).

- ◆ O trabalhador deverá estar de pé, imóvel, ereto, com a coluna vertebral encostada na direção do centro da fita, joelhos esticados e juntos, calcanhares unidos e os braços estendidos ao longo do corpo.

- ◆ A cabeça deverá estar erguida, com os olhos mirando um plano horizontal à frente.

- ◆ Peça gentilmente que o trabalhador inspire profundamente e mantenha posição.

- ◆ Abaixo o estadiômetro, até que este encoste na cabeça do participante. Deve-se estar atento para que a pessoa não se encolha ou se movimente.

- ◆ Mantenha o estadiômetro na posição e peça, delicadamente, que o trabalhador se retire.

- ◆ Realiza a leitura sem soltar o estadiômetro, que deverá ser mantido pressionado contra a parede.

◆ Registre o valor da estatura em centímetros na planilha. Caso a medida fique entre dois valores muito próximos, aproximar do 0,1cm mais próximo (ex: caso a medida fique entre 151,5 e 151,6 tendendo a 151,6, registrar esse último valor).

5. FINALIZAÇÃO

O entrevistador deve assinalar na listagem, “concluído”, na linha em que consta o nome do trabalhador.

Por último, o entrevistador agradece ao trabalhador pela participação.

6. ATITUDES GERAIS

➤ Estar bem informado sobre os objetivos da pesquisa. Conhecer o conteúdo e objetivos do questionário e das aferições para melhor orientar os participantes em quaisquer dúvidas, pois todas devem ser consideradas importantes.

➤ Manter uma atitude cordial, paciente e flexível, evitando ou contornando situações potencialmente conflituosas, nos contatos com os participantes e suas chefias, assim como entre os entrevistadores da equipe.

➤ Buscar ambiente silencioso e tranqüilo para o preenchimento do questionário.

➤ Nunca comentar, dentro ou fora dos Restaurantes, quaisquer aspectos e situações vivenciadas durante a coleta dos dados que possam constranger o trabalhador, mantendo-se fiel ao espírito do Termo de sigilo assinado por todos os integrantes da equipe.

➤ Zelar por todo material de trabalho, cumprindo o período de entrevistas.

➤ Usar roupas discretas, evitar constranger os participantes com o uso de camisetas, adesivos de caráter político ou religioso.

➤ Usar sempre jaleco branco em boas condições de limpeza.

➤ Usar o crachá de identificação.

➤ Não fumar, comer ou beber durante o contato com o trabalhador.

7. ANEXOS

Anexo I: Informativo para os Trabalhadores

Anexo II: Cartaz

Anexo III: Termo de Consentimento

Anexo IV: Questionário Aplicado na Pesquisa

Anexo V: Cartão de Avaliação Nutricional

Anexo IV:

Informativo para os Trabalhadores



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO APLICADA**

PROJETO PERFIL DE SAÚDE E PERFIL OCUPACIONAL

Nós, pesquisadoras do Instituto de Nutrição da UERJ, gostaríamos de lhes informar que, em parceria com a Secretaria de Estado da Família e da Assistência Social – SEFAS, estamos realizando um trabalho com Trabalhadores em Cozinhas Industriais para conhecer os seus perfis de saúde e ocupacional, visando contribuir com sugestões para a melhoria das condições de trabalho e de desenvolvimento profissional desses trabalhadores.

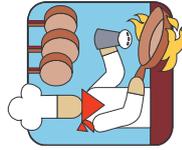
Brevemente, com aqueles que desejarem participar, estaremos realizando entrevistas e medidas de composição corporal e, ao final, cada participante receberá, gratuitamente, a avaliação de seu estado nutricional.

Desde já, agradecemos a colaboração dos nutricionistas e dos trabalhadores que aderirem a esta iniciativa, participando das atividades.

Pesquisadoras do Instituto de Nutrição

Anexo V:

Cartaz



TRABALHADOR EM COZINHA!

PARTICIPE DE NOSSA PESQUISA !

Você é nosso convidado para participar da pesquisa “Perfil de Saúde e Perfil Ocupacional dos Trabalhadores em Cozinha Industrial” que a Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ está realizando em todos os Restaurantes Populares do Rio de Janeiro.

SUA COLABORAÇÃO SERÁ MUITO IMPORTANTE!



Pesquisadores de Campo
UERJ

Anexo VI:

Cartão de Avaliação

1. CAPA

	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE TRABALHADORES EM COZINHAS INDUSTRIAIS
NOME: _____	
Data de Nascimento: ___ / ___ / _____	

2. PARTE INTERNA

Data				
Peso				
Altura				
Classificação IMC (Índice de Massa Corporal)				
Pressão Arterial (mmHg)				

Anexo VII:

Tabelas Complementares

Tabela C.1 – Associação entre Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde e Variáveis Socioeconômicas / Demográficas, dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS/ DEMOGRÁFICAS	IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE				
	N	Prevalência (%)	Total	RP (IC95%) bruta	RP (IC95%) ajustada
Sexo					
Feminino	12	7,5	159	1,00	
Masculino	34	12,7	267	1,68 (0,90-3,16)	1,44 (0,74-2,82)
Faixa Etária					
até 29 anos	26	15,9	164	1,00	
30 a 44 anos	14	7,8	180	0,49 (0,26-0,90)	0,49(0,25-0,98)
45 anos e mais	6	7,3	82	0,46 (0,19-1,07)	0,45(0,17-1,19)
Cor					
Branca	10	10,5	95	1,00	
Negra	11	10,0	110	0,95 (0,42-2,13)	0,84(0,37-1,88)
Parda	25	11,3	221	1,07 (0,53-2,14)	1,06(0,53-2,13)
Situação Conjugal					
Solteiro	13	9,5	136	1,00	
Casado	28	11,8	237	1,23 (0,66-2,3)	1,50(0,80-2,81)
Separado/Viúvo	5	9,4	53	0,98 (0,36-2,63)	1,85(0,63-3,98)
Tempo de trabalho em cozinhas					
25 meses e mais	23	8,9	258	1,00	
Até 24 meses	23	13,7	168	1,53(0,89-2,64)	1,23(0,68-2,22)

Tabela C.2 – Associação entre Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde e Variáveis do Modelo Hierárquico de Primeiro e Segundo Nível, dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

VARIÁVEIS	IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE				
	N	Prevalência (%)	Total	IRR (IC95%) bruta	IRR (IC95%) ajustada
Sexo					
Feminino	12	7,5	159	1,00	
Masculino	34	12,7	267	1,68 (0,87 –3,25)	1.14 (0,51-2,53)
Faixa Etária					
até 29 anos	26	15,9	164	1,00	
30 a 44 anos	14	7,8	180	0,49 (0,26-0,90)	0,62(0,29-1,30)
45 anos e mais	6	7,3	82	0,46 (0,18-1,12)	0,66(0,24-1,80)
Uso de tabaco					
Nunca fumou	30	11,2	268	1,00	
Fuma atualmente	12	15,0	80	1,34 (0,68-2,61)	0,82(0,39-1,72)
Ex-fumante	4	5,1	78	0,45 (0,16-1,30)	0,42(0,14-1,22)
Uso de beb alcoólica					
Não	14	6,9	201	1,00	
Sim	32	14,2	225	2,04 (1,08-3,82)	1,64(0,83-3,23)
Cargos ocupados					
Administrativos	6	8,7	69	1,00	
Aux .Serv .Gerais	24	15,6	154	1,79 (0,73-4,38)	1,03(0,38-2,78)
Copeiras + Cozinheiros	16	7,8	203	0,90 (0,36-2,31)	1,74(0,62-4,83)
Tempo deslocar casa /trab					
Até 30 minutos	11	6,2	177	1,00	
31-60 minutos	18	11,7	154	1,88 (0,91-3,85)	2,00(0,93-4,30)
61 minutos e +	17	17,9	95	2,87 (1,40-5,89)	2,62(1,21-5,70)
Estado Geral de Saúde					
Bom	15	7,4	202	1,00	
Muito bom	18	11,6	155	1,56 (0,78-3,10)	1,38(0,69-2,78)
Regular e ruim	13	18,8	69	2,53 (1,20-5,33)	1,82(0,81-4,08)
Eventos Vida produtores Stress*					
Não	33	14,2	232	1,00	
Sim	13	6,7	194	2,12 (1,11-4,03)	1,81(0,92-3,55)
Escolaridade					
9 anos e mais	19	9,6	198	1,00	
5-8 anos	23	12,8	180	1,33 (0,75-2,44)	1,17(0,59-2,31)
≤ 4 anos	4	8,3	48	0,86 (0,29-2,55)	1,09(0,34-3,49)
Filhos					
Não	13	9,3	139	1,00	
Sim	33	11,5	287	1,22 (0,64-2,33)	1,48(0,75-2,09)

EVPE=sofrer (internação+ assalto ou roubo+ agressão física+ ferido por arma de fogo+ presenciar alguém ser ferido + sofrer decepção amorosa+e morte de parente próximo)

Tabela C.3 – Associação entre Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde e Variáveis do Modelo Hierárquico de Primeiro, Segundo e Terceiro Nível, dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

VARIÁVEIS	IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE				
	N	Prevalência (%)	Total	IRR (IC95%) bruta	IRR (IC95%) ajustada
Sexo					
Feminino	12	7,5	159	1,00	
Masculino	34	12,7	267	1,68 (0,87-3,25)	1,56(0,75-3,26)
Faixa Etária					
Até 29 anos	26	15,9	164	1,00	
30 anos e mais	20	7,8	180	0,49 (0,26-0,90)	0,69(0,36-1,31)
Tempo deslocar casa / trab.					
Até 30 minutos	11	6,2	177	1,00	
31 a 60 minutos	18	11,7	154	1,88 (0,91-3,85)	1,41(0,63-3,15)
61 minutos e mais	17	17,9	95	2,87 (1,40-5,89)	1,89(0,83-4,31)
Estado Geral de Saúde					
Muito Bom / Bom	33	9,2	357	1,00	
Regular e ruim	13	18,8	69	2,03 (1,07-3,87)	1,60(0,80-3,21)
Eventos Vida produtores Stress*					
Não	33	14,2	232	1,00	
Sim	13	6,7	194	2,12 (1,11-4,03)	1,75(0,87-3,48)
Demanda Psicológica					
Baixa demanda	17	8,9	191	1,00	
Alta demanda	29	12,3	235	1,38 (0,78-2,44)	1,04(0,55-1,95)
Controle					
Alto controle	15	7,6	197	1,00	
Baixo controle	31	13,5	229	1,77 (0,98-3,19)	1,76(0,93-3,34)
Apoio Social no Trabalho					
Alto apoio	8	8,2	97	1,00	
Apoio intermediário	17	10,2	166	1,24 (0,55-2,76)	1,03(0,43-3,34)
Baixo apoio	21	12,9	163	1,56 (0,71-3,38)	1,04(0,44-2,45)
Usufruir do horário de almoço					
Sim	37	11,0	336	1,00	
Não	9	10,0	90	0,90(0,45-1,81)	0,98(0,46-2,08)
Percepção sobre incômodos ambientais**					
Não	1	3,13	32	1,00	
Sim	45	11,4	394	3,63(0,52-25,6)	3,23(0,43-23,9)
Unidade de trabalho					
B. Mansa / Campos / Itaboraí				1,00	
Caxias / N. Iguaçu				1,44(0,43-4,79)	1,12(0,31-4,00)
Bangu / Central / Maracanã / Niterói				3,84(1,40-10,5)	2,49(0,80-7,74)
Renda Familiar					
> 2 Salários Mínimos	17	9,9	171	1,00	
> 1 e ≤ 2 Salários Mínimos	22	12,3	178	1,24 (0,68-2,25)	1,27(0,65-2,46)
Até 1 Salário Mínimo	7	9,1	77	0,91 (0,39-2,11)	0,81(0,33-2,00)

*EVPE=sufrir (internação+ assalto ou roubo+ agressão física+ ferido por arma de fogo+ presenciar alguém ser ferido + sofrer decepção amorosa+e morte de parente próximo).

** Incômodo Ambiental (Percepção sobre incômodo= temperatura, ruído, iluminação e espaço físico)

Tabela C.4 – Associação entre Impedimento ao Trabalho Devido a Problemas de Saúde e Variáveis do Modelo Hierárquico de Primeiro, Segundo e Terceiro Nível (Quadrantes de Karasek), dos Trabalhadores dos Restaurantes Populares do Estado do Rio de Janeiro – 2006/2007

VARIÁVEIS	N	Prev (%)	IMPEDIMENTO AO TRABALHO DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE		
			Total	IRR (IC95%) bruta	IRR (IC95%) ajustada
Sexo					
Feminino	12	7,5	159	1,00	
Masculino	34	12,7	267	1,68 (0,87-3,25)	1,93(0,91-4,07)
Faixa Etária					
até 29 anos	26	15,9	164	1,00	
30 anos e mais	20	7,8	180	0,49 (0,26-0,90)	0,44(0,21-0,94)
Tempo deslocar casa /trabalho					
Até 30 minutos	11	6,2	177	1,00	
31-60 minutos	18	11,7	154	1,88 (0,91-3,85)	1,46(0,65-3,24)
61 minutos e mais	17	17,9	95	2,87 (1,40-5,89)	2,08(0,92-4,70)
Estado Geral de Saúde					
Muito Bom / Bom	33	9,2	357	1,00	
Regular e ruim	13	18,8	69	2,03 (1,07-3,87)	0,81(0,30-2,20)
Eventos Vida produtores Stress					
Não	33	14,2	232	1,00	
Sim	13	6,7	194	2,12 (1,11-4,03)	1,70(0,87-3,34)
Quadrantes estresse no trabalho					
mais controle / menos demanda	13	12,0	108	1,00	
Mais controle / mais demanda	18	14,8	121	1,23(0,,60-2,52)	0,70(0,32-1,50)
menos controle / menos demanda	4	4,8	83	0,40 (0,13-1,22)	0,31(0,09-0,98)
menos controle / mais demanda	11	9,6	114	0,80(0,35-1,78)	0,56(0,24-1,29)
Apoio Social no Trabalho					
(alto + Intermediário) apoio	8	8,2	97	1,00	
baixo apoio	38	11,5	329	1,40 (0,67-2,90)	0,93(0,42-2,06)
Percepção sobre incômodos ambientais³					
sem incomodo	2	4,7	42	1,00	
baixo incomodo	40	10,6	375	2,24 (0,54-9,26)	2,52(0,59-10,7)
alto incomodo	4	44,4	9	9,33 (1,70-50,9)	9,78(1,67-57,1)
Unidade de trabalho					
B. Mansa / Campos / Itaboraí / Caxias / Nova Iguaçu	11	5,2	210	1,00	
Bangu / Central / Maracanã / Niterói	35	16,2	216	3,09 (1,61-5,92)	2,51(1,20-5,26)
Interação Idade versus Estado Geral de Saúde					
0					
1					4,46(1,13-17,5)

*EVPE=sufrer (internação+ assalto ou roubo+ agressão física+ ferido por arma de fogo+ presenciar alguém ser ferido + sofrer decepção amorosa+e morte de parente próximo).

** Incômodo Ambiental (Percepção sobre incomodo em face a temperatura, ruído, iluminamento e espaço físico).

Apêndice:

A Escolha do Tema

A Escolha do Tema

A escolha desse tema teve sua origem em 1983, quando comecei a desenvolver minhas atividades como Nutricionista de Restaurantes Industriais, trabalhando em uma concessionária de Serviços de Alimentação Coletiva. Nesta época, a concessionária prestava serviços para uma empresa estatal do Rio de Janeiro, onde fui alocada para executar atividades de: planejamento de cardápios, elaboração de lista de compras, supervisão do recebimento e armazenamento de mercadorias, orientação do preparo e higiene dos alimentos, supervisão da distribuição de refeições e controle de custos.

A concessionária escolheu nossa Unidade para treinar os empregados que contratava para exercer atividades operacionais e, com isso, comecei a ampliar meus conhecimentos sobre gerenciamento de recursos humanos, principalmente no que tange ao treinamento de pessoal, relações humanas e liderança.

O contato mais próximo com os trabalhadores fez-me perceber o domínio que eles tinham do processo de produção e o desejo de construir conhecimento para melhorar sua prática de manuseio de alimentos, de realizar as preparações e de utilizar os equipamentos, contribuindo para aperfeiçoar o preparo das refeições e garantir o horário de sua distribuição. Fiquei impressionada com a capacidade para distribuir tarefas que demonstravam, com a disposição de cooperar um com o outro, com a percepção que eles tinham sobre o potencial de cada um dos que se iniciava em cozinha e com a sensibilidade com que dosavam as quantidades de alimentos para acertar no sabor e na consistência das preparações, com muita precisão, sem recorrer a cálculos matemáticos.

Essa experiência mostrou-me uma grave deficiência na formação dos nutricionistas, pois ao longo do curso de graduação somos induzidos a nos pensar

como os únicos competentes na área. A noção de equipe de trabalhadores de cozinha industrial se aninhou em minha mente.

No ano de 1988, iniciei atividades no Serviço Industrial de Alimentação (SIA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que tinha como proposta a reestruturação do funcionamento dos Restaurantes Universitários nos campi da Universidade. Talvez, este tenha sido o momento mais inspirador de minhas reflexões sobre a saúde dos trabalhadores de cozinha industrial, subseqüentes à minha experiência anterior, porque ao participar do planejamento do sistema centralizado de produção de refeições tive a oportunidade de discutir com os nutricionistas dos vários serviços o conceito de trabalho transformador em oposição aos depoimentos coletados através de um questionário, onde esses profissionais expressaram a sua visão sobre o trabalho realizado na UFRJ, imputando suas dificuldades de realizar as tarefas à mão-de-obra não qualificada, à falta de autonomia dos serviços e à insuficiência de recursos financeiros.

Em 1993, ingressei no curso de Mestrado em Nutrição Humana, concluído em 1996, e outras preocupações pautaram a minha prática, levando-me a seguir um caminho distante das cozinhas, mas muito próximo da área de Saúde Pública.

Em 1997, iniciei minha carreira de docente, após ser aprovada em concurso público realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, no curso de Graduação em Nutrição, participando e posteriormente coordenando as disciplinas de Administração de Serviços de Alimentação e Estágio Supervisionado em Nutrição Normal em Empresas. Naturalmente, as questões ligadas aos trabalhadores em cozinhas industriais voltaram a fazer parte da minha agenda profissional, possibilitando-me discutir minha concepção de equipe de trabalhadores em cozinha industrial com meus colegas do Departamento de Nutrição Aplicada e com nossos

discentes, mormente quando verifiquei que fazia parte do imaginário dos discentes uma visão determinística da baixa qualidade do grupo operacional que teriam que chefiar ao se graduarem como nutricionistas. Essa idéia havia sido reforçada porque a forte expansão da área de alimentação coletiva provocou sensível aumento na demanda de curto prazo por mão-de-obra operacional e seu atendimento se deu com a absorção de trabalhadores desempregados de outras áreas, caracteristicamente trabalhadores advindos das classes mais desvalidas. Adicionalmente, essa expansão trouxe, também, toda uma alteração na organização interna do trabalho, pois seus atores tiveram que se adaptar ao novo cenário (agora bem mais mecanizado), sem, contudo, lhes serem dados instrumentos que lhes permitissem evitar falhas que representassem riscos ao produto final – uma refeição que, na percepção do cliente, representasse qualidade quanto aos aspectos nutricionais e sanitizantes..

Os trabalhadores de cozinhas industriais são responsabilizados pela manutenção do estado de saúde da clientela a partir do pressuposto que “serão eles os principais veículos de contaminação dos alimentos em face da não utilização de *práticas corretas de higiene*”. **Como cuidar da saúde desses trabalhadores?**

Essa pergunta me estimulou a buscar respostas na área de Saúde do Trabalhador que constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção, as relações entre o trabalho e a saúde. Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, responsáveis pelas condições de vida e fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos, e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho (Ministério da Saúde, 2001).

Constatedei, então, que a produção acadêmica sobre agravos à saúde dos trabalhadores em cozinhas industriais, foi realizada em sua maioria em estudo de caso com abordagem qualitativas, não refletindo um conjunto de trabalhadores de cozinha que pudesse expressar o quadro do setor de alimentação coletiva, e decidi investir em um trabalho de pesquisa mais amplo que representasse este conjunto.

Com esse objetivo, propus e coordenei, em 1999, a elaboração do projeto “Perfil Ocupacional e de Saúde dos Trabalhadores de Unidades de Alimentação e Nutrição”, que na sua total ambição pretendia unir professores da área das duas Universidades públicas do Estado Rio de Janeiro – UERJ e UFRJ – em torno do tema.

Para desenvolver o projeto, criamos um grupo de pesquisa dedicado às questões ligadas ao processo de trabalho/saúde e doença dos trabalhadores de cozinha industrial composto por mim, pela Prof^a Marília Miguez (in memoriam)⁶ e pela Prof^a. Rosemary Jane da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Inicialmente, realizamos inúmeras reuniões com os gestores de empresas concessionárias de alimentação do Rio de Janeiro, buscando viabilizar o projeto; o ponto crucial era convencê-los dos benefícios que a pesquisa traria para a empresa e para a gestão de recursos humanos.

O que mais nos preocupava na época era conseguir visualizar uma “amostra representativa”, pois não encontramos dados seguros sobre os trabalhadores que estavam inseridos na área de alimentação coletiva. As empresas se interessaram pelo projeto, os representantes das áreas de treinamento, geralmente nutricionistas, se entusiasmaram com a proposta, mas esbarramos na área de administração dos recursos humanos que questionou a duração da pesquisa, a participação dos

⁶ Substituída, posteriormente, em virtude de seu falecimento, pela Prof^a. Fabiana Bom Kraemer (UERJ)

trabalhadores durante o horário de trabalho e, principalmente, o incômodo causado pelo estabelecimento de relações do grupo com as empresas que contrataram as concessionárias. Foram idas e vindas, sem muitas respostas, e o projeto sofreu solução de continuidade.

No ano de 2001 fui designada representante do Instituto de Nutrição no Comitê Gestor dos Restaurantes Populares do Rio de Janeiro, percebi, então, a possibilidade de estudar as relações de trabalho/saúde e doença através dos trabalhadores desses restaurantes.

Para tal, agendamos encontros com a Subsecretária e o Superintendente da Secretaria de Ação Social do Rio de Janeiro, com os Nutricionistas representantes do Estado e, aqueles que representavam as empresas concessionárias pela produção de alimentos dos nove Restaurantes Populares do Rio de Janeiro com o objetivo de viabilizar pesquisas, e sensibilizar os profissionais para a importância do crescimento de estudos na área de alimentação coletiva relacionadas aos recursos humanos.

Acredito firmemente na possibilidade de elevar o trabalho em cozinhas industriais ao nível de organização e de capacitação do trabalho industrial de setores mais desenvolvidos, possibilitando a percepção de uma opção de carreira por aqueles que nele ingressem, promovendo a melhoria da qualidade de suas vidas e contribuindo para uma digna inclusão social de trabalhadores oriundos de classes mais desfavorecidas.

Através do trabalho acadêmico pretendo revelar intervenções viáveis no sistema organizacional das cozinhas industriais e contribuir para as áreas de ensino, pesquisa e extensão, ampliando os conhecimentos relacionados à alimentação coletiva e influenciando a condução do processo de trabalho no sentido de valorizar

o ser humano, tanto nos aspectos ambientais quanto sócio econômicos, possibilitando novas perspectivas de entendimento e espaços de aproximação entre saúde e trabalho:

Tenho consciência que meu projeto é ambicioso e que não seria possível dar conta dele em uma tese de doutorado, mas o presente trabalho representa mais um passo na direção da linha de pesquisa que pretendo desenvolver após meu doutoramento.

Assim, decidi em acordo com meu orientador, elaborar a presente dissertação selecionando dentre os dados coletados na pesquisa de campo, aqueles que permitem averiguar as relações entre pressão sofrida no trabalho, impedimento das atividades laborais e ambiente de trabalho entre trabalhadores de cozinhas industriais, correlacionando-os ao Estresse Ocupacional.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)