

Condições sociais, de saúde e de trabalho entre trabalhadores do serviço hospitalar

Social, health, and working conditions among hospital workers

Condiciones sociales, de salud y laboral de los trabajadores de servicios hospitalares

Márcia Regina Alves Rocha^I

ORCID: 0000-0003-1867-3783

Maria José Sanches Marin^{II}

ORCID: 0000-0001-6210-6941

Juana Macias Seda^{III}

ORCID: 0000-0001-6739-0312

Maria Helena Borgato^I

ORCID: 0000-0002-8702-8123

Carlos Alberto Lazarini^I

ORCID: 0000-0003-3010-4436

^IUniversidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
Botucatu, São Paulo, Brasil.

^{II}Faculdade de Medicina de Marília. Marília, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade de Sevilha. Sevilha, Espanha.

Como citar este artigo:

Rocha MRA, Marin MJS, Seda JM, Borgato MH, Lazarini CA.

Social, health, and working conditions among hospital

workers. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20200321.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0321>

Autor Correspondente:

Márcia Regina Alves Rocha

E-mail: marciaregina.arocha@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 20-04-2020 **Aprovação:** 07-12-2020

RESUMO

Objetivos: comparar as condições sociais, de saúde e de trabalho entre trabalhadores das equipes de enfermagem, nutrição e serviço de limpeza hospitalar. **Métodos:** estudo quantitativo de caráter transversal, descritivo e correlacional realizado em um hospital público no interior paulista incluindo trabalhadores dos serviços de nutrição, limpeza e enfermagem. A coleta de dados ocorreu durante o horário de trabalho. Foram empregados questionários validados e o modelo Demanda-Controle, de Karasek, para avaliar as dimensões psicossociais e o *Self-Reporting Questionnaire-20* para mensurar o transtorno mental comum. Como variável dependente, utilizaram-se os grupos trabalhadores e o Teste Qui-Quadrado para associações com $p \geq 0,05$. **Resultados:** participaram 227 trabalhadores. Foram encontradas associações positivas entre os grupos trabalhadores e as características socioeconômicas, de saúde e de trabalho. **Conclusões:** as condições sociais, de saúde e de trabalho diferem entre os grupos trabalhadores estudados.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Serviço de Limpeza; Recursos Humanos em Saúde; Trabalho.

ABSTRACT

Objectives: to compare social, health and working conditions among nursing, nutrition and hospital cleaning service workers. **Methods:** a quantitative cross-sectional, descriptive and correlational study carried out in a public hospital in the countryside of São Paulo, including workers from nutrition, cleaning and nursing services. Data collection occurred during working hours. Validated questionnaires and Karasek's Demand-Control model were used to assess psychosocial dimensions and the Self-Reporting Questionnaire-20 to measure the common mental disorder. As dependent variable, the groups professionals and chi-square test were used for associations with $p \geq 0.05$. **Results:** 227 workers participated. Positive associations were found between professional groups and socioeconomic, health and work characteristics. **Conclusions:** social, health, and working conditions differ between the professional groups studied.

Descriptors: Occupational Health; Nursing Service, Hospital; Housekeeping; Health Workforce; Work.

RESUMEN

Objetivos: comparar las condiciones sociales, de salud y laborales de los trabajadores de los servicios de enfermería, nutrición y limpieza hospitalaria. **Métodos:** estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional, realizado en un hospital público del interior de São Paulo, que incluyó a trabajadores de los servicios de nutrición, limpieza y enfermería. La recopilación de datos se realizó durante el horario laboral. Se utilizaron cuestionarios validados y el modelo *Demand-Control* de Karasek para evaluar las dimensiones psicossociales y el *Self-Reporting Questionnaire-20* para medir el trastorno mental común. Como variable dependiente se utilizaron grupos profesionales y la prueba de chi-cuadrado para asociaciones con $p \geq 0,05$. **Resultados:** participaron 227 trabajadores. Se encontraron asociaciones positivas entre grupos profesionales y características socioeconómicas, de salud y laborales. **Conclusiones:** las condiciones sociales, sanitarias y laborales difieren entre los grupos profesionales estudiados.

Descriptorios: Salud Laboral; Servicio de Enfermería en Hospital; Servicio de Limpieza; Recursos Humanos en Salud; Trabajo.

INTRODUÇÃO

As mudanças mais radicais no mundo do trabalho ocorreram no período da industrialização por meio das diferentes formas de gerenciamento, na tentativa de aumentar a produtividade, com vistas ao concomitante fortalecimento do capitalismo⁽¹⁾. Na atualidade, o trabalhador se condiciona a trabalhos extenuantes, com medo de perder seu emprego⁽²⁾. Além disso, a terceirização trouxe algumas instabilidades como a fragilidade do vínculo, que contribui para a piora das condições de trabalho⁽³⁾.

A relação entre processo saúde-doença e trabalho é complexa e depende de múltiplos fatores que têm relação com valores e propósitos individuais e de como ele reage e enfrenta as situações a que é exposto⁽⁴⁾. Resulta, portanto, da interseção entre características internas, as construídas socialmente, as condições de trabalho e o gerenciamento ao enfrentamento⁽⁴⁾.

O trabalho em saúde tem sua especificidade no aspecto relacional, dependendo da forma de como se dá a organização, permitindo ou não a participação do trabalhador, o que leva à produção de trabalho vivo ou morto. O trabalho morto é exercido de forma rígida com controle do tempo, alinhado às linhas de produção, enquanto que o trabalho vivo é criativo, permitindo que o trabalhador, utilizando-se de seu potencial e criatividade, dê concretude aos objetivos de seu trabalho⁽⁵⁾.

Portanto, dependendo de como o trabalho se organiza, tanto a saúde física quanto a mental podem estar comprometidas. O relacionamento interpessoal deficiente ou ausente entre trabalhadores e entre gestores e trabalhadores compromete a saúde mental, e os acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais estão relacionados ao comprometimento da saúde física⁽³⁾.

Embora todos os grupos trabalhadores estejam expostos em maior ou menor grau ao prazer e ao sofrimento, alguns se revelam com maior risco de adoecer no contexto do trabalho, como é o caso na área hospitalar. Trata-se de um espaço revestido de singularidades, o qual abarca uma organização complexa composta por diferentes grupos trabalhadores e saberes⁽⁵⁻⁷⁾. Trata-se de um ambiente que oferece diversos riscos à saúde do trabalhador, sendo considerado "insalubre e perigoso"⁽⁷⁾. Um dos fatores de risco que tem contribuído como uma das principais causas de morbidade entre os trabalhadores hospitalares é o psicossocial⁽⁸⁾.

Neste contexto, merece destaque os serviços de enfermagem (SE), nutrição (SN), higiene e limpeza (SHL). O SE nem sempre apresenta o quali-quantitativo suficiente de trabalhadores para atender às demandas de cuidado, ficando exposto à sobrecarga laboral com participação pouco efetiva em questões que abrangem decisões e interferências na organização do serviço, comprometendo o seu empoderamento⁽⁶⁻⁷⁾. De forma semelhante, o SN é composto por trabalhadores com diferentes níveis de escolaridade, sendo a maioria sem formação específica. Trata-se de um trabalho que exige prontidão no atendimento e está relacionado com queixas de dores articulares, tarefas repetitivas, esforço físico, ruídos, temperatura, longa permanência em pé, falta de definição de tarefas, entre outros fatores^(7,9).

Neste cenário, tem relevância o SHL que possui pouco reconhecimento social e menor remuneração salarial. A terceirização, praticada em diversos países, vem ampliando a precarização das condições de trabalho⁽¹⁰⁾, e o serviço de limpeza, por se tratar de

uma atividade meio, isto é, aquela que não é inerente ao objetivo principal da instituição, tem sido foco desse tipo de contrato principalmente na área hospitalar.

Compreende-se que as condições de saúde, de vida e de trabalho não são iguais para todos os que trabalham no hospital especialmente entre os trabalhadores com contratos diferentes de trabalho como é o caso do SHL, quando comparados com os do SN e do SE que não são terceirizados.

OBJETIVO

Comparar as condições sociais, de saúde e de trabalho entre trabalhadores das equipes de enfermagem, nutrição e serviço de limpeza hospitalar.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pelo Núcleo de Pesquisa do Hospital em estudo, estando de acordo com o preconizado pela Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes do estudo após a leitura assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo quantitativo de caráter transversal, descritivo e correlacional realizado em um hospital público, de ensino, no interior paulista, de referência regional para alta complexidade com 318 leitos. O estudo ocorreu no período de agosto de 2015 a dezembro de 2016.

População, amostra, critério de inclusão e exclusão

A população do estudo possui 582 trabalhadores do SE, 78 do SN e 94 do SHL, sendo que os dois primeiros são contratados pela CLT e o SHL por meio de empresa terceirizada. A amostra foi estratificada proporcionalmente. Foi realizado cálculo para definição de amostra somente para o SE de modo a garantir proporcionalidade em relação aos demais grupos trabalhadores. Definiu-se prevalência de 50%, com margem de erro de 5% e 95% de confiança, corrigidos pela população finita e estratificados por grupos trabalhadores, o que resultou em 35 enfermeiros e 61 técnicos. Para o SN e SHL, foi utilizada a totalidade da população, em função do número reduzido de trabalhadores. Nesse sentido, obteve-se um número de 268 participantes, sendo que essa amostra foi obtida por conveniência entre os que aceitaram participar, em número igual para cada turno de trabalho. Foram incluídos trabalhadores do SE, SN com contrato de trabalho por tempo indeterminado e do SHL terceirizado, todos com mais de seis meses na instituição. Foram excluídos os trabalhadores dessas equipes que exerciam funções administrativas ou que estavam ausentes no momento da coleta de dados. Do SN, 22 recusaram-se a participar e 03 estavam de licença saúde. Entre os trabalhadores do SHL, 04 estavam de licença saúde e 12 não aceitaram participar da pesquisa. Sendo assim, foram entrevistados 227 trabalhadores.

Protocolo do estudo

A coleta dos dados ocorreu no horário de trabalho da manhã, tarde e noite de forma individualizada e privativa. O instrumento impresso foi entregue ao participante, e o pesquisador principal permaneceu no local para recolher o questionário respondido e apoiar os participantes, caso necessário. O preenchimento do mesmo teve duração média de 30 minutos. Foi elaborado um questionário composto por questões abertas e fechadas: a) identificação: idade, sexo, situação conjugal, cor da pele e escolaridade; b) dados socioeconômicos: renda mensal individual apoiada no valor do salário mínimo vigente de R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), atividades domésticas agrupadas (realizo a menor parte/compartilho e faço a maior parte) e, por fim, Critério de Classificação Econômica Brasil⁽¹¹⁾ (CCEB), adotado para classificar a população em estratos socioeconômicos em Classe A, B1, B2, C1, C2 e D-E; c) estilo de vida: consumo de cigarro (sim/não), lazer podendo obter mais de uma resposta, atividades físicas mensuradas por meio do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) sendo ativos (> 150 minutos/semana com pelo menos atividade moderada), não ativos (< 150 minutos/semana, sendo consideradas as atividades realizadas no trabalho também)⁽¹²⁾ e participação em conflitos envolvendo familiares ou colegas de trabalho agrupadas, raramente ou frequentemente⁽¹³⁾; d) condições de saúde: problemas de saúde referidos (avaliados por meio de uma lista de doenças podendo obter mais de uma resposta), uso regular de medicamentos (sim/não), presença de transtornos mentais comuns (TMC) avaliado a partir do *Self-Report Questionnaire-20* (SRQ-20), (traduzido e validado para uso no Brasil por Mari e Williams⁽¹⁴⁾ com vinte respostas dicotômicas (sim/não). O ponto de corte para identificação do TMC foi de seis ou mais respostas positivas para homens e oito ou mais para as mulheres⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ e Índice de Massa Corpórea (IMC) a partir do peso e altura referidos, posteriormente classificados em obesos com IMC maior ou igual a 30. A autopercepção do estado de saúde foi coletada perguntando: de um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera seu estado de saúde? As respostas foram muito ruim/ruim/regular, bom/muito bom, sendo agrupadas em negativas e positivas respectivamente; e) condições de trabalho: tempo, período de trabalho, hora extra na instituição, ter outro emprego, acidentes de trabalho na instituição (sim/não) e tipo de acidente⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Os aspectos psicossociais do trabalho foram verificados por meio do *Job Content Questionnaire* (JCQ), versão traduzida e validada para o português por Araújo e Karasek⁽¹⁸⁾, que avalia a demanda psicológica e controle sobre o trabalho, além de esforço físico, suporte social e insegurança no trabalho em escala com escore de 1 a 4 (discordo plenamente, discordo, concordo e concordo plenamente). A soma de cada dimensão variou de 10-41 para demanda e de 20-52 para controle. À dimensão "demanda", somam-se as demandas psicológicas e as físicas. As demandas psicológicas consideram a pressão para a realização das atividades em relação ao tempo, nível de concentração, frequência da interrupção de seu trabalho e necessidade de esperar pela finalização de tarefas de outros trabalhadores para realizar seu trabalho. Já a demanda física é composta por: esforço físico, rapidez, quantidade excessiva de tarefas e posição fisicamente incômoda na realização das tarefas. A

dimensão "controle" compreende o uso de habilidades, possibilita aprender coisas novas, criatividade, repetitividade, variedade de tarefas, habilidades especiais individuais e autoridade decisória, influências tanto com seu grupo de trabalhadores quanto na política de gerenciamento da instituição⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Foi realizada a soma dos itens relativos à demanda e ao controle de acordo com o modelo preconizado⁽¹⁹⁾. Para dicotomização de controle (baixo/alto) e de demanda (baixa/alta), estabeleceu-se ponto de corte na média, que, neste estudo, foi 31 para ambas, conforme recomendações do *Job Content Questionnaire User's Guide*⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Foram construídos indicadores a partir do agrupamento de variáveis do questionário, conforme proposto por Karasek, os quais consideram o estresse ocupacional quando as exigências no trabalho ultrapassam as condições de resposta dos trabalhadores e o nível de controle disponível⁽¹⁶⁻²³⁾. Os resultados do JCQ permitem constituir quatro diferentes situações que envolvem o trabalho: 1) alta exigência: compõe alta demanda e baixo controle; 2) trabalho ativo: compõe alta demanda e alto controle; 3) trabalho passivo: compõe baixa demanda e baixo controle; 4) baixa exigência: compõe baixa demanda e alto controle⁽¹⁷⁻²¹⁾. Essas quatro situações foram agrupadas em uma única variável.

Análise dos resultados e estatística

Para organização e análise dos dados, foram utilizadas planilha eletrônica *Microsoft Excel* e aplicativo estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) *version 23.0 for Windows*, respectivamente. Foram efetuadas análises descritivas de frequências absolutas (n) e relativas (%) e inferenciais das variáveis. O Teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado para verificar a distribuição de normalidade dos dados. Para testar a associação entre as variáveis categóricas, usou-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Foi utilizado como variável dependente os grupos trabalhadores e as demais variáveis como independentes. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra estudada contou com 227 participantes [42% do SE e destes (63%) eram técnicos de enfermagem, 53 (23,3%) do SN e 34,4% do SHL].

Houve diferenças significativas entre os grupos quanto à idade acima de 50 anos, ficando o SE em menor proporção; sexo masculino, em menor proporção no SN; viver com companheiro, em maior percentual no SE; cor da pele parda ou negra e baixa escolaridade, prevalecendo entre os trabalhadores do SHL. Em relação ao perfil socioeconômico, na análise comparativa entre os três grupos de trabalhadores, foram significativas as diferenças em relação à renda individual, sendo a enfermagem que apresentam renda maior, pertencem às classes socioeconômicas A, B1 e B2 e realizam menor quantidade de atividade doméstica em relação aos demais grupos. As atividades domésticas são realizadas em sua maior parte pelos trabalhadores do SHL que pertencem às classes socioeconômicas C1, C2, D-E. O SN é apresentado com a maior parte de trabalhadores ganhando até dois salários mínimos vigentes e mais de 30% estão entre as classes sociais C1, C2, D-E, sendo essa proporção ainda maior entre os trabalhadores do SHL (Tabela 1).

Tabela 1- Variáveis demográficas e socioeconômicas de trabalhadores das equipes de enfermagem, nutrição e serviço de limpeza. Frequências absolutas (n), porcentagem (%) e valor de p, Bauru, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Enfermagem n=96 (%)	Nutrição n=53 (%)	Limpeza n=78 (%)	Valor de p
Idade				0,001
18 a 35 anos	41 (42,7)	16 (30,2)	23 (29,5)	
36 a 50 anos	53 (55,2)	25 (47,2)	39 (50,0)	
> 50 anos	2 (2,1)	12 (22,6)	16 (20,5)	
Sexo				0,04
Homem	17 (17,7)	3 (5,7)	16 (20,5)	
Mulher	79 (82,3)	50 (94,3)	62 (79,5)	
Situação conjugal				0,001
Vive com companheiro	68 (70,8)	34 (64,1)	53 (67,9)	
Cor da pele				0,001
Branca	79 (82,3)	40 (75,5)	35 (44,9)	
Parda e negra	17 (17,7)	13 (24,5)	43 (55,1)	
Escolaridade				0,001
Fundamental II incompleto	0 (0,0)	5 (9,4)	41 (52,6)	
Fundamental II/médio incompleto	0 (0,0)	11 (20,7)	22 (28,2)	
Médio completo	53 (55,2)	25 (47,2)	14 (18,0)	
Superior completo	43 (44,8)	12 (22,7)	1 (1-2)	
Renda individual				0,001
Até 2 salários mínimos	25 (26,0)	42 (79,3)	69 (88,5)	
3 a 5 salários mínimos	56 (58,3)	10 (18,9)	9 (11,5)	
> 6 salários mínimos	15 (15,6)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Atividades domésticas				0,01
Compartilha/menor parte	46 (47,9)	15 (28,3)	20 (25,6)	
Faz a maior parte	50 (52,1)	38 (71,7)	58 (74,4)	
Classificação socioeconômica				0,02
A e B1	30 (31,2)	16 (30,2)	13 (16,7)	
B2	38 (39,6)	17 (32,1)	21 (26,9)	
C1, C2	21 (21,9)	14 (26,4)	36 (46,1)	
D-E	7 (7,3)	6 (11,3)	8 (10,3)	

Tabela 2 - Estilos de vida de trabalhadores das equipes de enfermagem, nutrição e serviço de limpeza. Frequências absolutas (n), porcentagem (%) e valor de p, Bauru, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Enfermagem n=96 (%)	Nutrição n=53 (%)	Limpeza n=78 (%)	Valor de p
Fumante	7 (7,3)	10 (18,9)	11 (14,1)	0,10
Lazer (sim)				
Descansar/dormir	56 (58,3)	29 (54,7)	29 (37,2)	0,02
Clubes	7 (7,2)	1 (2,0)	1 (1,3)	0,10
Bares	20 (20,8)	7 (13,2)	3 (3,8)	0,01
Viajar	16 (16,6)	6 (11,3)	1 (1,3)	0,001
Atividade física				0,001
Ativo	70 (72,9)	48 (90,6)	74 (94,9)	
Não ativo	26 (27,1)	5 (9,4)	4 (5,1)	
Envolver-se em conflitos				0,001
Frequentemente	62 (64,6)	37 (69,8)	32 (41,0)	
Raramente	34 (35,4)	16 (30,2)	46 (59,0)	

Tabela 3 - Condições de saúde de trabalhadores das equipes de enfermagem, nutrição e serviço de limpeza. Frequências absolutas (n), porcentagem (%) e valor de p, Bauru, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Enfermagem n=96 (%)	Nutrição n=53 (%)	Limpeza n=78 (%)	Valor de p
Problemas de saúde referidos				
Déficit visão	31 (32,3)	21 (39,6)	24 (31,0)	0,54
Dor muscular	45 (46,9)	33 (62,3)	40 (51,3)	0,20
Pressão alta	13 (13,5)	11 (26,8)	17 (21,8)	0,31
Problemas osteoarticulares	17 (17,7)	18 (34,0)	31 (39,7)	0,01

Continua

Quanto aos hábitos de vida, foi significativa ($p < 0,05$) a diferença entre os grupos em relação às atividades de lazer: descansar/dormir, sendo o SE o que mais as realiza, e o SHL tem menor participação, principalmente em relação a descansar/dormir, ir a bares, igreja e viajar. A enfermagem teve maior percentual de não ativos em relação à atividade física, e o serviço de nutrição apresentou maior percentual quanto à frequência ao envolvimento em conflito (Tabela 2).

Dentre os problemas de saúde referidos, os problemas osteoarticulares apareceram em maior proporção entre os trabalhadores do SHL, e a irritabilidade, no grupo de trabalhadores do SE. Maior prevalência de diabetes e obesidade foi observada entre os trabalhadores do SN (Tabela 3).

Ao verificar as características do trabalho e comparar com os três grupos, os resultados mostraram diferenças significativas, sendo mais frequentes na equipe de enfermagem os seguintes itens: o tempo de serviço na instituição; o número de horas extras realizadas maior que 5h/semana; ter outro emprego; ter trabalho noturno; ter sofrido acidentes perfurantes previamente; a autoridade decisória; suporte social no trabalho. Os trabalhadores do SHL foram os que mais referiram baixa autoridade decisória, condições altas de insegurança no trabalho, bem como as características de trabalho passivo e com alta exigência (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou comparar as condições de vida e saúde entre três diferentes grupos de trabalhadores que atuam no hospital, com a finalidade de evidenciar as semelhanças e diferenças entre as condições que podem levar ao adoecimento dos mesmos.

Outros estudos entre trabalhadores da saúde também foi possível observar o predomínio do sexo feminino, a faixa etária de 36 a 50 anos, que vive com companheiro e concluiu ensino médio^(15-17,21), não corroborando apenas em relação à coloração da pele autorreferida que, neste caso, prevaleceu a cor branca. Os resultados referentes aos trabalhadores do SHL vão ao encontro de outro estudo no qual a maioria apresenta pele parda ou negra e com ensino fundamental incompleto^(17,24).

O alto percentual de pessoas do sexo feminino nessas profissões ocorre, pois, socialmente, essas atribuições são reconhecidas como sendo eminentemente femininas, porque estão ligadas ao cuidado com a vida e saúde. Nesse sentido, são profissões menos valorizadas em termos salariais quando comparadas as de domínio masculino

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Enfermagem n=96 (%)	Nutrição n=53 (%)	Limpeza n=78 (%)	Valor de p
Dificuldade de sono	26 (27,1)	9 (17,0)	15 (19,2)	0,28
Problemas auditivo	4 (4,1)	3 (5,7)	5 (6,4)	0,75
Inchaço pernas	18 (18,8)	19 (35,8)	21 (27,0)	0,07
Alergias	16 (16,6)	15 (28,3)	12 (15,3)	0,14
Irritabilidade	28 (29,2)	9 (17,0)	9 (11,5)	0,02
Ansiedade	34 (35,4)	26 (49,0)	25 (32,0)	0,12
Problemas cardíaco	4 (4,2)	6 (11,3)	5 (6,4)	0,24
Diabetes	1 (1,4)	5 (9,4)	5 (6,4)	0,04
Lombalgia	35 (36,5)	20 (37,7)	35 (44,9)	0,50
Uso regular de medicamento				0,80
Sim	56 (58,3)	33 (62,3)	44 (56,4)	
Transtorno Mental Comum				0,27
Sim	17 (17,7)	15 (28,3)	20 (25,6)	
Índice de Massa Corporal				0,02
Obeso	23 (24)	23 (43,4)	18 (23,1)	
Autopercepção da saúde				0,12
Negativa (muito ruim/ruim/regular)	17 (17,7)	17 (32,1)	16 (20,5)	
Positiva (bom/muito bom)	79 (82,3)	36 (67,9)	62 (79,5)	

Tabela 4 - Características do trabalho de trabalhadores das equipes de enfermagem, nutrição e serviço de limpeza. Frequências absolutas (n), porcentagem (%) e valor de p, Bauru, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Enfermagem n=96 (%)	Nutrição n=53 (%)	Limpeza n=78 (%)	Valor de p
Tempo trabalho na instituição				0,001
Até 5 anos	34 (35,4)	36 (68,0)	64 (82,1)	
6 a 10 anos	24 (25,0)	8 (15,1)	9 (11,5)	
Mais de 10 anos	38 (39,6)	9 (16,9)	5 (6,4)	
Período de trabalho				0,001
Diurno	49 (51,0)	39 (73,6)	59 (75,6)	
Noturno/misto	47 (49,0)	14 (26,4)	19 (24,4)	
Hora extra no hospital				0,001
Sim até 5h/semana	20 (20,8)	17 (32,1)	0 (0,0)	
Não	56 (58,3)	29 (54,7)	78 (100,0)	
Sim > de 5h/semana	20 (20,8)	7 (13,2)	0 (0,0)	
Tem outro emprego				0,001
Sim	39 (40,6)	7 (13,2)	18 (23,1)	
Não	57 (59,4)	46 (86,8)	60 (76,9)	
Acidente de trabalho				0,79
Sim	35 (36,5)	17 (32,1)	25 (32,1)	
Não	61 (63,5)	36 (67,9)	53 (68,0)	
Tipo de acidente				0,001
Perfuração	24 (25,0)	0 (0,0)	5 (6,4)	
Corte	2 (2,1)	2 (3,8)	4 (5,1)	
Queda	3 (3,1)	8 (15,1)	11 (14,1)	
Queimadura	1 (1,0)	6 (11,3)	0 (0,0)	
Outros	5 (4,2)	1 (1,9)	5 (6,4)	
Satisfação no trabalho				0,14
Muito satisfeito/satisfeito	62 (64,6)	38 (71,7)	61 (78,2)	
Pouco/insatisfeito	34 (35,4)	15 (28,3)	17 (21,8)	
Esforço físico				0,06
Baixo	58 (60,4)	27 (50,9)	33 (42,3)	
Alto	38 (39,6)	26 (49,1)	45 (57,7)	
Autoridade decisória				0,01
Baixa	33 (34,4)	19 (35,8)	44 (56,4)	
Alta	63 (65,6)	34 (64,2)	34 (43,6)	
Demanda psicológica				0,11
Alta (>31)	44 (45,8)	24 (45,3)	47 (60,3)	
Baixa	52 (54,2)	29 (54,7)	31 (39,7)	
Controle do trabalho				0,01
Alto (>31)	67 (69,8)	29 (54,7)	19 (24,4)	
Baixo	29 (30,2)	24 (45,3)	59 (75,6)	
Suporte social				0,33
Baixo	44 (45,8)	31 (58,5)	40 (51,2)	
Alto	52 (54,2)	22 (41,5)	38 (48,7)	

Continua

compreendidas socialmente como profissões ligadas à competitividade e conquista⁽⁸⁾. Também, a menor renda individual entre os grupos é do SHL, pois é uma ocupação que não exige formação específica ou alta escolaridade, mesmo que exerçam atividades que envolvam riscos à saúde e à vida das pessoas, pois lidam essencialmente com o controle da infecção hospitalar. Esse trabalho é visualizado socialmente como simples, de menor *status* e pouco reconhecido, muitas vezes passando despercebido, o que gera sentimentos negativos e interferência no processo saúde-doença⁽²⁴⁾.

Sendo o SHL executado por uma empresa terceirizada, os trabalhadores possuem contratos de trabalho diferentes dos demais grupos. A terceirização, que veio com a proposta de deixar mais competitivas as empresas, contribuiu com a precarização do trabalho, uma vez que a maioria tem redução salarial e conta com benefícios trabalhistas reduzidos, quando comparado aos trabalhadores contratados por tempo indeterminado e estatutários^(16-17,25). A terceirização atualmente tem crescido muito, chegando a representar mais de 20% de todo mercado de trabalho, redução salarial em torno de 27% e aumento de horas trabalhadas semanalmente perfazendo uma média de três horas⁽²⁶⁾. Essa situação pode ser verificada ao constatar que os trabalhadores do SHL terceirizado foram os que apresentaram menores percentuais quanto à possibilidade de lazer. A preferência por descansar/dormir sobre outras atividades de lazer revelada pela maioria, nos três grupos trabalhadores, pode indicar desgaste físico ou mental devido ao trabalho no ambiente hospitalar que requer conviver com a morte, a dor e o adoecimento⁽⁸⁾.

Faz-se necessário analisar os trabalhadores da saúde em separado, porque tanto o comportamento em relação à saúde quanto o estilo de vida podem ser diferente entre os grupos de acordo com as ocupações. Quanto aos trabalhadores da saúde, mesmo considerados exemplos a serem seguidos, nem sempre correspondem a esta expectativa, uma vez que também sofrem as mesmas influências sociais e ambientais das demais pessoas⁽²⁷⁾. Ponderando as atividades físicas, os três grupos trabalhadores foram considerados como ativos, e o SHL apresentou maior percentual. A literatura aponta que a atividade física, por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada realizada ao longo da vida traz benefícios para saúde física e mental, prevenindo doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes⁽²⁸⁾.

O envolvimento em conflito foi maior entre os trabalhadores do SE e do SN quando comparados

Continuação da Tabela 4

Variáveis	Enfermagem n=96 (%)	Nutrição n=53 (%)	Limpeza n=78 (%)	Valor de p
Insegurança no trabalho				0,03
Baixa	47 (49,0)	19 (35,8)	23 (29,5)	
Alta	49 (51,0)	34 (64,2)	55 (70,5)	
Demanda-controle				0,001
Trabalho passivo	10 (10,4)	13 (24,5)	23 (29,5)	
Trabalho ativo	28 (29,2)	15 (28,3)	11 (14,1)	
Alta exigência	18 (18,8)	11 (20,8)	36 (46,2)	
Baixa exigência	40 (41,7)	14 (26,4)	8 (10,2)	

aos trabalhadores do SHL. Embora o conflito seja inerente às relações humanas, ele pode levar tanto a consequências positivas quanto negativas, sendo necessário ponderar a situação, pois pode haver prejuízos importantes. Quando o conflito ocorre no contexto de trabalho, tem-se constatado que muitos deles decorrem da distribuição de poder e de prestígio que é típica das organizações hospitalares⁽¹³⁾. Vale destacar que as equipes dos serviços de nutrição e de enfermagem contam com maior diversificação nas funções, além de diferentes níveis de formação, compreendendo funções exercidas tanto por trabalhadores de nível técnico quanto do ensino superior. Pode-se depreender desse fato que há maior disputa pelo poder, diferenciado tanto os níveis de autonomia quanto os de controle sobre o trabalho.

Os problemas osteoarticulares foram encontrados predominantemente nos trabalhadores do SHL, o que vem ao encontro da constatação de que as doenças osteomusculares resultam da carga horária e do tipo de serviço realizado, fato também encontrado nos resultados de um estudo realizado no interior do estado do Rio Grande do Sul com trabalhadores do serviço de limpeza de um hospital público⁽¹⁵⁾. Serviços que exigem muito esforço físico, carga e descarga de materiais, de pessoas ou de alimentos estão relacionados ao aparecimento de problemas musculoesqueléticos. O SHL abarca atividades com ritmo de trabalho intenso, esforço físico relacionado ao descarte de lixo, levantamento de móveis entre outros, o que, segundo a literatura, tem contribuído para o desenvolvimento de doenças ocupacionais^(15-17,24).

Maior esforço físico no trabalho, aliado às atividades domésticas entre os trabalhadores do SHL, corrobora um estudo que encontrou maior sobrecarga entre esses trabalhadores que realizavam mais vezes na semana os serviços domésticos^(17,29). Socialmente, o serviço doméstico ainda fica a cargo das mulheres que se responsabilizam pelo cuidado à família. Esse papel não é reconhecido como trabalho, porque não possui remuneração e muitas pesquisas não agregam esse tipo de trabalho quando mulheres são incluídas nas amostras para análise da sobrecarga.

Entre os trabalhadores do SN, houve maior percentual de diabetes e de obesidade. A obesidade tem crescido ano a ano entre os países como uma epidemia, e é reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde assegura que a obesidade e o sobrepeso são responsáveis por complicações metabólicas e cardiovasculares que contribuem com a redução da expectativa de vida sendo o diabetes tipo II uma das principais complicações⁽³⁰⁾. A presença de obesidade entre os trabalhadores da cozinha foi verificada por Boclin e Blank, quando comparou o IMC e trabalho na equipe da cozinha e lavanderia em oito hospitais públicos no sul do Brasil.

Segundo os autores, o fato de os trabalhadores “beliscarem alimentos” durante o trabalho pode ter contribuído para a obesidade e sobrepeso dos funcionários⁽³¹⁾.

Em relação à saúde dos trabalhadores, foi identificado que 22,9% apresentam escores acima da linha de corte para TMC. Estudos brasileiros encontraram percentuais entre 20 e 56% de TMC com predomínio entre trabalhadores mulheres, atribuindo-se tal fato às causas hormonais e à sobrecarga doméstica^(24,30,32). Infere-se que essas

causas também podem ter contribuído para os resultados relacionados à maior porcentagem de irritabilidade relatada pela equipe de enfermagem.

A ansiedade e a depressão são importantes transtornos, e as pessoas com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e pele de cor preta são mais vulneráveis^(24,27).

O transtorno mental, seja por ansiedade, depressão ou algum outro, compromete a qualidade do trabalho, uma vez que favorece o aumento do índice de absenteísmo ou presenteísmo no trabalho, sendo a principal causa de aposentadorias precoces em muitos países e grande ônus para a economia^(29,32). Situações do trabalho que levam ao estresse, como altas exigências, número reduzido de trabalhadores, intimidações, assédios, entre outros, trazem prejuízos à saúde dos trabalhadores, gerando insatisfação com o trabalho^(21,33-34).

A satisfação no trabalho está relacionada ao grau em que as necessidades do trabalhador são atendidas diante da organização do trabalho. Condições precárias de trabalho, como número insuficiente de trabalhador e carga de trabalho intensa, levam à insatisfação e ao abandono da profissão⁽³⁵⁾. No presente estudo, embora sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de trabalhadores, quase um terço deles está insatisfeito ou muito insatisfeito. Possivelmente, esse dado decorre do fato de que todos os grupos se encontram expostos a riscos de saúde e de participantes serem majoritariamente mulheres, uma vez que elas são mais insatisfeitas com o trabalho do que os homens⁽³⁵⁾.

O trabalho foi reconhecido entre os grupos de forma diferente quanto às suas características. No SE e no SN, os trabalhadores classificam o trabalho, na sua maioria, como ativo e de baixa exigência, o que o caracteriza como “trabalho vivo”, por permitir ao trabalhador que seja criativo e que tenha autonomia⁽⁵⁻⁶⁾, enquanto que o trabalho desenvolvido no SHL foi classificado como passivo e de alta exigência. Esse tipo de trabalho contribui fortemente para o adoecimento mental do trabalhador, uma vez que não permite a construção da autonomia e da tomada de decisão no exercício de suas atividades, sendo reconhecido como trabalho morto^(5,21,33). Já o controle sobre o trabalho, que permite ao trabalhador o uso de habilidade e autoridade decisória, foi maior entre o SE e menor entre o SHL.

Quanto à insegurança, foi significativa a diferença entre os grupos de trabalhadores em que a equipe do SHL apresentou maior percentual e menor percentual em relação ao suporte social. As relações com colegas e gestores no ambiente de trabalho são extremamente importantes para o enfrentamento dos problemas cotidianos, interferindo diretamente no bem-estar, na saúde mental e na satisfação do trabalho. As relações interpessoais de boa

qualidade estão relacionadas com informações claras e objetivas sobre o trabalho, suporte social que colaboram positivamente na satisfação com o trabalho⁽³⁵⁾.

O apoio social tem sido importante, porque interfere nas relações de trabalho, diminuindo o estresse e ajudando no enfrentamento das adversidades no trabalho. Porém, a falta de companheirismo, o individualismo, o não reconhecimento das potencialidades e criatividades individuais no trabalho como também a falta de autonomia e liberdade são propulsores de sentimentos negativos que comprometem as relações no trabalho^(21,33,35). Neste contexto, há evidências de que o trabalho precarizado, focado na produtividade, fragmentado e estressante está associado ao suicídio⁽³⁶⁾. As subnotificações e a ausência de políticas públicas voltadas à prevenção e identificação de fatores que possam levar ao suicídio no trabalho colocam em risco a saúde do trabalhador⁽³⁶⁾.

Limitações do estudo

Aponta-se como limitação do estudo o fato de existir entre os grupos de trabalhadores mencionados diferentes níveis de formação, o que seguramente exige estudos mais detalhados e aprofundados. Além disso, o delineamento transversal dificulta a verificação de modificações nas condições de saúde e trabalho ao longo do tempo. O fato de ter sido realizado em único hospital e de não considerar os trabalhadores já afastados ou em licença por motivos de doença pode ser gerador de potenciais vieses.

Contribuições para a área da saúde

Os achados, entretanto, evidenciaram o contexto de grupos de trabalhadores que demandam cuidados específicos, orientando o planejamento de ações de promoção da saúde que devem ser colocados como prioridade pela instituição, especialmente pelos setores responsáveis pela saúde do trabalhador.

CONCLUSÕES

No presente estudo, buscou-se comparar as condições de vida, trabalho e saúde de três grupos de trabalhadores que atuam no hospital, as quais, em maior ou menor grau, mantêm-se no entorno do paciente, exercendo funções essenciais à manutenção da vida. Ao iniciar pelas características sociodemográficas, os

trabalhadores do SHL são aqueles que contam com mais baixa escolaridade e cor da pele negra ou parda.

Quanto ao estilo de vida, encontram-se práticas desfavoráveis às boas condições em todos os grupos, porém com diferenças significativas entre elas. O SHL, em comparação com os demais grupos de trabalhadores, tem como lazer principal assistir televisão. Quanto à atividade física, a equipe de enfermagem foi menos ativa, sendo a que permanece mais tempo sentada.

Em relação aos problemas de saúde, a equipe de nutrição apresentou em maior proporção obesidade e diabetes. Na equipe de enfermagem, destaca-se a queixa de irritabilidade. Os trabalhadores do SHL manifestaram problemas osteoarticulares, o que mostra associação com as atividades realizadas no trabalho, dando indicativo de que as intervenções de promoção da saúde no contexto do trabalho devem ser direcionadas de acordo com a categoria profissional.

No presente estudo, embora tenha se confirmado fatores de risco à saúde em todos os grupos estudados, foi marcante a acentuada precarização quando se trata dos trabalhadores do SHL no que se relaciona à desvalorização da atividade e à terceirização dos serviços. Essa condição se mostra ainda mais preocupante quando se analisam as recentes mudanças na legislação trabalhista, aquelas que ampliam a possibilidade de terceirização e do trabalho temporário.

Sendo assim, ainda que se reconheça o trabalhador como peça fundamental da instituição para o alcance de boa qualidade e êxito frente ao processo de trabalho, a saúde do trabalhador não tem recebido investimento suficiente por parte das empresas. As políticas públicas criadas nessa área ainda não trouxeram resultados satisfatórios, uma vez que as cobranças ainda não contemplam a vigilância em saúde do trabalhador. Neste sentido, cresce cada vez o número de profissionais adoecidos que necessitam de afastamentos temporários ou definitivos e que não é contemplado com ações que poderiam contribuir positivamente com sua saúde física ou mental, aumento do prazer, da satisfação e da autorrealização.

FOMENTO

Agradecemos ao Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida que possibilitou dedicação exclusiva e o doutorado sanduiche na Espanha.

REFERÊNCIAS

1. Neves DR, Nascimento RP, Felix Jr MS, Silva FA, Andrade ROB. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *Cad EBAPE.BR.* 2018;16(2), 318-330. <https://doi.org/10.1590/1679-395159388>
2. Coelho GG, Arruda ACC, Carneiro ALF, Lima ES, Barros JHO. The social awakening of outsourced workers at a public university: experience report. *Psi Unisc.* 2020;4(1):83-92. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.14270>
3. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv Soc Soc* 2015;(123):407-27. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>
4. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 5a ed. Paraguaray AI, Ferreira LL, tradutores. São Paulo: Cortez, Oboré; 1992.
5. Faria HX, Faria MD. An analysis perspective on the work process in the area of health: the production of care and the production of subjects. *Saúde Soc.* 2010;19(2):429-39. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200018>
6. Evangelista VC, Domingos TD, Siqueira FP, Braga EM. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1037-44. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>

7. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(4):517-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>
8. Chagas D. Riscos psicossociais no trabalho: causas e consequências. *Int J Dev Educ Psychol INFAD Rev Psicol*. 2015;1(2):439-46. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.24>
9. Silva KF, Drumond NB, Quintão DF. Avaliação do perfil nutricional e condições de trabalho de colaboradores de unidades de alimentação e nutrição de Eugenópolis (MG). *Rev Cient FAMINAS [Internet]*. 2015[cited 2018 Mar 11];1(2):33-48. Available from: <http://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/109>
10. Mastrodi J, Corsi TC. Trabalho terceirizado: sobre a precarização das condições de trabalho a partir da Lei de Terceirização e da Reforma Trabalhista. *Rev Direito Econ Socioambiental*. 2018;9(3):243-70. <https://doi.org/10.7213/rev.dir.econ.soc.v9i3.18318>
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2015 [cited 2018 Mar 11]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
12. Vespasiano BS, Dias R, Correa DA. A utilização do questionário internacional de atividade física (Ipaq) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. *Saude Rev*. 2012;12(32):49-54. <https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v12n32p49-54>
13. Feijó MR, Goulart Jr E, Nascimento JM, Nascimento NB. Conflito trabalho-família: um estudo sobre a temática no âmbito brasileiro. *Pensando Fam [Internet]*. 2017 [cited 2020 Apr 20];21(1),105-19. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v21n1/v21n1a09.pdf>
14. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1985;15:651-9. <https://doi.org/10.1017/s0033291700031500>
15. Marconato CS, Magnago ACS, Magnago TSBS, Dalmolin GL, Andolhe R, Tavares JP. Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:2-8. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016026303239>
16. Rocha MRA, Marins MJS, Seda JM. Saúde do Trabalhador no contexto hospitalar [Tese][Internet]. 2018[cited 2020 Apr 22]. Available from: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/153848>
17. Rocha MRA. Condições de vida, trabalho e saúde mental: um estudo com trabalhadores brasileiros e espanhóis que atuam em serviço de limpeza hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(10):3821-32. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35912018>
18. Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scand J Work Env Health Suppl [Internet]*. 2008[cited 2020 Apr 22];6:52-59. Available from: https://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=1251&file_nro=1
19. Araujo TM. Trabalhos e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem [Tese]. Instituto de Saúde Pública: Universidade Federal da Bahia; Salvador, 1999.
20. Karasek R. Job content questionnaire and user's guide [Internet]. 1985[cited 2015 Jan 20]. Available from: <https://www.jcqccenter.com/questionnaires-jcq-jcq2/>
21. Shimabuku RH, Mendonça H, Fidelis A. Presenteísmo: contribuições do Modelo Demanda-Control para a compreensão do fenômeno. *Cad Psicol Soc Trab*. 2017;20(1):65-78. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i1p65-78>
22. Karasek RA. Low social control and physiological deregulation—the stress–disequilibrium theory, towards a new demand–control model. *Scand J Work Env Health Suppl [Internet]*. 2008[cited 2020 Apr 22];6:117–35. Available from: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=1259
23. Oliveira AMN, Araujo TM. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais em trabalhadores da atenção básica de saúde. *Trab Educ Saude*. 2018;16(1):243-62. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00100>
24. Gemma SFB, Fuentes-Rojas M, Soares MJB. Agentes de limpeza terceirizados: entre o ressentimento e o reconhecimento. *Rev Bras Saude Ocup*. 2017;42:e4. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000006016>
25. Silva LAT, Goulart Jr E, Camargo ML. Terceirização é prejudicial à saúde: estudo bibliográfico nacional sobre precarização do trabalho. 2019;1(21):76-7. <https://doi.org/10.29148/labor.v1i21.40801>
26. Campos FHP. El fenómeno de la tercerización del trabajo y su repercusión en la salud del trabajador de salud. In *Crescendo*. 2017;8(1):140-55. <https://doi.org/10.21895/incres.2017.v8n1.14>
27. Pasquier RJM. Los médicos e las enfermeras no siempre tienen estilos de vida saludables [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 10]. Available from: <http://rigobertomarcano.com/los-medicos-y-las-enfermeras-no-siempre-tienen-estilos-de-vida-saludables-por-rigotordoc/>.
28. Gonçalves ECA, Rinaldi W, Nunes HEG, Capdeboscq MC, Silva DAS. Baixos níveis de atividade física em servidores públicos do sul do Brasil: associação com fatores sociodemográficos, hipercolesterolemia e diabetes. *Rev Andal Med Deporte*. 2017;10(2):54-9. <https://doi.org/10.1016/j.ramd.2014.10.073>
29. Pinho OS, Araujo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(3):560-72. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>
30. Organización Mundial de la Salud. 57ª Asamblea mundial de la salud. Estrategia global sobre dieta, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2004.
31. Boclin KLS, Blank N. Excesso de peso: característica dos trabalhadores de cozinhas coletivas? *Rev Bras Saude Ocup*. 2006;31(113):41-7. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572006000100005>
32. Moraes RSM, Silva DAS, Oliveira WF, Peres MA. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):43-56. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010004>

33. Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):e3940015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>
 34. Silva GS. Recognizing stress at work: a critical appraisal. *Gerai Rev Interinst Psicol.* 2019;12(1):51-61. <https://doi.org/10.36298/gerais2019120105>
 35. Assunção AA, Pimenta AM. Satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem na rede pública de saúde em uma capital brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;25(1):20. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28492019>
 36. Cortez PA, Veiga HMS, Gomide APA, Souza, MVR. Suicídio no trabalho: um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. *Rev Psicol Org Trab.* 2019;19(1):523-31. <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.1.14480>
-