

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde

Fernanda Cristina Sguizzato Ribeiro

**TRABALHADORES DOS RESTAURANTES POPULARES: CONDIÇÕES
OCUPACIONAIS E DE SAÚDE**

Belo Horizonte

2025

Fernanda Cristina Sguizzato Ribeiro

**TRABALHADORES DOS RESTAURANTES POPULARES: CONDIÇÕES
OCUPACIONAIS E DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição e Saúde.

Área de concentração: Nutrição e Saúde

Linha de pesquisa: Nutrição e Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dr.^a Bruna Vieira de Lima Costa

Belo Horizonte

2025

R484t Ribeiro, Fernanda Cristina Sguizzato.
Trabalhadores dos restaurantes populares [recursos eletrônicos]: condições ocupacionais e de saúde. / Fernanda Cristina Sguizzato Ribeiro.
-- Belo Horizonte: 2025.
87f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Bruna Vieira de Lima Costa.
Área de concentração: Nutrição e Saúde.
Monografia (Pós-doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde Ocupacional. 2. Exposição Ocupacional. 3. COVID-19. 4. Pandemias. 5. Saúde Mental. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Costa, Bruna Vieira de Lima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 400

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ENFERMAGEM - COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO SAÚDE

ATA DE NÚMERO 120 (CENTO E VINTE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA FERNANDA CRISTINA SGUIZZATO RIBEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM NUTRIÇÃO E SAÚDE.

Aos 06 (seis) dias do mês de março de dois mil e vinte e cinco, às 13:30 horas, realizou-se por meio de videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "**TRABALHADORES DOS RESTAURANTES POPULARES: CONDIÇÕES OCUPACIONAIS E DE SAÚDE**", da aluna *Fernanda Cristina Sguizzato Ribeiro*, candidata ao título de "Mestre em Nutrição e Saúde", linha de pesquisa "Nutrição e Saúde Pública". A Comissão Examinadora foi constituída pelas professoras doutoras Bruna Vieira de Lima Costa, Juliana Costa Liboredo e Patricia Pinheiro de Freitas, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADO;

APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Bruna Vieira de Lima Costa, Presidente da Comissão Examinadora, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 06 de março de 2025.

Profa. Dra. Bruna Vieira de Lima Costa
Orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Juliana Costa Liboredo
Membro Titular (UFMG)

Profa. Dra. Patricia Pinheiro de Freitas
Membro Titular (UFVJM)



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Pinheiro de Freitas, Usuário Externo**, em 11/03/2025, às 09:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Costa Liboredo, Professora do Magistério Superior**, em 11/03/2025, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Vieira de Lima Costa, Professora do Magistério Superior**, em 27/03/2025, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4021154** e o código CRC **E7761A28**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de expressar minha eterna gratidão aos meus pais, Aparecida e Ademir, que sempre me incentivaram a seguir o caminho que desejasse, com confiança e liberdade. A vocês devo minha força, minha determinação e o amor incondicional que me acompanham em cada passo dessa jornada.

Aos meus irmãos, Rafael e Laura, que sempre foram muito mais que irmãos, foram amigos fiéis e companheiros, sempre ao meu lado nos momentos de alegria e também nos desafios da vida.

Ao meu esposo Layon, pelo imenso apoio e incentivo. Sua paciência, compreensão e amor foram fundamentais para que eu pudesse trilhar esse caminho com dedicação e equilíbrio.

Aos meus amigos do Norte de Minas e da Casa de Ester, que estiveram comigo durante esta jornada, me incentivando e comemoraram comigo cada conquista. Sou grata por cada palavra de apoio e amizade que recebi ao longo dessa jornada.

À minha orientadora, Bruna Costa, que foi mais do que uma orientadora, foi uma verdadeira mentora. Sua orientação, sabedoria e apoio constante foram essenciais para que eu pudesse percorrer o caminho do mestrado com leveza, paixão e confiança. Agradeço por todas as oportunidades que me deu e por todo o conhecimento compartilhado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos que foi fundamental para a realização deste mestrado (88887.924139/2023-00).

À Prefeitura de Belo Horizonte pelo consentimento e suporte durante a realização desta pesquisa. A colaboração e a abertura para o desenvolvimento desta pesquisa foram essenciais para a construção de um conhecimento que beneficie nossa cidade.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, minha mais sincera gratidão.

RESUMO

RIBEIRO F. C. S. **Trabalhadores dos restaurantes populares: condições ocupacionais e de saúde.** Dissertação [Mestrado em Nutrição e Saúde] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2025.

INTRODUÇÃO: Os Restaurantes Populares (RP) são equipamentos públicos voltados para a promoção do acesso à alimentação saudável e de qualidade para a população em situação de vulnerabilidade. No entanto, as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores desses equipamentos têm sido objeto de crescente preocupação. A pandemia de Covid-19 aumentou a demanda dos trabalhadores de serviços essenciais, como os serviços de alimentação, impactando ainda mais a saúde e as condições de trabalho desses indivíduos. A análise das condições ocupacionais e de saúde desses trabalhadores pode contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para a segurança alimentar e nutricional e para a melhoria das condições de trabalho no setor. **OBJETIVO:** Comparar as condições de saúde e trabalho antes e após a pandemia de Covid-19 entre os trabalhadores dos Restaurantes Populares, além de estudar a prevalência de transtornos mentais comuns e os fatores ocupacionais e socioeconômicos associados em trabalhadores dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte. **MÉTODOS:** Estudo de painel, realizado com trabalhadores dos RP de Belo Horizonte, com coleta de dados em dois pontos temporais (2017 e 2022), comparando a saúde e as condições de trabalho antes e após a pandemia. A análise estatística utilizou testes de Qui-quadrado para comparações. O segundo estudo foi um estudo transversal, sobre informações socioeconômicas, ocupacionais e de saúde. A análise estatística incluiu regressão logística multivariada, tendo o transtorno mental comum (TMC) como variável dependente. **RESULTADOS:** O primeiro estudo mostrou um aumento na insegurança alimentar e nutricional (IAN) domiciliar e nos problemas de saúde como obesidade, diabetes e hipertensão entre os trabalhadores dos RP após a pandemia. Houve também um aumento no número de horas extras e de empregos adicionais. A comparação dos aspectos psicossociais de trabalho indicou uma piora nas condições de trabalho, com aumento da falta de controle e apoio social. O segundo estudo revelou que a prevalência de TMC entre os trabalhadores dos RP foi superior a um terço, com associações positivas com sexo feminino, cor de pele parda ou amarela, e situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar. **CONCLUSÃO:** Os estudos evidenciam a fragilidade das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores dos RP, especialmente em relação à IAN domiciliar e aos TMC. Com o aumento dos problemas de saúde e o estresse ocupacional após a pandemia Covid-19. As intervenções devem focar na melhoria das condições de trabalho, redução das desigualdades sociais, visando à promoção da saúde mental e física desses trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, exposição ocupacional, Covid-19, pandemia; Saúde Mental; Serviços de Alimentação; Alimentação Coletiva.

ABSTRACT

RIBEIRO F. C. S. **Popular Restaurant Workers: Occupational and Health Conditions.**

Dissertação [Mestrado em Nutrição e Saúde] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2025.

INTRODUCTION: Popular Restaurants (PR) are public facilities aimed at promoting access to healthy and quality food for populations in vulnerable situations. However, the working conditions and health of the workers in these establishments have been a growing concern. The COVID-19 pandemic increased the demand on essential workers, such as those in the food services sector, further impacting their health and working conditions. Analyzing the occupational and health conditions of these workers can contribute to the improvement of public policies focused on food and nutritional security and the enhancement of working conditions in the sector. **OBJECTIVE:** To compare the health and work conditions before and after the Covid-19 pandemic among workers in Popular Restaurants, as well as to study the prevalence of common mental disorders and the occupational and socioeconomic factors associated with workers in Popular Restaurants in Belo Horizonte. **METHODS:** A panel study was conducted with workers from the PRs in Belo Horizonte, collecting data at two time points (2017 and 2022), comparing health and work conditions before and after the pandemic. Statistical analysis used Chi-square tests for comparisons. The second study was a cross-sectional study on socioeconomic, occupational, and health information. Statistical analysis included multivariate logistic regression, with common mental disorder (CMD) as the dependent variable. **RESULTS:** The first study showed an increase in household food and nutritional insecurity (FNI) and health problems such as obesity, diabetes, and hypertension among PR workers after the pandemic. There was also an increase in the number of overtime hours and additional jobs. The comparison of psychosocial work aspects indicated a worsening of working conditions, with increased lack of control and social support. The second study revealed that the prevalence of CMD among PR workers was higher than one-third, with positive associations with female sex, brown or yellow skin color, and household food and nutritional insecurity. **CONCLUSION:** The studies highlight the fragility of the working and health conditions of PR workers, particularly regarding household FNI and CMDs. With the increase in health problems and occupational stress following the Covid-19 pandemic. Interventions should focus on improving working conditions, reducing social inequalities, and promoting the mental and physical health of these workers.

Keywords: Workers' health, occupational exposure, Covid-19, pandemic; Mental health; Food services; Collective feeding.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1: Fluxograma da dissertação: Trabalhadores dos Restaurantes Populares: condições ocupacionais e de saúde.

Graph 1. Health information on workers in Government-backed Economy Restaurant in Belo Horizonte (2017 and 2022).

LISTA DE TABELAS

Table 1. Sociodemographic data of workers in Government-backed Economy Restaurant in Belo Horizonte (2017 and 2022).

Table 2: Health characteristics of workers in Government-backed Economy Restaurant in Belo Horizonte, according to year (2017 and 2022).

Table 3. Occupational and Psychosocial data of workers in Government-backed Economy Restaurant in Belo Horizonte (2017 and 2022).

Tabela 1. Dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares de Belo Horizonte, Brasil 2022.

Tabela 2: Regressão logística univariada com a ocorrência de transtorno mental comum.

Tabela 3: Regressão logística multivariada com a ocorrência de transtorno mental comum.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CadÚnico- Cadastro Único de Programas Sociais

CMD- Common Mental Disorder

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DHAA- Direito Humano à Alimentação Adequada

DORT- Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho

DUDH- Declaração Universal dos Direitos Humanos

EBIA- Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

EqSAN- Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional

EPI- Equipamento de Proteção Individual

FAO- Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura

FNI- Food and Nutritional Insecurity

GbER- Government-backed Economy Restaurant

GEASAN- Grupo de Pesquisa e Estudo para Monitoramento e Avaliação de Programas de Segurança Alimentar e Nutricional

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IAN- Insegurança Alimentar e Nutricional

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IMC- Índice de Massa Corporal

JCQ- Job Content Questionnaire

LER- Lesões por Exercício Repetitivos

LOSAN- Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MDS- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

OMS- Organização Mundial da Saúde

PIDESC- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PFZ- Programa Fome Zero

PIB- Produto Interno Bruto

PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNSAN- Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

RP- Restaurante Popular

PR- Popular Restaurants

SAN- Segurança Alimentar e Nutricional

SAPS- Serviço de Alimentação da Previdência Social

SISAN- Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SRQ-20- Self-Reporting Questionnaire

TMC- Transtorno Mental Comum

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1. <i>Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil</i>	18
2.2. <i>Programa Restaurantes Populares</i>	20
2.3. <i>Trabalhadores de Serviços de Alimentação</i>	23
2.2.1. Condições ocupacionais e de saúde	24
2.2.3. Pandemia Covid-19 nos Serviços de Alimentação	26
3. JUSTIFICATIVA	29
4. OBJETIVOS	30
4.1. <i>Objetivo Geral</i>	30
4.2. <i>Objetivos Específicos</i>	30
5. MÉTODOS	31
5.1. <i>Delineamento do estudo</i>	31
5.2. <i>Caracterização do local e público-alvo</i>	31
5.3. <i>Coleta de dados</i>	33
5.4. <i>Questionário</i>	33
5.5. <i>Tratamento e análise de dados</i>	36
5.5.1. Artigo 1	36
5.5.2. Artigo 2	36
5.7. <i>Aspectos Éticos</i>	36
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6.1. <i>Artigo 1</i>	37
6.2. <i>Artigo 2</i>	56
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	83

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação atende às normas estabelecidas pelo Colegiado de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, regulamentada pela Resolução 10/2017 – CPGNS, de 10 de agosto de 2017. O volume é composto por introdução, referencial teórico, justificativa, objetivos, métodos, resultados, discussão e considerações finais. As seções dos resultados e discussão é composta por dois manuscritos, sendo um deles submetido na revista científica *Ciências e Saúde Coletiva*. Por fim, são apresentadas as considerações finais e as referências bibliográficas, em formato Vancouver. A resolução que estabelece as normas para elaboração da dissertação está disponível no seguinte link: <http://www.enf.ufmg.br/index.php/resolucoes-do-colegiado-pos-nutricao/990-revoga-a-resolucao-06-2015-que-regula-o-formato-de-dissertacoes/file>.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, com seu vasto território e desigualdades sociais marcantes, enfrenta desafios contínuos relacionados à promoção de uma alimentação saudável e acessível à sua população¹. Nesse contexto, o Programa Restaurantes Populares (RP), instituído pelo Governo Federal, emerge como uma importante política pública de combate à fome e à insegurança alimentar e nutricional (IAN). Em Belo Horizonte, existem quatro unidades dos RP. Estes restaurantes têm como objetivo principal aumentar a disponibilidade de refeições nutritivas a preços acessíveis para pessoas de baixa renda, socialmente vulneráveis e em situação de IAN. Além disso, buscam promover uma alimentação saudável e adequada, valorizando os hábitos alimentares regionais². As unidades dos RP de Belo Horizonte são distribuídas nas regiões com maior concentração de pessoas em situação de vulnerabilidade ou IAN e próximas a diversos meios de transporte público. Atualmente, estes RP produzem diariamente mais de dez mil refeições, divididas em café da manhã, almoço e jantar³.

Durante a Pandemia Covid-19, o papel dos RP foi intensificado devido ao cenário de vulnerabilidade social no Brasil. Tal vulnerabilidade levou à adoção de medidas de emergenciais para garantir o atendimento às necessidades básicas da população. O Decreto nº 10.282/2020, por exemplo, estabeleceu como serviços essenciais aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população⁴. No rol de serviços essenciais, o RP foi incluído durante a Pandemia de Covid-19 e tiveram um papel crucial no fornecimento de refeições acessíveis e de qualidade para a população¹. Com o aumento da vulnerabilidade social durante o período pandêmico, muitas famílias passaram a enfrentar situações de IAN mais intensas, o que elevou a demanda por refeições subsidiadas, como as oferecidas pelos RP. Esse cenário não é resultado apenas da pandemia, mas também de um processo de desmonte de políticas públicas e de um ambiente de incertezas no Brasil, que já vinham afetando a população de maneira significativa antes do agravamento da crise sanitária, tornando ainda mais urgente a necessidade de políticas públicas eficazes no enfrentamento da pobreza e da desigualdade social. A crise econômica gerada pela pandemia impulsionou a busca por soluções governamentais que garantissem a alimentação de populações em situação de pobreza e extrema pobreza⁵. Esse cenário fez com que os RP se tornassem uma rede ainda mais essencial de segurança alimentar e nutricional, mas também trouxe à tona a necessidade de ampliar a capacidade de atendimento, garantindo não só a oferta

de alimentos, mas também a melhoria das condições de trabalho e saúde dos seus trabalhadores, cujas funções se intensificaram no período⁶.

Os RP são serviços de alimentação com importante impacto no setor da economia, sendo um dos pilares da geração de emprego e movimentação de recursos financeiros em diversas regiões⁷. Além de proporcionar alimentação à população, o setor de alimentação contribui significativamente para o Produto Interno Bruto (PIB), abrangendo uma vasta gama de atividades, desde a produção e processamento até a distribuição de alimentos⁸. Os serviços de alimentação são responsáveis pela criação de milhões de postos de trabalho, impactando diretamente outras áreas da economia, como transporte, logística, agricultura e comércio⁹. Em momentos de crise, como o que ocorreu na Pandemia de Covid-19, a importância do setor de alimentação se torna ainda mais evidente, pois ele não apenas garante a alimentação da população, mas também o sustento de milhares de trabalhadores¹⁰.

Com a alta demanda do setor de serviços de alimentação, surge também a necessidade de estudar as condições ocupacionais e de saúde dos trabalhadores desse setor, não só do ponto de vista da saúde pública, mas também no que tange à qualidade de vida dos trabalhadores e ao impacto das condições de trabalho em sua saúde física e mental¹¹. É comum que esses profissionais, responsáveis por garantir a qualidade das refeições oferecidas e o funcionamento adequado dos estabelecimentos, enfrentam desafios relacionados a longas jornadas de trabalho, estresse, sobrecarga de tarefas e baixos salários. Essa realidade tem gerado preocupação em relação aos aspectos de saúde ocupacional^{12, 13}.

Ademais, a Pandemia de Covid-19 representou um divisor de águas para muitos setores, e o de serviços de alimentação não foi exceção. As medidas de distanciamento social, a necessidade de adaptação rápida a novas formas de trabalho e a pressão para garantir a continuidade das operações em um cenário de crise sanitária afetaram diretamente a saúde mental e as condições de trabalho desses profissionais¹⁴. O impacto da pandemia no setor de serviços de alimentação, especialmente nas unidades de Restaurantes Populares, pode ter agravado ainda mais os problemas já existentes relacionados à saúde ocupacional, colocando uma pressão adicional sobre esses trabalhadores, que se tornaram protagonistas em um cenário de crise, sendo responsáveis por garantir a segurança alimentar para uma população vulnerável¹⁵.

Diante desse panorama, é essencial investigar as condições de trabalho e de saúde dos profissionais envolvidos no RP, considerando as particularidades do setor de alimentação coletiva e os desafios impostos pela Pandemia. A análise das condições ocupacionais e de saúde

desses trabalhadores pode contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para a segurança alimentar e nutricional e para a melhoria das condições de trabalho no setor. Além de ser fundamental para a elaboração de estratégias de apoio psicológico e de saúde ocupacional, que possam mitigar os impactos negativos dessa crise sobre o bem-estar dos trabalhadores.

O objetivo deste volume é analisar as condições de saúde, ocupacionais e socioeconômicas dos trabalhadores dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte, com um enfoque particular nas possíveis mudanças ocorridas antes e depois da Pandemia de Covid-19. A partir de uma abordagem que inclui tanto os aspectos físicos quanto psicossociais, os artigos contribuem para uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados por esses trabalhadores, particularmente no que diz respeito à prevalência de transtornos mentais comuns após a pandemia. Além disso, as análises apresentadas fornecem *insights* cruciais para a formulação de políticas públicas mais eficazes, voltadas para a melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. Assim, os resultados destes artigos têm uma relevância significativa para a construção de estratégias que visem a redução das desigualdades sociais e a promoção do bem-estar no âmbito das políticas públicas de assistência social e saúde ocupacional.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil

A segurança alimentar e nutricional (SAN) se refere ao direito de todos a ter acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e que atendam as necessidades nutricionais, culturais e sociais¹⁶. Ao longo das décadas, esta definição de SAN passou por evoluções significativas. Inicialmente, o conceito era centrado apenas na disponibilidade de alimentos, abordando a capacidade de um país ou região em garantir a quantidade suficiente de alimentos para sua população. No entanto, com o tempo, essa visão foi ampliada para incluir aspectos relacionados ao acesso, qualidade e uso adequado dos alimentos. Em 1992, a definição de SAN foi formalmente expandida pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), incluindo a necessidade de que os alimentos não estejam apenas disponíveis, mas também acessíveis e nutricionalmente adequados. Além disso, a SAN passou a incorporar questões relacionadas ao desenvolvimento sustentável e à resiliência frente a crises econômicas, sociais e climáticas¹⁷. Esse conceito está intimamente relacionado ao direito humano à alimentação adequada (DHAA), o qual reconhece a alimentação adequada como essencial à dignidade humana, bem-estar e saúde^{18, 19}.

Em âmbito nacional e internacional, um extenso arcabouço legal assegura o DHAA, com destaque para a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), adotada após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). A DUDH consolidou a ideia de que os direitos devem ser respeitados, estabelecendo valores universais que devem ser seguidos por todos os Estados. Esse marco jurídico reconhece os direitos humanos como um conjunto de prerrogativas universais, aplicáveis a todas as nações e povos²⁰.

A expressão DHAA tem origem no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado pela Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1966. A inclusão desta expressão, veio após longos anos de debates, o que indica a ocorrência de conflitos para sua efetivação. Assim, o PIDESC entra em vigor apenas em 1976, sendo reconhecido pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 226 de 1991, quase três décadas depois da adoção do pacto²¹.

O Brasil, nas últimas décadas, aprovou uma série de instrumentos e políticas públicas na intenção de garantir a SAN bem como o DHAA. Uma das pioneiras foi a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e atualizada em 2011, onde apresenta

o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população²². O Programa Fome Zero (PFZ) também foi uma proposta política elaborada em 2003 pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), com o intuito de combater a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) e suas causas estruturais, já que o combate à fome passa pelo enfrentamento da miséria e da desigualdade social²⁰. Assim, o PFZ visa promover acesso a renda, redução da pobreza, promoção da cidadania, acesso a alimentação adequada e saudável e viabiliza a mobilização da sociedade para o combate à fome, assegurando assim um conjunto integrado e articulado de políticas e ações que garantam o cumprimento da SAN²².

Posteriormente, em 2006, foi sancionado a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), considerada um marco importante no avanço da garantia da SAN²³. A LOSAN estabelece a SAN como uma política de Estado, onde criou-se as bases de construção e funcionamento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), alinhando políticas e ações na tentativa de garantir a SAN²⁴. Além disso, a LOSAN incorpora a garantia do DHAA como um dever do Estado, a quem cabe respeitar, proteger, promover e prover este direito²⁵. Com o objetivo de garantir o DHAA, foi criada, em 2010, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), por meio do Decreto nº 7.272. Esta política foi implementada por meio da colaboração entre diversos órgãos, entidades federativas e instituições privadas. A PNSAN estabelece os procedimentos para a gestão, os mecanismos de financiamento, bem como os processos de monitoramento e avaliação das ações do Estado²¹.²⁶ Vale ressaltar que somente em 2010, o DHAA passa a ser assegurado entre os direitos sociais da Constituição Federal do Brasil, com aprovação da Emenda Constitucional n.64²⁷.

Seguindo na perspectiva da garantia do DHAA, os equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional (EqSAN) desempenham um papel crucial no fornecimento e no acesso a alimentos nutritivos, especialmente para a população em situação de vulnerabilidade social, contribuindo para a redução da fome e das desigualdades alimentares²⁸. Estes equipamentos atuam na promoção da SAN, pois buscam garantir que os indivíduos, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham as condições necessárias para uma alimentação saudável e adequada². São exemplos de EqSAN os restaurantes populares, bancos de alimentos e centros de distribuição de alimentos, entre outros.

Belo Horizonte é reconhecida nacional e internacionalmente por sua trajetória pioneira e estruturada na promoção da segurança alimentar e nutricional (SAN). Desde 1993, o município vem consolidando uma política pública que abrange toda a cadeia alimentar – da

produção ao consumo – com destaque para os programas de assistência alimentar que visam garantir o acesso imediato e emergencial a refeições de qualidade para a população em situação de vulnerabilidade. Essa política é fundamentada na concepção do DHAA e se desdobra em iniciativas como os Restaurantes Populares, Bancos de Alimentos, feiras livres e distribuição de cestas básicas, além do Programa de Assistência Alimentar e Nutricional Emergencial (PAAN), implementado com maior força durante a pandemia de COVID-19²⁹.

2.2. Programa Restaurantes Populares

O Programa Restaurante Popular é um importante EqSAN de combate à insegurança alimentar e nutricional da população brasileira, promovendo acesso a uma alimentação saudável, de qualidade e com baixo custo, para população residente em municípios com mais de 100 mil habitantes³⁰. A primeira unidade do Restaurante Popular (RP) foi inaugurada em 1939, na cidade do Rio de Janeiro, sendo uma iniciativa do Serviço Central de Alimentação, do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários, sob a direção de Josué de Castro. Neste primeiro momento, o RP apresentava um cardápio fixo e tinha como principal objetivo o combate à fome e a perspectiva de garantir uma alimentação digna para a população de baixa renda. No entanto, as refeições eram priorizadas para trabalhadores do setor formal da indústria, comércio e bancários, alcançando basicamente o sexo masculino²⁵.

Em 1940, o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) assumiu a implantação do RP, expandindo-o por todo Brasil. Neste segundo momento, o foco continuava sendo o fornecimento de refeições aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e o atendimento dos preceitos nutricionais e das condições higiênicas adequada¹⁷. No entanto, já se começava a vislumbrar a intenção de atender toda a população, com ênfase nas famílias dos trabalhadores. Nesse período, os idealizadores dos RP acreditavam que apenas a intervenção alimentar da população era suficiente para promover a adoção de novos hábitos alimentares, considerando que a população estava aprendendo na prática como realizar uma alimentação adequada. Acreditavam também que o principal fator responsável pelas carências e problemas nutricionais era o desconhecimento, o que desconsiderava a fome e a desnutrição como consequências das desigualdades sociais e da pobreza^{17, 25}.

Em 1946, o Rio de Janeiro apresentava o total de sete unidades de RP do SAPS, com seus usuários sendo, na maioria, trabalhadores do sexo masculino³¹. Em 1950, o país já possuía

42 unidades, sob a coordenação do governo federal. No entanto, as atividades foram descontinuadas em 1967, com o fim do governo de Getúlio Vargas, durante a ditadura civil-militar o SAPS foi extinto²⁵. Restaurantes com iniciativas semelhantes voltaram a ser implantados novamente na década de 1990²⁵. Em 1994, foi implantado um RP no Estado de Minas Gerais, seguido por unidades em São Paulo e Rio de Janeiro. Nos anos 2000 foram implantados no Ceará (2002), Rio Grande do Norte (2003), Porto Alegre (2005), Piauí (2006) e em outros estados e cidades subsequentes²⁵.

Com o aumento da desigualdade social e a escassez de alimentos para as camadas mais pobres da sociedade brasileira, a partir dos anos 2000, o atendimento passou a ser para toda a população, não se restringindo apenas a trabalhadores²⁵. Neste contexto, os RP adquiriram uma nova forma e relevância, integrando-se a uma série de políticas públicas voltadas para a SAN e o combate à pobreza¹⁷. Desde 2004, o Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) passou a apoiar as instalações destes EqSAN, integrando à rede de ações e programas do Fome Zero. O Programa Restaurante Popular, apoiado pelo MDS, previa a construção dos RP, das cozinhas comunitárias e dos bancos de alimentos. No caso dos RP, o MDS ficou responsável pelo financiamento das obras de infraestrutura e instalações, além da aquisição de equipamentos, em colaboração com os estados e municípios²².

Os RP então passaram a ser reconhecidos de forma mais ampla como ferramenta fundamental no combate à fome. A principal proposta do MDS foi a criação de uma rede de proteção alimentar em áreas de grande circulação de pessoas que realizam refeições fora do lar, dando prioridade aos seguimentos mais vulneráveis, em situação de insegurança alimentar e nutricional³⁰. A localização das instalações foi planejada para permitir que os usuários não tenham que deslocar por grandes distâncias para acessar os RP e realizar refeições³². Conforme requisitos estabelecidos, os RP devem ter capacidade para fornecer no mínimo 1000 refeições diárias^{33, 25}. Desde então, os RP foram sendo implantados em outras cidades do país, sendo que atualmente o Brasil conta com mais de 130 unidades de RP³⁴.

Os RP mantem uma articulação com outros programas e equipamentos públicos envolvidos na garantia da SAN, como o Bolsa Família que é uma iniciativa de transferência direta de recursos financeiros, com exigências específicas, destinada a melhorar as condições de vida das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza no Brasil^{35, 2}. Por exemplo, em Belo Horizonte, os usuários contemplados pelo Bolsa Família podem consumir as refeições dos RP pagando 50% do valor da refeição. Já as pessoas em situação de rua cadastrados no Cadastro

Único de Programas Sociais (CadÚnico) tem direito à gratuidade das refeições. Os demais usuários pagam o valor de custo da refeição, conforme definido pelo município^{36,37}.

É importante destacar que o Programa Restaurante Popular desempenha um papel fundamental na promoção de ações de educação alimentar e nutricional, além de encorajar a preservação e valorização da cultura gastronômica local. O programa incentiva a utilização de alimentos regionais, combate ao desperdício e promove práticas alimentares sustentáveis, contribuindo para a saúde da população³⁰. Além disso, os RP estimulam a ofertas de frutas e hortaliças típicas da região, que além de contribuir para a saúde da população, beneficia os produtores da região. O MDS recomenda que a aquisição de gêneros alimentícios seja realizada diretamente de produtores locais, o que reforça o incentivo ao consumo de produtos regionais e à valorização das preparações típicas^{30,38}.

Em Belo Horizonte os RP funcionam de forma sistemática e eficiente, com operações contínuas durante 24 horas por dia, 5 dias por semana. O acesso dos usuários ao RP só é permitido no horário pré-estabelecido de distribuição das refeições (café da manhã: 6h30 às 8h; almoço: 10h30 às 14h; e jantar: 17h às 19h). O projeto arquitetônico do restaurante é funcional e visa otimizar o fluxo de atendimento: o refeitório é equipado com mesas de alvenaria ou fórmica fixadas ao piso, proporcionando um ambiente simples, porém organizado e de fácil higienização. Os usuários, ao entrarem no restaurante, efetuam o pagamento da refeição ou apresentam documentos que os isentam do pagamento, conforme descrito acima, e então entram em uma fila para a refeição ser servida. A equipe de trabalho dos RP é multidisciplinar e essencial para garantir a qualidade e a segurança alimentar dos serviços prestados. Ela é composta por nutricionistas, responsáveis pelo planejamento e acompanhamento das refeições; cozinheiros e auxiliares de cozinha, encarregados do preparo dos alimentos; auxiliares administrativos, que atuam no controle operacional e atendimento ao público; além de trabalhadores de serviços gerais, que asseguram a limpeza e a manutenção adequada do ambiente. Todo o funcionamento é pautado por normas de higiene, controle de qualidade e diretrizes nutricionais, reforçando o compromisso dos RP com uma alimentação saudável, segura e acessível³⁹.

2.2. Trabalhadores de Serviços de Alimentação

O setor de alimentação desempenha um papel crucial na economia, não apenas por gerar uma quantidade significativa de empregos, mas também por impulsionar a produção, o comércio e a distribuição de alimentos⁷. Abrangendo uma ampla gama de atividades, desde a agricultura até o fornecimento de refeições em restaurantes, esse setor contribui de forma relevante para o Produto Interno Bruto (PIB). De acordo com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas⁸, o setor de alimentação representa 2,7% do PIB brasileiro, além de ser essencial para a saúde e o bem-estar da população¹⁰. Em 2023, o segmento de alimentação fora do lar alcançou um faturamento de R\$ 234,9 bilhões, gerando mais de 10,4 milhões de empregos⁹.

Embora os gastos com alimentação fora do lar tenham diminuído nos últimos anos, ainda existe uma parcela significativa da população que opta por essa modalidade de consumo⁴⁰. Estimasse que anualmente é gasto em refeições fora do lar mais de R\$61,4 bilhões. Esse alto índice de consumidores de refeições fora de casa reflete as mudanças nos hábitos alimentares, impulsionadas pela busca por conveniência, praticidade e experiências gastronômicas diversificadas⁴¹. Comer fora do lar também está intimamente relacionado ao dinamismo das grandes cidades, onde a rotina acelerada leva as pessoas a preferirem soluções rápidas e de fácil acesso para suas refeições⁴⁰. Esse fenômeno, portanto, contribui de maneira significativa para o fortalecimento da economia, gerando emprego e renda, ao mesmo tempo em que favorece a ampliação de uma rede de serviços que se adapta continuamente às necessidades e preferências dos consumidores⁴².

Serviços de alimentação são atividades que envolvem a produção e distribuição de alimentos e bebidas, como restaurantes, bares, lanchonetes e outros. Dessa forma, os trabalhadores dos serviços de alimentação desempenham um papel fundamental na sociedade, sendo responsáveis não apenas pela preparação e fornecimento de alimentos, mas também por garantir a segurança alimentar e nutricional de uma grande parcela da população. Esses profissionais executam diversas atividades, como o planejamento de cardápios, a aquisição e o armazenamento de insumos, a preparação e a distribuição das refeições, bem como a limpeza e a manutenção das instalações⁴³. Além disso, são constantemente desafiados a seguir rigorosamente os procedimentos higiênico-sanitários, desde o armazenamento adequado dos alimentos até a finalização das refeições. A equipe que compõe os serviços de alimentação deve

atuar com rapidez, coordenação e precisão, cumprindo altos padrões de qualidade e excelência no atendimento ao cliente⁴⁴.

Estes trabalhadores geralmente apresentam baixos níveis de escolaridade e remuneração^{12, 13}. Em um estudo realizado com trabalhadores de RP no Rio de Janeiro, observou-se que 42,2% possuíam entre 5 e 8 anos de escolaridade e 41,8% recebiam entre 1 e 2 salários-mínimos⁴⁵. Em outro estudo realizado com trabalhadores dos RP de Belo Horizonte, 67,4% possuíam ensino médio completo³⁹. Em um restaurante hospitalar, mais da metade dos trabalhadores possuía mais de 9 anos de escolaridade (65,9%) e mais da metade (54,5%) recebiam menos de 3 salários-mínimos⁴⁵. Em um estudo com trabalhadores de restaurantes industriais em Uberaba-MG, 50% tinham até 12 anos de escolaridade e 75,0% recebiam até 2 salários-mínimos⁴⁷.

2.2.1. Condições Ocupacionais e de Saúde

Os trabalhadores do setor de alimentação enfrentam vários desafios. A falta de infraestrutura adequada nas cozinhas, pode comprometer tanto a eficiência operacional quanto a saúde dos trabalhadores. Espaços restritos, ventilação inadequada, iluminação insuficiente e a ausência de equipamentos adequados podem sobrecarregar os profissionais, expondo-os a diversos riscos ocupacionais. A infraestrutura deficiente contribui para a sobrecarga de trabalho, pois os trabalhadores são forçados a se adaptar a um ambiente que dificulta o fluxo de tarefas, exigindo maior esforço físico e mental⁴⁸. Neste contexto, vale ressaltar que a realidade dos trabalhadores de serviços de alimentação se configura como um importante ponto de reflexão sobre as condições de trabalho e a necessidade de melhorias para promover um ambiente mais saudável e eficiente^{49, 13}.

A relação entre condições de trabalho e saúde tem sido amplamente discutida, com evidências mostrando que fatores ocupacionais podem afetar diretamente o bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores. Em diversos contextos, como na indústria e no mercado de trabalho, os trabalhadores enfrentam demandas físicas e psicossociais que podem desencadear doenças e agravar condições preexistentes¹¹. A consequência de grandes desgastes físicos e mentais são as doenças ocupacionais, caracterizada como transtornos de saúde causados pelo trabalho⁵⁰. Entre os mais comuns, destacam-se os Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), como lesões por exercício repetitivos (LER), resultante de movimentos

repetitivos e manipulação de peso. Este tipo de condição é associado a dores nas costas, ombros, punhos e joelhos¹⁵.

A exposição constante a fatores como sobrecarga de atividades, manipulação de cargas pesadas, trabalho repetitivo e ambientes fisicamente desgastantes, que são frequentemente relatadas em serviços de alimentação^{45, 51, 46}, tem sido associada ao aumento de doenças musculoesqueléticas, transtornos psicológicos e outros problemas de saúde em trabalhadores de diversas áreas¹¹. Além disso, a pressão para manter o desempenho, mesmo em condições adversas, pode levar a um ciclo de exaustão físico e emocional, resultando em absenteísmo ou, em casos mais graves, em danos irreversíveis à saúde⁵².

É comum que os trabalhadores de serviços de alimentação enfrentem jornadas de trabalho extensas e condições laborais exaustivas^{53, 3}. Em um estudo realizado com trabalhadores dos RP do Rio de Janeiro, 90,1% relataram incômodos relacionados ao calor, 51,2% aos ruídos, 36,2% ao esforço físico e 10,5% à iluminação inadequada⁴⁵. Da mesma forma, na pesquisa com trabalhadores de um restaurante hospitalar em Belo Horizonte, 86,4% apontaram o desgaste físico como um problema, enquanto 59,0% mencionaram o desgaste psicológico. Além disso, 56,8% relataram adoção de posições desconfortáveis, 45,5% afirmaram que as atividades exigem esforço físico considerável e 93,2% destacaram que as tarefas demandam um alto nível de atenção⁴⁶.

Em um estudo realizado com trabalhadores de um restaurante universitário em São Paulo, verificou-se que 39,0% dos participantes apresentavam restrições físicas, sendo a maior parte associada ao levantamento de peso. Além disso, as lesões relatadas entre esses trabalhadores incluíam dores nos membros superiores (21,0%), dores nas extremidades inferiores (25,0%), dores na coluna (57,0%) e redução da audição (18,0%)⁴³. Além disso, entre 2010 e 2020, foram notificadas 2.814 doenças ocupacionais entre trabalhadores de serviços de alimentação no Brasil, com destaque para os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho. Os problemas mais comuns incluem tendinite (inflamação no ombro, cotovelo e punho), dor lombar (na região lombar) e mialgia (dor muscular em diversas partes do corpo), evidenciando a prevalência de lesões associadas às atividades laborais neste setor⁵⁴.

As condições ocupacionais podem agravar ainda mais a condição de saúde dos trabalhadores de serviços de alimentação, revelando uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) além de sérios problemas de estresse, ansiedade e sintomas de esgotamento emocional^{45, 51, 46, 55}.

Em um estudo realizado com trabalhadores dos RP do Rio de Janeiro em 2006, 14,3% apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 2,1% relataram ter Diabetes *mellitus*⁴⁵. Já em estudo realizado com trabalhadores de um serviço de alimentação hospitalar de Belo Horizonte, foram identificadas prevalências maiores, como 22,7% de HAS e 6,8% de diabetes *mellitus*⁴⁶.

Com relação ao excesso de peso entre os trabalhadores, uma pesquisa com trabalhadores de um restaurante universitário do estado de São Paulo revelou que 60,9% apresentavam sobrepeso⁵⁶. A prevalência de obesidade entre trabalhadores de um restaurante hospitalar de Florianópolis foi de 25,0%⁵⁷. E, prevalências superiores foram encontradas em trabalhadores dos RP de Belo Horizonte, em que 66,7% dos apresentavam sobrepeso e 33,0% obesidade^{51, 39}.

Esses agravos à saúde são ainda mais preocupantes quando associados a maus hábitos de vida, como o tabagismo, que foi relatado por 22,7% dos trabalhadores de um restaurante hospitalar e 18,8% dos trabalhadores dos RP do Rio de Janeiro^{45, 46}. Além disso, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas foi observado em 30,0% dos trabalhadores dos RP de Belo Horizonte⁴⁸. Com relação a inatividade física, 68,2% dos trabalhadores de um hospital em Belo Horizonte relataram não praticar qualquer tipo de atividade física⁴⁶. Esses comportamentos, somados às condições de trabalho adversas, podem contribuir significativamente para o aumento de agravos em saúde entre os trabalhadores de serviços de alimentação. Esses agravantes à saúde, já exacerbados pelos maus hábitos de vida, tornam-se ainda mais preocupantes em períodos de crises sanitárias, como a Pandemia de Covid-19. A combinação de condições de trabalho adversas e comportamentos de risco pode agravar significativamente a vulnerabilidade dos trabalhadores, especialmente em contextos de emergência de saúde pública, onde a pressão sobre os sistemas de saúde e as condições de trabalho são intensificadas⁵⁸.

2.2.3. Pandemia Covid-19 nos Serviços de Alimentação

A Pandemia de Covid-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, foi uma crise global de saúde pública iniciada no final de 2019. O vírus se espalhou rapidamente por todo o mundo, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a pandemia em março de 2020. Caracterizado por sintomas como febre, tosse, falta de ar e, em casos graves, insuficiência respiratória, a Covid-19 afetou milhões de pessoas e resultou em um número elevado de mortes. A rápida disseminação do vírus causou uma sobrecarga sem precedentes nos sistemas de saúde,

exigindo a adoção de medidas rigorosas como o distanciamento social, quarentenas e lockdowns. Essas ações, embora necessárias para conter a propagação da doença, provocaram profundas mudanças nas economias globais e nas rotinas diárias da população. No ambiente de trabalho, muitas empresas foram forçadas a reduzir suas operações, o que resultou em demissões em massa, redução da jornada de trabalho e cortes salariais. Além disso, houve a necessidade de adaptar a estrutura física das organizações para garantir a segurança dos funcionários que continuaram trabalhando presencialmente, com investimento em equipamentos de proteção, álcool em gel e reconfiguração de espaços. Em paralelo, os impactos financeiros foram severos: muitos negócios fecharam suas portas definitivamente, e outros enfrentaram quedas drásticas no faturamento, aumentando a insegurança econômica tanto para empregadores quanto para trabalhadores⁵⁹.

Além disso, a Pandemia de Covid-19 alterou globalmente a dinâmica de trabalho. Os serviços de alimentação, considerados como serviços essenciais, passaram por mudanças significativas na forma de funcionamento, para atender a demanda sem expor a população e os trabalhadores destes serviços, ao risco de contaminação. Diversas medidas foram tomadas durante a pandemia afim de minimizar o risco de contaminação. Uso de máscara, distanciamento social e álcool em gel foram amplamente adotados^{60, 15}.

Como os RP são equipamentos de combate a insegurança alimentar e nutricional, durante a pandemia permaneceram abertos, fornecendo refeições, com o intuito de diminuir os impactos sociais. Em Belo Horizonte, os RP mantiveram o funcionamento com estratégias específicas para diminuição do risco de contágio⁶¹. O serviço de self-service tradicional foi substituído pela entrega de marmitas, que eram retiradas na entrada do restaurante. Os usuários do RP não podiam consumir as marmitas dentro dos restaurantes e as filas eram organizadas com distanciamento entre as pessoas. Com a redução dos casos de Covid-19 e o melhor controle da doença, foram permitidos o consumo das refeições dentro dos restaurantes, mas ainda com distanciamento entre os assentos⁶².

Além disso todos os procedimentos operacionais de higiene e manipulação de alimentos foram reforçados, com o uso de produtos de limpeza que fossem capazes de eliminar o vírus SARS-CoV-2. Também foram reforçadas as orientações de lavagens de mãos, uso de álcool em gel e uso de equipamento de proteção individual (EPI), com destaque especial para as máscaras.

Vale ressaltar que os trabalhadores considerados como grupo de risco, foram afastados da função e recebiam auxílio financeiro do governo durante este afastamento, e todos aqueles

que apresentavam algum sintoma da Covid-19 eram orientados a procurar um serviço médico e imediatamente eram afastados conforme orientações médicas.

Com esta inconstância de mão de obra nos restaurantes populares, diariamente era necessário o reajuste de funções entre os trabalhadores, o que gerava uma sobrecarga de trabalho. Ainda assim, os RP de Belo Horizonte serviram mais de 1,8 milhão de refeições durante a pandemia⁶².

Estudos apontaram que durante a pandemia trabalhadores de serviços essenciais, como da alimentação e da saúde, foram impactados na saúde mental, com sobrecarga de trabalho, aumento da ansiedade e do estresse^{63, 64}. Dados de um estudo realizado durante a Pandemia Covid-19 no Brasil e na Espanha, com trabalhadores de serviços essenciais, incluindo os da saúde, de serviços de alimentação e transporte revelaram que, no geral, 8,3% apresentaram depressão, 11,6% ansiedade e 27,4% ambos os transtornos⁶². Entre profissionais da área da saúde do Brasil, verificou-se aumento das horas trabalhadas (62,0%) e a prevalência de sintomas de estresse, ansiedade e depressão foi superior a 45,0%. A prevalência de dor musculoesquelética e fadiga foi de 84,7% e 83,3%, respectivamente. Os profissionais de saúde apresentaram aumento de volume de trabalho e de exigência durante a Pandemia de Covid-19⁶⁴.

Além disso a pandemia evidenciou o aumento das desigualdades sociais. O aumento da insegurança alimentar e nutricional nos domicílios brasileiros foi evidenciado pela pandemia, agravando o medo de desemprego e da perda de renda entre os trabalhadores⁶⁵. Em um estudo realizado com trabalhadores de serviços de alimentação de Belo Horizonte durante a pandemia, 98,9% apresentavam algum nível de preocupação em perder o emprego ou ter diminuição de renda¹⁵.

Diante desse cenário, a investigação após a pandemia Covid-19 se torna fundamental para entender as possíveis consequências a longo prazo, permitindo o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes, sendo essencial para aprimorar a resposta a futuras crises⁶⁶.

3. JUSTIFICATIVA

Estudos evidenciaram que trabalhadores de serviços de alimentação enfrentam uma série de desafios relacionados às condições de trabalho, que impactam diretamente na sua saúde física e mental. Estes profissionais desempenham papéis cruciais na sociedade, garantindo o fornecimento de refeições nutritivas e acessíveis a uma grande parcela da população, muitas vezes no contexto de alta demanda e em ambientes laborais adversos.

Com isso surge a necessidade de compreender as condições de trabalho dos profissionais que atuam em serviços essenciais, como os RP. Estes serviços desempenham um papel fundamental na promoção do direito à alimentação adequada e de qualidade para populações em situação de vulnerabilidade, oferecendo refeições acessíveis e nutritivas a custos reduzidos. No entanto, os trabalhadores desses serviços enfrentam desafios significativos, como a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, condições laborais adversas e risco elevado de doenças ocupacionais, o que impacta diretamente sua saúde e bem-estar.

Além disso, a pandemia de Covid-19 impôs novos e intensos desafios aos profissionais que atuam nos RP, ampliando a sobrecarga de trabalho, a insegurança e os riscos à saúde física e mental. Esse cenário evidenciou ainda mais a necessidade urgente de políticas públicas que promovam a melhoria das condições de trabalho e a proteção integral da saúde desses trabalhadores, com impacto direto na qualidade e na continuidade dos serviços oferecidos à população. Estudar e analisar as condições de trabalho antes e após a pandemia é fundamental para compreender a magnitude das mudanças ocorridas, identificar vulnerabilidades agravadas pelo contexto pandêmico e avaliar a efetividade das respostas institucionais adotadas. Nesse sentido, a investigação da prevalência de TMC e de seus fatores associados no período pós-pandêmico torna-se essencial. Dessa forma, esta dissertação busca contribuir para o entendimento das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores dos RP, destacando a necessidade de intervenções que garantam tanto o direito à alimentação saudável para a população quanto a valorização da força de trabalho envolvida neste processo, principalmente após um cenário de crise sanitária.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Analisar as condições socioeconômicas, de saúde e ocupacionais dos trabalhadores dos restaurantes populares de Belo Horizonte, antes e depois da Pandemia de Covid-19.

4.2. Objetivos Específicos

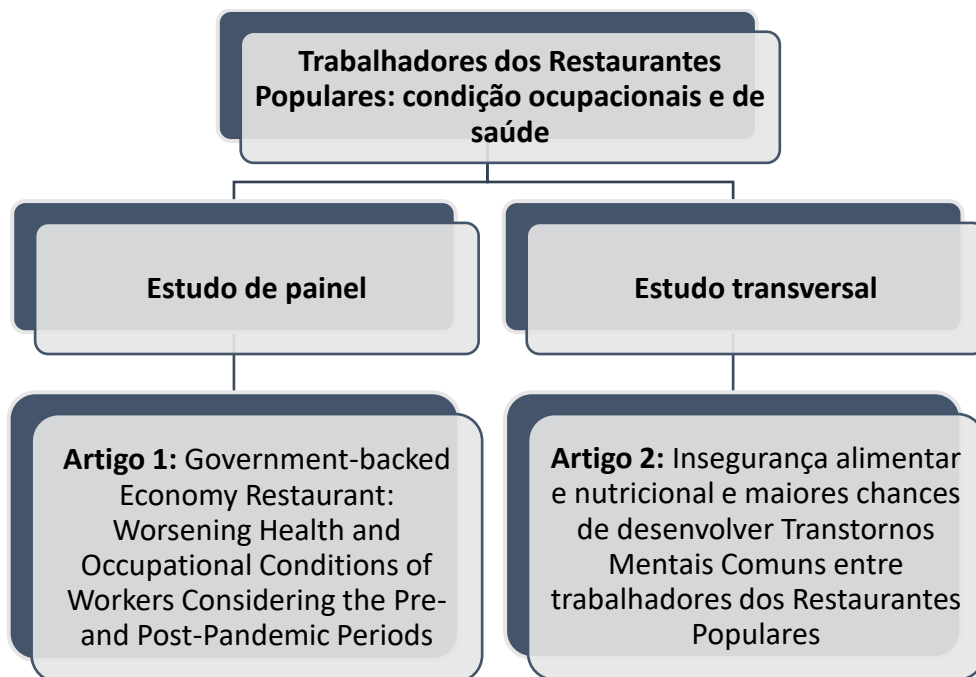
- Descrever e comparar o perfil socioeconômico, de saúde e ocupacional dos trabalhadores dos RP de Belo Horizonte antes e depois da Pandemia de Covid-19.
- Estimar a prevalência de transtorno mental comum e seus fatores associados entre os trabalhadores dos RP de Belo Horizonte, após a Pandemia de Covid-19.

5. MÉTODOS

5.1. Delineamento do estudo

A descrição da metodologia será realizada em duas seções, referentes, cada uma, ao tipo de artigo realizado (Figura 1). O primeiro artigo trata-se de um estudo de painel (*panel study*), que originou o artigo “Government-backed Economy Restaurant: Worsening Health and Occupational Conditions of Workers Considering the Pre- and Post-Pandemic Periods”. O segundo estudo, com delineamento transversal, resultou no artigo “Insegurança alimentar e nutricional e maiores chances de desenvolver Transtornos Mentais Comuns entre trabalhadores dos Restaurantes Populares”.

Figura 1 – Fluxograma da dissertação “Trabalhadores dos Restaurantes Populares: condições ocupacionais e de saúde”.



Fonte: Elaborado pela autora.

5.2. Caracterização do local e público-alvo

Trata-se de um estudo realizado na cidade de Belo Horizonte, Brasil, onde o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,8. O IDH mede os processos sociais de um território de forma mais holística e abrangente, considerando aspectos como renda, educação e longevidade

da população⁶⁷. Com mais de 2 milhões de habitantes, a capital de Minas Gerais, onde o estudo foi conduzido, é a sexta cidade mais populosa no país e a oitava na América Latina⁶⁸.

Belo Horizonte conta com quatro unidades dos RP, onde juntas produzem e servem mais de dez mil refeições diariamente, divididas entre café da manhã, almoço e jantar³. O cardápio destas refeições é fixo, havendo apenas a opção de substituição de carne por ovo ou opção vegetariana, e substituição de doce por fruta. Devido à alta demanda de tarefas, os RP funcionam 24 horas por dia, onde são realizadas diversas atividades relacionadas à preparação de alimentos⁴⁸.

Os trabalhadores dos RP são admitidos nas unidades de duas formas: parte dos trabalhadores são provenientes de contrato com a prefeitura, por meio de seleção realizada por meio de concurso público, e a maioria dos trabalhadores são selecionados e contratados por empresa terceirizada. Os cargos ocupados por estes trabalhadores incluem: técnico superior em saúde; técnico de serviço de saúde; auxiliar de cozinha; cozinheiro; auxiliar de atendimento; almoxarife; operador de caixa; controlador de tesouraria; e servente de limpeza.

A população alvo do estudo foram os trabalhadores das quatro unidades dos Restaurantes Populares (RP) de Belo Horizonte. Utilizou-se dados primários obtidos por intermédio de entrevista semiestruturada, aplicada por entrevistas face a face com trabalhadores. Tais entrevistas foram conduzidas em um primeiro momento em 2017 (antes pandemia) e repetida no ano de 2022, no contexto pós pandemia de Covid-19.

Em 2020 a pandemia Covid-19 trouxe desafios significativos para diversos setores, especialmente para os serviços de alimentação. A doença se destacou pela elevada taxa de transmissão, por meio de gotículas exaladas, de uma pessoa com contato físico muito próximo com outra⁶⁹. Para conter a propagação do vírus, foi necessário medidas rigorosas de isolamento social, interrompendo a maioria das atividades econômicas. No entanto, os serviços de alimentação, considerados essenciais segundo o Decreto nº 10.282/2020 precisaram seguir em operação durante a pandemia. Em geral, os serviços de alimentação têm ambientes de trabalho fechados, com altas demandas de colaboradores, o que pode favorecer a aglomeração de pessoas, situação está que favoreceu a transmissão do vírus⁷⁰.

Diante deste cenário, as dinâmicas de trabalho dos RP foram alteradas para garantir a continuidade da distribuição de refeições a populações vulneráveis e minimizar a exposição dos trabalhadores ao vírus⁶². Ao logo da pandemia muitos trabalhadores foram afastados por pertencerem a grupos de risco ou por estarem infectados, resultando em equipes reduzidas. Além disso, os protocolos de higiene e manipulação de alimentos passaram a ser mais rigorosos,

com a utilização de produtos de limpeza eficazes na eliminação do vírus SARS-CoV-2. As orientações sobre a importância da lavagem das mãos, do uso de álcool em gel, o distanciamento entre pessoas e da utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), especialmente as máscaras, foram intensificadas.

Em relação ao quantitativo, atuavam nos RP 238 trabalhadores em 2017 e 290 trabalhadores em 2022. Todos os trabalhadores, nos dois momentos de coleta de dados, foram convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão dos trabalhadores estabelecidos foram: estar ativo em ambos os momentos da coleta de dados e concordar em participar pela assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão foram considerados os trabalhadores que estavam de férias, gestantes e afastados por motivo de doença.

5.3. Coleta de dados

As coletas de dados foram realizadas em julho dos anos de 2017 e 2022, por meio de questionário, aplicado por entrevistadores previamente treinados. Os entrevistadores eram nutricionistas e estudantes de Nutrição participantes do Grupo de Pesquisa e Estudo para Monitoramento e Avaliação de Programas de Segurança Alimentar e Nutricional (GEASAN/UFMG).

As entrevistas eram realizadas em local reservado, durante o horário de trabalho, garantindo um ambiente controlado e seguro para a realização do estudo. Durante o período de coleta, que ocorreu na época da pandemia, foram adotadas medidas rigorosas de segurança para evitar o contágio. Essas medidas incluíram a disponibilidades de álcool gel, o uso obrigatório de máscara e o distanciamento adequado entre o entrevistado e o entrevistador.

5.4. Questionário

Para a coleta das informações, utilizou-se um questionário semiestruturado, construído com base em estudos validados^{71, 72, 45} (APÊNDICE A).

Foram investigadas variáveis socioeconômicas, como sexo, idade, escolaridade, estado civil, ser chefe de família, renda familiar, presença de filhos dependentes, número de residentes e situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar.

A variável idade foi obtida de maneira contínua e categorizada em até 39 anos, de 40 a 60 anos e acima de 60 anos, de acordo com a distribuição das frequências. A escolaridade foi classificada em três níveis de estudos completos: ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. O estado civil foi categorizado em trabalhadores que possuíam companheiros e aqueles que não os possuíam. A renda familiar foi expressa em salários-mínimos, considerando os valores vigentes nas respectivas épocas de análise. Em 2017, o valor do salário-mínimo era de R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), enquanto em 2022, esse valor foi de R\$ 1.192,00 (hum mil cento e noventa e dois reais). Posteriormente, a renda familiar foi categorizada em até um salário-mínimo, entre um e dois salários-mínimos e três ou mais salários-mínimos.

O chefe de família é geralmente definido como a pessoa responsável pela maior contribuição de renda do núcleo familiar e foi categorizado em sim e não. A presença de filhos dependentes foi considerada para aqueles que afirmaram ter filhos menores de dezoito anos de idade. E o número de residentes foi categorizado com base na mediana dos dados do estudo.

Para identificação da Insegurança Alimentar e Nutricional domiciliar foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que é um instrumento capaz de mensurar a percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos, sendo importante para conhecer os grupos mais vulneráveis à violação do direito humano à alimentação adequada. A EBIA classifica o domicílio em segurança ou insegurança alimentar, de acordo com os pontos de corte do escore^{71, 73}.

As variáveis ocupacionais investigadas foram cargo, prática de hora extra, outro trabalho remunerado, característica psicossociais do trabalho. Os cargos dos trabalhadores foram classificados em duas categorias distintas: manipulador de alimentos e não manipulador. Os manipuladores de alimentos são aqueles diretamente envolvidos com a preparação e manuseio dos alimentos, enquanto os não manipuladores ocupam funções administrativas dentro do restaurante popular⁷⁴. A prática de horas extras e de outro trabalho remunerado foi considerada para aqueles que relataram, durante a entrevista.

Para analisar as características psicossociais do trabalho, foi utilizado o Job Content Questionnaire (JCQ), um instrumento que identifica quatro tipos principais de experiências laborais com base na interação entre níveis "alto" e "baixo" de demanda psicológica e controle, conforme a pontuação obtida através do somatório das perguntas de cada bloco do questionário. Para distinguir a demanda psicológica (baixa/alta), o controle sobre o trabalho (baixo/alto) e o apoio social (baixo/alto), foi definido um ponto de corte (média) considerando os valores obtidos nos dois anos (2016 e 2022). A partir da média obtida foram feitas as classificações das

experiências em “alto” e “baixo” nos dois anos: a) "alta exigência do trabalho" (alta demanda e baixo controle), b) "trabalho ativo" (alta demanda e alto controle), c) "trabalho passivo" (baixa demanda e baixo controle) e d) "baixa exigência" (baixa demanda e alto controle). Também foi avaliado o suporte social oferecido pela chefia e pelos colegas em alto ou baixo⁷⁵.

A “alta exigência do trabalho” geralmente desperta reações como fadiga, estresse e depressão, o desgaste psicológico acontece devido ao indivíduo ter pouco controle sobre circunstâncias ambientais no trabalho. O “trabalho ativo” refere-se aos trabalhadores que enfrentam desafios significativos e altas demandas, mas têm a capacidade de tomar decisões e controlar tarefas, sendo que este cenário pode elevar a motivação e o desenvolvimento de habilidade. O “trabalho passivo” favorece a redução da capacidade produtiva, fazendo com que o trabalhador se sinta desmotivado e insatisfeito a longo prazo. A “baixa exigência de trabalho” pode ser considerada uma situação confortável, porém, trabalhos assim tendem a ser desinteressantes, levando a falta de desafios e à insatisfação. Já o apoio social atua como importante moderador dos impactos elevados de demandas e pode controlar o estresse, resultando em um aumento do bem-estar e da satisfação no trabalho⁷⁵.

As variáveis relacionadas à saúde coletadas foram peso e estatura, que foram aferidos durante a entrevista, e autorrelato de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, colesterol alto, estado de saúde e transtorno mental comum.

O peso e a estatura foram utilizados para identificar trabalhadores com excesso de peso. O cálculo do excesso de peso foi feito a partir da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) preconizado pela Organização Mundial da Saúde⁷⁶, sendo considerado os valores de IMC superiores a 24,9 kg/m².

O risco para transtorno mental comum (TMC) foi adicionado ao questionário em 2022 em função da Pandemia de Covid-19 (OMS, 2022). Transtorno mental comum refere-se a condições psicológicas frequentes, como ansiedade e depressão, que afetam significativamente o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos⁷⁸. O risco de transtorno mental comum (TMC) foi avaliado utilizando o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Esta ferramenta, desenvolvida pela OMS, examina sintomas não psicóticos relacionados a insônia, fadiga, apetite, pensamentos e humor, que podem estar associados a condições subclínicas de ansiedade, depressão e estresse. A versão brasileira do questionário consiste em 20 perguntas que detectam transtornos não psicóticos, com respostas "sim" ou "não". Cada resposta afirmativa vale um ponto, com um escore final que pode variar de 0 a 20 pontos. O ponto de corte para identificar TMC é de sete pontos ou mais^{78, 79}.

5.5. Tratamento e análise de dados

5.5.1. Artigo 1

A análise estatística incluiu uma abordagem descritiva, permitindo a determinação da frequência relativa das variáveis categóricas. A variável idade foi categorizada em três categorias, sendo a primeira de trabalhadores com até 39 anos de idade, a segunda de trabalhadores com idade entre 40 e 60 anos e a terceira com trabalhadores com mais de 60 anos. Para a comparação das proporções, foram aplicados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher, garantindo robustez nas inferências estatísticas. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$), o que assegura a relevância estatística dos resultados obtidos. Todas as análises estatísticas foram conduzidas com o uso do software Stata 14.0.

5.5.2. Artigo 2

A análise estatística contemplou a análise descritiva, em que se obteve a frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas. A idade foi categorizada de acordo com a mediana, sendo dividida entre trabalhadores com menos de 44 anos e trabalhadores com mais de 45 anos de idade. A análise de regressão logística considerou a situação de TMC como variável dependente e foram selecionadas variáveis sociodemográficas e ocupacionais de acordo com o objetivo do estudo. As associações que obtiveram valor de p inferior a 0,20 nos modelos univariados foram incluídas no modelo multivariado, sendo mantido no modelo final as variáveis com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises estatísticas foram conduzidas com o uso do software Stata 14.0.

5.7. Aspectos Éticos

Todos os trabalhadores que participaram do estudo receberam informações sobre a relevância e os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 56855422.6.0000.5149).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Artigo 1

Government-backed Economy Restaurant: Worsening Health and Occupational Conditions of Workers Considering the Pre- and Post-Pandemic Periods

Fernanda Cristina Sguizzato Ribeiro ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3545-1778>

Gabriela Gomes de Paiva ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5811-6415>

Eduardo de Paula Lima ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8957-8025>

Bruna Vieira de Lima Costa ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3552-7729>

Submetido a Revista Ciência e Saúde Coletiva

ABSTRACT

Our study aimed to describe and compare the health and occupational profile of workers at Government-backed Economy Restaurant-Gber in Belo Horizonte in the Pre- and Post-Pandemic Periods. A panel study was conducted with Gber workers with data collection at two points (2017 and 2022). Socioeconomic information was collected; occupational information; and health information. Statistical analysis included descriptive analysis and Chi-Square tests for comparisons. The results showed an increase in food insecurity and health problems, such as overweight, diabetes, and hypertension. There was an increase in overtime and other paid work. A high prevalence of common mental disorders (CMD) was observed in workers in 2022. The comparison of psychosocial aspects showed an increase in low social support. The authors observed worsening Gber workers' health conditions (food insecurity, chronic diseases, CMD) and occupational conditions (low power, low social support, overtime, and other work). Specific interventions are needed to improve working conditions and workers' health, considering the challenges imposed by the Covid-19 Pandemic.

Keywords: Worker health, occupational exposure, collective feeding, Covid-19, Pandemic.

INTRODUCTION

Government-backed Economy Restaurant - GbER (Restaurante Popular as in Portuguese) aim to provide nutritionally adequate meals at affordable prices for vulnerable populations and those in food insecurity¹. In addition to providing healthy food, GbER also follow strict hygiene and food safety standards, ensuring the meal quality. GbER operations in Belo Horizonte, Minas Gerais involve coordinated activities to ensure the production and distribution of more than six thousand meals daily², highlighting a high demand for labor in GbER³.

GbER workers play essential roles in several areas, including menu planning, acquiring and storing supplies, preparing and distributing meals, and cleaning and maintaining facilities⁴. During the Covid-19 Pandemic, which was declared by the World Health Organization in February 2020 due to the spread of the SARS-CoV-2 virus⁵, the work dynamics in restaurants were changed to allow for the continued provision of meals to the vulnerable population and to reduce workers' exposure to the virus⁶. During the pandemic, many workers had to be furloughed because they were considered at risk or because they had been infected by the virus, resulting in a reduced and overworked team. These combined factors placed additional pressure on workers, requiring them to be more resilient and adapt quickly to operational changes^{7,8}.

Notably, the Covid-19 Pandemic significantly impacted several sectors of the economy, including food retail and food services^{9,10}. Individuals working in these sectors and services are essential workers who cannot take time off work so that vital services, such as food, can be maintained¹¹. However, there is no understanding of the changes in health and occupational aspects of food service workers during the period that included the Covid-19 pandemic¹¹. Considering that these workers already have low wages, with more significant physical, mental, and behavioral vulnerabilities, it is essential to understand the health and occupational profile of these workers, taking into account the occurrence of the Covid-19 pandemic during the time frame, so that the working conditions and health can be better supported. Moreover, these workers experienced additional emotional and social impacts due to the pandemic, such as grieving the loss of family members and friends, fear of becoming ill or losing their jobs, which directly affected their mental health^{12,13}. The literature indicates that future studies should evaluate the impact of the Covid-19 Pandemic on the health status of workers¹². Thus, the present study aimed to describe and compare the health and occupational profiles of GbER workers in Belo Horizonte in the Pre- and Post-Pandemic Periods.

METHODOLOGY

It is a panel study developed in Government-backed Economy Restaurant - GbER units in Belo Horizonte, Brazil, with data collection carried out in two periods (2017 and 2022). The study refers to the same source population (GbER workers in Belo Horizonte) to identify the prevalence of risk factors and health problems in the population at different times ¹⁴.

According to data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), Belo Horizonte has more than 2 million inhabitants and a Human Development Index 0.8¹⁵. In the capital of Minas Gerais, there are four GbER units that together produce more than six thousand meals daily, divided among breakfast, lunch, and dinner. The workforce comprises nutritionists, kitchen assistants, cooks, general service workers, and administrative assistants ³.

All active workers of both sexes and in all positions and shifts during data collection were eligible to participate in the study. The relevance and objectives of the research were duly explained to the participants, who signed the Free and Informed Consent Form, a necessary condition for participation in the study. Workers on vacation, pregnant women, and those on sick leave were excluded from the study. The study was approved by the Research Ethics Committee (CAEE 56855422.6.0000.5149).

Data collection took place in two periods: i) pre-pandemic, which occurred in 2017, before any knowledge about the spread of the Covid-19 disease; ii) post-pandemic, which took place in 2022, after the critical period of the disease (2020-2021), the start of the population vaccination (January 2021), and the easing of social distancing rules. The Covid-19 pandemic was declared by the World Health Organization in February 2020 due to the spread of the SARS-CoV-2 virus. The SARS-CoV-2 coronavirus is easily transmitted from person to person through coughing, sneezing, respiratory droplets, or exhalation ¹⁶, which requires the population's social isolation. The study was initially designed without the perspective of the Covid-19 pandemic, as it began in 2020. However, the 2022 data collection was modified to account for the changes in the health and occupational aspects of food service workers. One of the changes made was the inclusion of questions to assess common mental disorders among the workers. In 2017, 238 workers were eligible, while in 2022, this number was 290 workers. Of the total number of workers interviewed in 2022, 59.6% reported having experienced symptoms typical of Covid-19, while 42.4% mentioned having received a positive result for the Covid-19 test.

In both moments, the face-to-face interview was conducted by interviewers previously trained to administer the questionnaire. During the collection period during the Pandemic, strict

safety measures were adopted to prevent contagion. These measures included the provision of alcohol gel, the mandatory use of masks, and adequate distancing between the interviewer and the interviewee. The workers were invited to appear in a reserved room for the interview during working hours, thus ensuring a controlled and safe environment for conducting the study.

The workers held the following positions: senior health technician, health service technician, kitchen assistant, cook, customer service assistant, storekeeper, cashier, treasury controller, and cleaning assistant. The distribution of workers by position suggests a variety of functions that indicate a work environment with multiple responsibilities, which is common in the food sector ¹⁷.

In addition, it is essential to highlight that workers in the food sector face low-income conditions and exposure to high demands and stress due to the need to deal with deadlines and often unhealthy work environments. These factors contribute to the increased risk of health problems, both physical and psychological ¹⁸.

The instrument used for data collection was a structured questionnaire constructed based on validated data ^{19, 20, 21}.

Socioeconomic variables (sex, age, education, marital status, head of household, dependent children, number of residents, and situation of household food and nutritional insecurity); occupational variables (position, overtime, other paid work); and health-related variables (excess weight, diabetes, hypertension, high cholesterol, anxiety, depression, self-reported poor/fair health status, common mental disorder) were investigated. The risk for common mental disorder (CMD) was added to the questionnaire in 2022 due to the social isolation caused by the Covid-19 Pandemic ²².

Education was categorized as elementary school, high school, and higher education. Age was categorized according to the median of the data. Family income was described in minimum wages for the time. In 2017, the base value of the minimum wage was R\$937.00 (nine hundred and thirty-seven reais), and in 2022, the base value of the minimum wage was R\$1,192.00 (one thousand one hundred and ninety-two reais). Subsequently, family income was categorized as up to one minimum wage, between one and two minimum wages, and three or more minimum wages.

The Body Mass Index (BMI) classification recommended by the Organization was used to identify excess weight. World Health Organization ²³, with BMI values above 24.9 kg/m² considered overweight.

To assess the psychosocial aspects of work, the Job Content Questionnaire (JCQ) was used, which is an instrument capable of distinguishing four basic types of work experiences generated by the interaction of "high" and "low" levels of psychological demand and control through the score. To dichotomize psychological demand (low/high), control over work (low/high) and social support (low/high), a cut-off point was set at the average, adding up the values for the two years studied simultaneously (2016 and 2022). It was then possible to classify the results as: a) "high job demands" (characterized as high demand and low control), b) "active work" (high demand and high control), c) "passive work" (low demand and low control) and d) "low demands" (combining low demand and high control), in addition to assessing social support from management and coworkers. Work experiences characterized by high psychological demands and low autonomy result in an environment prone to more significant professional burnout and negative impacts on workers' health ²⁴.

The Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA) was used to identify food and nutritional insecurity (FNI). This instrument measures families' perceptions regarding access to food and is vital for identifying groups most vulnerable to violations of the human right to adequate food. According to the score's cutoff points, the EBIA classifies households as food secure or insecure ^{20, 25}.

The risk of common mental disorders (CMD) was investigated using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The scale developed by the WHO investigates non-psychotic symptoms related to insomnia, fatigue, appetite, thinking, and mood, which are related to subclinical conditions of anxiety, depression, and stress. The Brazilian version contains 20 questions that indicate non-psychotic disorders, with "yes" or "no" answers. Each positive question is worth 1 point and can range from 0 to 20 points to make up the final score, with the cutoff point for identifying CMD being seven points or more ^{26, 27}.

The statistical analysis included descriptive analysis, in which the relative frequency of categorical variables was obtained. The Chi-Square or Fisher's Exact tests were also applied to compare proportions. The significance level for all tests was 5% ($p < 0.05$). All statistical analyses were performed using Stata 9.0 software.

RESULTS

In 2017, of the total number of workers at Gber in Belo Horizonte eligible to participate in the study ($n=238$), 5% refused to participate, and 7% did not complete the interview. In 2022, of the total eligible ($n=290$), 9% refused to participate, and 8% did not complete the interview.

In the end, 210 workers were interviewed in 2017 (response rate = 88.2%) and 240 workers in 2022 (response rate = 82.7%).

In both years, the majority of participants were female (2017: 63.0%; 2022: 62.3%), were between 40 and 60 years of age (2017: 55.8%; 2022: 64.1%), and had completed high school (2017: 65.0%; 2022: 69.1%). Most reported being heads of households (2017: 59.0%; 2022: 52.0%), and less than half reported having dependent children (2017: 44.6%; 2022: 42.6%). Approximately one-third reported having four or more people in the household (2017: 38.4%; 2022: 36.2%). Regarding family income, more than half reported a family income of three or more minimum wages (2017: 60.1%; 2022: 61.2%) (Table 1).

Regarding household food and nutritional insecurity (FNI), the percentage increased between 2017 and 2022, rising from 24.7% to 31.7% (▲=7.0%) (Table 1).

Table 1. Sociodemographic data of workers in Government-backed Economy Restaurant in Belo Horizonte (2017 and 2022).

Features	2017 (%)	2022 (%)
<i>Socioeconomic</i>		
Gender		
Female	63,0	62,3
Male	36,9	37,5
Age – years old		
≤39	41,8	29,5
40-60	55,8	64,1
≥ 60	2,3	6,2
Escolaridade		
Primary Education	22,9	24,3
Secondary School Education	65,0	69,1
Higher Education	12,0	6,5
Marital Status		
With partner	46,7	48,3
Without partner	53,3	51,7
Head of household		
	59,0	62,0
Dependent children		
	44,6	42,6
Number of residents		
≤3 people	61,5	63,5
≥ 4 people	38,4	36,2
Family income*		
Up to 1 minimum wage	9,1	10,3
Up to 2 minimum wages	30,7	28,4
3 or more minimum wages	60,1	61,2
Food and nutritional insecurity		
	24,7	31,7

*Family income: Minimum wage in 2017 R\$937.00; minimum wage in 2022 R\$1,192.00.

Regarding health aspects, considering the period from 2017 to 2022, there was an increase of 5.8% in the prevalence of overweight and of 6.6% among workers who self-reported their health status as regular and poor. A significant increase of 10.9% was observed among participants who reported diabetes mellitus ($p<0.001$), 11.9% for systemic arterial hypertension ($p<0.005$), and 7.4% for high cholesterol ($p<0.03$). The report of anxiety and depression was present in 39,2% and 22,8% of the participants, respectively. The prevalence of common mental disorders in workers in 2022 was 38.7% (Graph 1 and Table 2).

Graph 1. Health information on workers in Government-backed Economy Restaurant in Belo Horizonte (2017 and 2022).

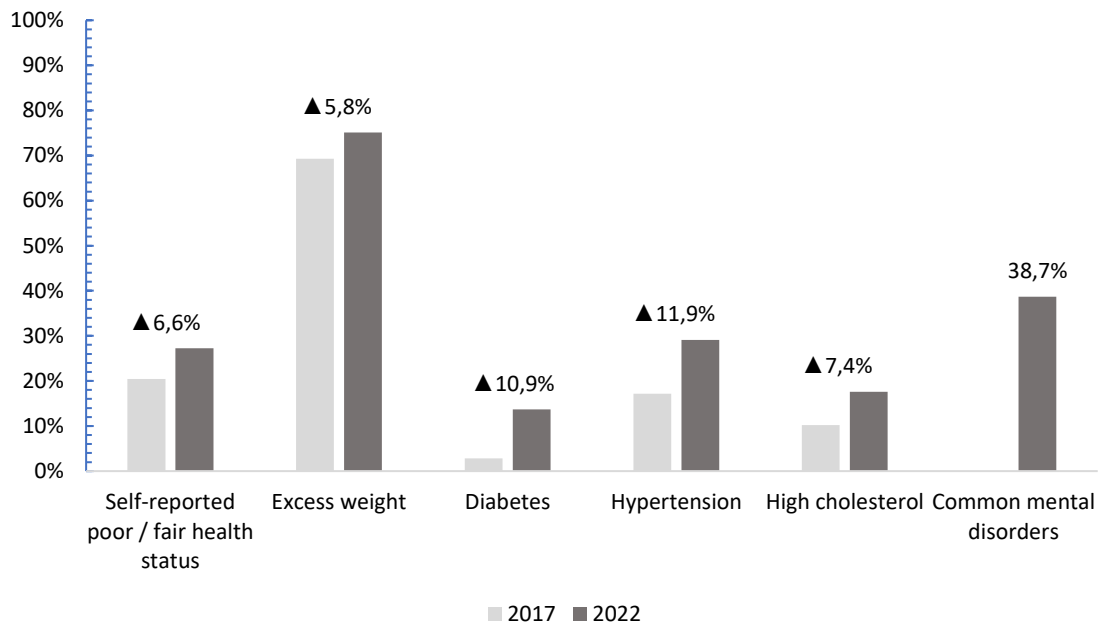


Table 2: Health characteristics of workers in Government-backed Economy Restaurant in Belo Horizonte, according to year (2017 and 2022).

Features	(%) 2017	(%) 2022	p-value
Diabetes	2,8	13,7	0,000
Hypertension	17,2	29,1	0,003
High Cholesterol	10,2	17,6	0,025
Fair or poor health	20,4	27,0	0,099
Overweight	69,3	75,4	0,146
Common mental disorders	-	38,7	-

Regarding occupational activities, in 2017, 71.0% of workers were food handlers and, in 2022, 74.1%. There was a significant increase in overtime (15.5%) ($p \leq 0.001$) among food handlers and among those who reported having another paid job (5.2%).

The analysis of the psychosocial aspects of work reveals changes between 2017 and 2022. High psychological demand decreased from 56.3% to 53.1%, although this change was not statistically significant. Control at work presented a variation, with an increase in the perception of low control (46.5% vs. 49.8%) and a reduction in high control (53.5% vs. 50.2%) ($p=0.485$). In social support, a significant increase was observed related to low social support (30.2% vs. 69.8%) was observed ($p=0.017$) (Table 3).

Table 3. Occupational and Psychosocial data of workers in Government-backed Economy Restaurant in Belo Horizonte (2017 and 2022).

Features	2017 (%)	2022 (%)	<i>p</i> value
Psychological Demand			
Low	43,7	46,9	0,502
High	56,3	53,1	
Control			
Low	46,5	49,8	0,485
High	53,5	50,2	
Social Support			
Low	30,2	69,8	0,017
High	41,0	59,0	
Model groups			
Low Demand	20,9	24,7	0,344
Passive labor	22,8	22,2	
Active labor	32,6	25,5	
High demand	23,7	27,6	
Overtime	6,5	22,1	0,000
Other paid work	10,8	15,9	0,109

p value: Chi-square

DISCUSSION

The data showed an increase in chronic non-communicable diseases (NCDs) and household FNI among workers at GbER in Belo Horizonte between 2017 and 2022. An increase in overtime was also observed in 2022, with changes in the psychosocial aspects of work, where a more significant number of workers reported low social support according to the demand-control model.

The socioeconomic characteristics of GbER workers remained similar to the two data collection periods. There was a predominance of female workers and a high proportion of individuals over 35 years of age, which aligns with the profile of workers in the food sector and the profile of workers in the food sector^{28, 8}. The workers' level of education aligns with the data in the literature and may reflect opportunities for professional advancement and access to health and quality of life information^{29, 8}.

A significant finding between the two data collection periods was the 7.0% increase in the prevalence of household FNI among GbER workers, rising from 24.7% in 2017 to 31.7% in 2022. From an occupational perspective, this result was lower than the household FNI identified among GbER workers in Rio de Janeiro (53.7%)³⁰, among workers in community canteens in Brazil (44.4%)³¹ and workers in a Food Bank Network (34.4%)²⁸. In terms of

population, the household FNI of GbER workers was higher than the FNI in Brazilian homes (27.6%)³².

The 2022 National Survey on Food and Nutrition Insecurity warned of Brazil's return to the FAO Hunger Map, warning about the impact of the extensive crisis caused by the Covid-19 Pandemic, which led to a decrease in the country's economic activity³³, with severe consequences in Brazilian homes, such as the increase in FNI. The Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) describes food and nutritional insecurity (FNI) as the situation in which "people do not have guaranteed access to a sufficient quantity of safe and nutritious food for their normal growth and development, as well as for an active and healthy life"³⁴. In Brazil, the definition of FNI also encompasses the possible psychosocial consequences of this condition, such as feelings of social exclusion, low self-esteem, stress, and emotional distress³⁵. This insecurity is aggravated by the precariousness of work in vulnerable groups, such as food service workers, who are known to have occupational conditions characterized by low pay, low education, and long working hours^{36, 11}.

The increase in the prevalence of NCDs and the perception of poor health status has also been identified in other work categories, such as industrial workers and health professionals^{37, 38, 39}. The WHO reports that before the Pandemic, 74% of deaths worldwide were related to NCDs; after the Pandemic, this number rose to 78% of deaths, which were not related to Covid-19⁴⁰. In the population context, the National Health Survey revealed a 2.5% increase in systemic arterial hypertension, a 1.5% increase in diabetes mellitus, and a 2.1% increase in high cholesterol between 2013 and 2019^{41, 42}. Additionally, the study "Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases - VIGITEL" between 2017 and 2023 also showed an increase, although lower than that observed in the study, in the level of systemic arterial hypertension (0.7%), excess weight (8.3%) and people who declared their health status as poor (1.2%) in Brazil. In addition, the latest VIGITEL study revealed that 61.4% of Brazilians were overweight and 24.3% were people with obesity, factors that corroborate the increased risk of NCDs⁴³. Both overweight and obesity data are lower than those observed in this study, revealing that GbER workers had a higher prevalence of overweight than the general population.

The increase in NCDs among food service workers can be attributed to the adoption of unhealthy lifestyle habits, such as irregular eating habits, stress at work, and lack of physical activity¹⁸. It is also necessary to consider the delay in health care due to the Covid-19 Pandemic, which led to a worsening of health aspects in workers in various areas^{44, 45, 46}. For example,

nearly 40% of organic farmers in the United States reported delays in obtaining non-Covid-19 related health care for themselves or their family members during the Covid-19 Pandemic ⁴⁴. This was even higher among women ⁴⁴, and the reasons include a combination of personal, community, and health systems ¹².

The impact of the Covid-19 Pandemic on the mental health of healthcare workers has been documented in the literature, revealing that almost 60.0% of healthcare professionals had an increased risk for Common Mental Disorder (CMD) ^{45,47}, this may be reflected in a broader scenario, also affecting the general population during the pandemic period. The WHO, in a global review of mental health, reported that depression and anxiety increased by 25% in the first year of the pandemic alone, highlighting the global impact of this crisis on the population's mental health. This underscores that the crisis affected not only the mental health of healthcare professionals but also that of society as a whole²². It is essential to highlight that the increased risk of CMD refers to two main categories of symptoms, depression and anxiety, both of which have a significant impact on the mood and feelings of the general population ⁴⁸.

Although GbER are not part of the health sector, they are part of a sector that is essential for food and nutritional security, which did not stop its operations and underwent significant changes in work processes during the Covid-19 Pandemic ^{49, 50, 51}. GbER continued to produce meals and distribute them in lunch boxes so that consumers could eat outside the GbER facilities (during the non-pandemic period, meals were served on trays to consumers who ate in the GbER cafeteria¹⁸). The team of workers was reduced to the minimum number that allowed the GbER to function correctly (Belo Horizonte City Hall). The entire epidemiological situation of the Covid-19 Pandemic (risks of contamination considering increased exposure to Covid-19, discrimination, or violence) added to the concern about the repercussions associated with job loss (loss of salary and medical benefits, financial difficulties) ^{52, 11} resulted in a series of physical and mental losses, where it was observed that 38.7% of GbER workers, in 2022, had an increased risk for CMD. Although the prevalence of CMD in the group in 2017 was not assessed, data from the literature indicate a prevalence of 10.8% risk for CMD in food service workers before the Covid-19 Pandemic ⁸, that is, almost four times lower than that observed in GbER during the pandemic period. Considering that these workers already constitute a vulnerable group, they are the most affected by CMDs due to the feeling of constant insecurity caused by the worse socioeconomic condition ⁵³ and the fear of losing their jobs or having their salary reduced ⁸. Thus, the high stress caused by the Covid-19 Pandemic only aggravated mental suffering ¹¹.

Psychological demands and control over work also strongly impact workers' health. Psychological demands in this work context include psychological requirements, temporal challenges such as work pace and productivity level, and dilemmas regarding conflicts due to contradictory demands. Control over work, on the other hand, concerns work autonomy, evidenced by the ability to exercise autonomy, make decisions, and improve cognitive skills ⁵⁴.

It is essential to highlight that low social support can lead to discomfort in the work environment, resulting in adverse psychological and physical effects that negatively impact individual health. This reduction may be related to situations arising from changes in the work process during the Covid-19 Pandemic. Workers faced an intense workload and high demands regarding the quantity and complexity of the tasks ⁵⁵. It includes adhering to strict sanitary rules, tight deadlines, a large volume of work, and extensive responsibilities and pressure to avoid becoming infected and infecting family members with the SARS-CoV-2 coronavirus ¹¹. Moreover, the lack of support can exacerbate these negative effects for individuals facing high work demands, as the capacity to make decisions and utilize skills is closely linked to positive interpersonal relationships with colleagues and supervisors ⁵⁶. A study conducted with hospitality workers in Europe found that support from the work environment acts as a buffering factor against work demands ⁵⁷. Additional research indicates that social support can mitigate these effects ^{58, 59, 60}.

Moreover, social support extends beyond the work environment, as its complexity goes beyond interactions within the workplace context. Social support involves a broad network of support, which includes family, friends, and the community at large. Several studies in the literature show that the quality and nature of social support can vary depending on the source and type of support received. Therefore, it is important to emphasize that it is essential to consider the multiple dimensions of social support, and how these sources of support can influence mental health in distinct ways, both in the professional and personal contexts ^{60; 61}.

Another observed increase refers to the practice of overtime by GbER workers. It is worth noting that according to the GbER regulations, overtime is not paid, and registration in the time bank is not allowed; consequently, compensation is permitted. Over time, this may result from the absence of workers with comorbidities and increased risk of complications from Covid-19 and workers with flu-like symptoms, aiming to reduce the spread and complications of the disease. Such absences increased the demand for work, overloading the local team ⁶². Another hypothesis may be related to the opportunity to eat at the workplace due to the availability of healthy food ^{18, 62}.

Frequent financial insecurity due to vulnerability to unemployment and the growing demand for additional resources to face the economic and health crisis ³³ may have driven workers to take on other paid work, highlighting the reality of a market shaken by the Covid-19 Pandemic ⁶³. Taking on another paid job can help increase household food purchases ⁶⁴. The Covid-19 Pandemic has affected workers differently depending on their type of employment ⁴⁹.

This study has several strengths as well as limitations. Although the study's cross-sectional nature limits causal inferences, the results are consistent with previous studies' results. The conduction of two assessments (data collection) without evaluating the most critical period of the Covid-19 Pandemic, which could have revealed greater impacts on the health and occupational profile of the workers. The non-participation of workers who had been away for more than 30 days may be a source of bias, depending on the "healthy worker effect" since these sick or complaining workers were not approached ⁶⁴. It is worth noting that the perception of FNI among GbER workers may differ from that of the general population due to their knowledge about healthy eating and access to various foods during work ³.

CONCLUSION

An increase in the prevalence of household food and nutritional insecurity, overweight, diabetes mellitus, systemic arterial hypertension, and high cholesterol was observed among GbER workers. The mental health of workers also showed alarming data, with a high prevalence of common mental disorders.

These findings highlight the need for specific interventions to improve GbER workers' working conditions and health. Supportive policies and occupational health programs are essential to mitigate the negative impacts identified and promote a healthier and safer work environment for these professionals.

REFERENCES

1. Governo Federal. Manual do pesquisador - Programa Restaurante Popular. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (Brasil), Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único; 2023.
2. Prefeitura de Belo Horizonte. Restaurantes Populares. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/susan/equipamentos/restaurantes-populares>.

3. Costa BV de L, Horta PM, Ramos SA. Food insecurity and overweight among government-backed economy restaurant workers. *Rev Nutr* [Internet]. 2019;32
4. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Manual Programa Restaurante Popular. Brasília, DF; 2004.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 10].
6. Prefeitura de Belo Horizonte. Restaurantes Populares. 2020 mai 10. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/restaurantes-populares-mantem-atendimento-durante-periodo-de-isolamento>.
7. Del Rio LVR, Scherer LA. Relações de trabalho em restaurantes em tempos de crise pandêmica. *Rev Hosp* [Internet]. 2023 [citado 2024 jul 09];20:1–31. DOI: 10.29147/revhosp.v20.1010.
8. Monteiro MAM. Impactos da pandemia da COVID-19 na atuação profissional de trabalhadores em restaurantes. *Observat Econ Latinoam* [Internet]. 2024 [citado 2024 jul 03];22(3).
9. Davahli MR, Karwowski W, Sonmez S, Apostolopoulos Y. The Hospitality Industry in the Face of the COVID-19 Pandemic: Current Topics and Research Methods. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 9;17(20):7366. doi: 10.3390/ijerph17207366. PMID: 33050203; PMCID: PMC7601428.
10. Goddard E. The impact of COVID-19 on food retail and food service in Canada: Preliminary assessment. *Canadian Journal of Agricultural Economics/Revue canadienne d'agroeconomie*. 2020 Jun;68(2):157–61. doi: 10.1111/cjag.12243. Epub 2020 May 6. PMCID: PMC7264603.
11. Rosenberg ES, Holtgrave DR, Dorabawila V, Conroy M, Greene D, Lutterloh E, Backenson B, Hoefler D, Morne J, Bauer U, Zucker HA. New COVID-19 Cases and Hospitalizations Among Adults, by Vaccination Status - New York, May 3-July 25, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Aug 27;70(34):1150-1155. doi: 10.15585/mmwr.mm7034e1. PMID: 34437517; PMCID: PMC8389393.
12. Rawaf, Salman et al. Lessons on the COVID-19 Pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *European Journal of General Practice*, v. 26, p. 129-133, 2020.
13. Canuto, Rafael Menezes Souza, Ferreira, Ana Carolina Lima, Novaes, Lucas Felix, & Salles, Rodrigo Jorge. (2023). O Processo de Luto em Familiares de Vítimas da

- Covid-19. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 23(2), 746-765. Epub 03 de maio de 2024.
14. Merchán-Hamann Edgar, Tauil Pedro Luiz. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2021 [citado 2024 Set 06]; 30(1): e2018126.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 261 p.
 16. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update. Stockholm: ECDC, 12 Mar 2020.
 17. Nunes NC, Almeida RM, Santos TH, et al. Práticas alimentares de trabalhadores de um Restaurante Cidadão: fatores socioculturais e o ambiente de trabalho. *Physis*. 2022;32(2)
 18. Lima Costa B, Paula Martins Horta , Mariana Zogbi Jardim , do Carmo A, Sabrina Alves Ramos . Obesity among government-backed economy restaurant workers in Belo Horizonte, Brazil. *Rev Bras Med Trab*.2022;20(2)
 19. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segur. Aliment. Nutr.* [Internet]. 10º de fevereiro de 2015 [citado 6º de setembro de 2024];16(2):1-19.
 20. Sperandio N, Morais DC, Priore SE. Escalas de percepção da insegurança alimentar validadas: a experiência dos países da América Latina e Caribe. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(2):449-62.
 21. Aguiar OB, Fonseca LL, Valente JG. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do Questionário Demanda-Controlle entre trabalhadores de restaurantes industriais do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):212-22.
 22. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic’s impact: scientific brief. [Internet]. 2 Mar 2022.
 23. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva, Switzerland 1995. ISBN:92-4-120854-6

24. Araújo, TM, & Karasek, R. (2008). Validade e confiabilidade do Job Content Questionnaire em empregos formais e informais no Brasil. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34, 52-59.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2020). Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil (65 p). Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento, IBGE.
26. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986 Jan;148:23-6. doi: 10.1192/bjp.148.1.23. PMID: 3955316.
27. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2008 fev;24(2):380–90.
28. Garcia ACN, Fonseca H de S, Jardim MZ, Cordeiro NG, Lisboa SCP, Amaral JH da S, et al. Condição domiciliar de (In)Segurança Alimentar dos trabalhadores dos bancos de alimentos. *Segur. Aliment. Nutr. [Internet]*. 8º de dezembro de 2022 [citado 12º de setembro de 2024];29(00):e022022.
29. Ferreira JDS, Silva R, Santos MA, et al. A study on perception and exposure to occupational risks at public school food services in Bahia, Brazil. *Front Public Health [Internet]*. 2022;10:891591.
30. Falcão ACM, Aguiar OB, Fonseca MJM. Association of socioeconomic, labor and health variables related to food insecurity in workers of the Popular Restaurants in the city of Rio de Janeiro. *Rev Nutr*. 2015;28(1):77–87.
31. Fides IC, Silva FR, Santos PS, et al. Food insecurity among low-income food handlers: a nationwide study in Brazilian community restaurants. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2021 Jan 28;18(3):1160.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2024. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar, 2023. IBGE.
33. Coordenação de Contas Nacionais, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas nacionais trimestrais: 1º trimestre de 2020. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.

34. Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura. Declaration of the World Summit on Food Security. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2009.
35. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;1:187–99.
36. Tavares AO, Ferreira AP, Moreira M de FR. Impactos da precarização do trabalho na segurança alimentar e nutricional: contribuições para o debate sobre saúde e alimentação de trabalhadores terceirizados em Unidades de Alimentação e Nutrição. *Seg Aliment Nutr [Internet]*. 2018 ago 2;25(2):12–28.
37. Donato TAA, Silva RMA, Andrade AC de S, Kocherin CN, Medeiros DS de, Soares DA, et al. Exame ocupacional periódico: oportunidade de diagnóstico e monitoramento de doença crônica não transmissível em homens. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2021;37(11)
38. Andrade FM de D, Machado ÍE, Barbosa JAG. Prevalência de doenças não transmissíveis e fatores de risco nas indústrias mineiras. *Avenida Doente [Internet]*. 2022 fev 4;40(2):199–213.
39. Alcantara MA de, Duarte ACM, Simões MRL, Barroso HH, Barbosa REC, Fonseca GCF. Fatores associados a multimorbidades autorreferidas em trabalhadores da rede de saúde municipal. *Rev Bras Saúde Ocup [Internet]*. 2023;48
40. World Health Organization. World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2024.
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2023: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos*

- 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília : Ministério da Saúde, 2023.
44. Soto Mas F, Nervi L, Rosero DV, Sebastian R, Guldan S, Casanova V. COVID-19 and essential workers: Healthcare delays among organic farmers. *J Healthc Qual Res.* 2022 Sep-Oct;37(5):283-290. doi: 10.1016/j.jhq.2022.02.001. Epub 2022 Feb 14. PMID: 35241412; PMCID: PMC8841146.
 45. Machado MH, Andrade M de S, Santana T de L, Silva MP da, Miranda CP de M, Ribeiro I. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 out;28(10):2773–84.
 46. Goulart LM, Flesch BD, Carvalho MP, Szortyka ALSC, Delpino FM, Fassa AG. Fatores associados à qualidade da dieta de trabalhadores de saúde durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2024 mar [citado 2024 maio 18].
 47. Centenaro APPF de C, Andrade A de, Franco GP, Cardoso LS, Spagnolo LML de, Silva RM da. Common mental disorders and associated factors in nursing workers in COVID-19 units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2022 [citado 2024 maio 18];56
 48. Gonçalves DA, Andrade AL, Silva M, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(3):623–32.
 49. Horn CH, Donoso VR. Consequências imediatas da pandemia no mercado brasileiro. Artigo de periódico. Faculdade de Ciências Econômicas do Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.
 50. Finkler R, Antoniazzi N, de Conto SM. Os impactos da pandemia de COVID-19: uma análise sobre a situação dos restaurantes. *Rev Tur Cid* [Internet]. 2020 out 1 [citado 2024 maio 17];2:88–103.
 51. Faria KSB, Silva SC da. COVID-19 e mudanças trabalhistas: as implicações da pandemia nas relações de trabalho. *PPDS* [Internet]. 2020 nov 3 [citado 2024 maio 17];2(4):115–2.
 52. Demirović Bajrami, D.; Radosavac, A.; Cimbajević, M.; Tretiakova, TN; Syromiatnikova, YA Determinantes do apoio dos residentes ao desenvolvimento do turismo sustentável: implicações para as comunidades rurais. *Sustentabilidade* **2020** , *12* , 9438.

53. Ribeiro IBS, Correa MM, Oliveira G, Cade NV. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:4.
54. Moura DCA de, Greco RM, Paschoalin HC, Portela LF, Arreguy-Sena C, Chaubah A. Demandas psicológicas e controle do processo de trabalho de servidores de uma universidade pública. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 fev;23(2):481–90.
55. Sorensen G, Barbeau EM, Stoddard AM, et al. Implementation of an organizational intervention to improve low-wage food service workers' safety, health and wellbeing: findings from the Workplace Organizational Health Study. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 oct 16;21(1):1869. DOI: 10.1186/s12889-021-11937-9. PMID: 34656090; PMCID: PMC8520284.
56. Ariza-Montes A, Arjona-Fuentes J, Law R. Work environment and well-being of different occupational groups in hospitality: Job Demand-Control-Support model. *Int J Hosp Manag*. 2018;73:10–20.
57. Almeida RL de M, Fernandes RC Pereira. Demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social: estudo com trabalhadores do setor judiciário. *Arquivo Jurídico*. 2019 jul/dez;6(2):39–59. ISSN 2317-918X.
58. Jiménez Figueroa AE, Jara Gutiérrez MJ, Celis ERM. Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Psicol Escolar Educacional*. 2012;16(1):125–34.
59. Ruedeell FT, Gonçalves J. Riscos psicossociais no trabalho de auxiliares de cozinha de uma indústria. *PSIUNISC* [Internet]. 2021 jul 10 [citado 2024 set 02];5(2):95–108.
60. Fonseca, Ilva Santana Santos, & Moura, Samara Bruno. (2008). Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicologia para América Latina*, (15).
61. Godinho, M. R., Ferreira, A. P., Moura, D. C. A. de ., & Greco, R. M.. (2019). Apoio social no trabalho: um estudo de coorte com servidores de uma universidade pública. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 22, e190068.
62. Rocha DG. Impacto da pandemia de COVID-19 nos serviços de alimentação: mudanças e tendências [Internet]. 2023 [citado 2024 maio 18].
63. Mattei L, Heinen VL. Impactos da crise da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. *Brazil J Polit Econ* [Internet]. 2020 out;40(4):647–68.
64. Chowdhury R, Shah D, Payal AR. Healthy worker effect phenomenon: revisited with emphasis on statistical methods: a review. *Indian J Occup Environ Med*. 2017;21(1):2–8.

6.2. Artigo 2

Insegurança alimentar e nutricional e maiores chances de desenvolver Transtornos Mentais Comuns entre trabalhadores dos Restaurantes Populares

Fernanda Cristina Sguizzato Ribeiro ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3545-1778>

Gabriela Gomes de Paiva ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5811-6415>

Eduardo de Paula Lima ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8957-8025>

Bruna Vieira de Lima Costa ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3552-7729>

RESUMO

O estudo teve como objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e seus fatores associados entre os trabalhadores dos Restaurantes Populares (RP) de Belo Horizonte. Foi realizado um estudo transversal com 240 trabalhadores, no mês de julho de 2022. Foram coletadas informações socioeconômicas (gênero, cor da pele, idade, escolaridade, estado civil, chefe de família e situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar); informações ocupacionais (carga, horas extras, outro trabalho remunerado); e informações de saúde (transtornos mentais comuns, excesso de peso, diabetes, hipertensão, colesterol alto, autorrelato de estado de saúde e qualidade de vida ruim/regular, hábito de fumar, ansiedade, depressão, uso de antidepressivo). A análise estatística incluiu regressão logística multivariada, tendo TMC como variável dependente e foram selecionadas variáveis sociodemográficas e ocupacionais de acordo com o objetivo do estudo. Os resultados mostraram que a prevalência de TMC foi superior a um terço dos trabalhadores dos RP, com associações positivas com sexo feminino, cor de pele preta, parda ou amarela, e situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar, que aumentaram as chances de desenvolver TMC. Essas descobertas destacam a necessidade de intervenções específicas e práticas organizacionais para melhorar a saúde mental e reduzir as disparidades entre os trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, saúde mental, alimentação coletiva, Covid-19, pandemia.

INTRODUÇÃO

Os restaurantes populares (RP) desempenham um papel crucial na alimentação de grande parte da população de baixa renda, oferecendo refeições a preços acessíveis e contribuindo para a segurança alimentar e nutricional. Esses estabelecimentos estão frequentemente localizados em áreas urbanas e atendem um público diversificado, que depende do acesso a uma alimentação nutritiva e econômica¹. Com isso estes serviços de alimentação contam com uma equipe diversa que exerce uma ampla variedade de funções e atende a múltiplas demandas, desde a preparação de alimentos até o atendimento ao cliente e a gestão operacional^{2,3}.

Apesar das diversas demandas desses serviços de alimentação, estes trabalhadores enfrentam condições de trabalho desafiadoras, como jornadas longas, baixos salários, pressões por desempenho e um ambiente físico muitas vezes desgastante³. Além disso, a constante interação com clientes, a necessidade de lidar com alta demanda e o ritmo acelerado do serviço impõem desafios adicionais à saúde mental desses profissionais⁴.

Os transtornos mentais comuns (TMC), como ansiedade, depressão e estresse, têm se tornado uma preocupação crescente entre trabalhadores, especialmente em ambientes de alta demanda e com condições de trabalho precárias. A Organização Mundial da Saúde projeta que a principal causa de incapacidade até 2030 seja depressão e pontua o TMC como uma razão plausível para ausências no trabalho por motivo de doença e aumento da demanda por serviços de saúde, tornando-se um problema de saúde pública⁵.

Esses transtornos, muitas vezes subclínicos, afetam diretamente o bem-estar e a produtividade dos indivíduos, podendo se manifestar por sintomas como insônia, fadiga, alteração de apetite, dificuldades de concentração e alterações de humor^{6,7}. No contexto laboral, fatores como jornadas de trabalho longas, pressão por desempenho, sobrecarga de responsabilidades e relações interpessoais complexas podem contribuir significativamente para o aumento da prevalência de TMC⁸. Vale ressaltar que trabalhadores que enfrentam condições socioeconômicas vulneráveis, como insegurança alimentar e nutricional, instabilidade financeira e desigualdade de acesso aos cuidados de saúde, também estão particularmente expostos a esses desfechos⁹. Além disso, o estigma associado à saúde mental muitas vezes impede que os trabalhadores busquem ajuda, o que agrava a situação e perpetua o ciclo de sofrimento psicológico no ambiente de trabalho¹⁰.

Faz se necessário compreender a magnitude do impacto dos TMC na saúde dos trabalhadores dos Restaurantes Populares, um grupo que muitas vezes é vulnerável e exposto a condições de trabalho estressantes^{11,3}. Identificar fatores associados ao TMC, é fundamental para implementar estratégias eficazes de prevenção e intervenção. A partir dos resultados, espera-se contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a saúde mental e melhorem as condições de trabalho desses profissionais, visando não apenas o bem-estar individual, mas também a qualidade do serviço prestado à população. Logo, o presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais comuns e seus fatores associados entre os trabalhadores dos RP de Belo Horizonte.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido nas quatro unidades dos Restaurantes Populares (RP) situados na cidade de Belo Horizonte, Brasil. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Belo Horizonte apresenta uma população superior a 2 milhões de habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,8¹². O IDH, compreende de forma mais abrangente o bem-estar social de uma determinada região, considerando não apenas os aspectos econômicos, mas também os indicadores de desenvolvimento humano, como o nível de educação e a expectativa de vida da população¹³.

Nas quatro unidades do RP da cidade, estima-se a produção diária de mais de dez mil refeições, divididas entre café da manhã, almoço e jantar¹⁴. Para o funcionamento desses estabelecimentos e a produção deste quantitativo de refeições, a equipe de trabalho é composta por nutricionistas, auxiliares de cozinha, cozinheiros, trabalhadores de serviços gerais e auxiliares administrativos².

Um total de 290 trabalhadores foram elegíveis para participar do estudo. Foram incluídos todos os trabalhadores ativos, de ambos os sexos e de todos os cargos e turnos. A relevância e os objetivos da pesquisa foram devidamente explicados aos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, condição necessária para a participação no estudo. Foram excluídos trabalhadores em férias, gestantes e afastados por motivo de doença. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE nº 56855422.6.0000.5149).

A coleta de dados foi realizada em julho de 2022, por meio de entrevista face a face que foi conduzida por entrevistadores previamente treinados para a aplicação do questionário.

Durante o período de coleta, que ocorreu durante a pandemia, foram adotadas rigorosas medidas de segurança para evitar o contágio do coronavírus SARS-CoV-2. Essas medidas incluíram a disponibilização de álcool em gel, o uso obrigatório de máscara e o distanciamento adequado entre o entrevistador e o entrevistado. Os trabalhadores foram convidados a comparecer a uma sala reservada para a entrevista durante o horário de trabalho, garantindo assim um ambiente controlado e seguro para a realização da entrevista.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semiestruturado, construído com base em dados validados^{15, 16, 11}, onde foram investigadas variáveis socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, chefe de família, renda familiar e situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar); ocupacionais (cargo, hora extra, outro trabalho remunerado); e relacionadas a saúde e hábitos de vida (transtorno mental comum, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, colesterol alto, hábito de fumar, autorrelato de estado de saúde e qualidade de vida, depressão e ansiedade, uso de antidepressivo, peso e estatura).

A escolaridade foi categorizada em ensino fundamental, médio e superior. E a idade foi categorizada de acordo com a mediana dos dados. Estado civil foi definido como com e sem companheiro. A renda familiar foi descrita em salários-mínimos referente à época, onde o valor base do salário-mínimo era de R\$1192,00 (Hum mil cento e noventa e dois reais). Posteriormente a renda foi categorizada em até um salário-mínimo, entre um e dois salários-mínimos e três ou mais salários-mínimos. E o cargo ocupado foi classificado em manipulador ou não de alimentos.

Para identificação da insegurança alimentar e nutricional domiciliar foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que é um instrumento capaz de mensurar a percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos, sendo importante para identificar grupos mais vulneráveis à violação do direito humano à alimentação adequada. A EBIA classifica o domicílio em segurança ou insegurança alimentar e nutricional, de acordo com os pontos de corte do escore^{15, 17}.

Dados sobre ansiedade e depressão foram obtidos por meio de pergunta específica referente ao diagnóstico médico para essas condições, com a seguinte formulação: "Algum médico já lhe disse que você tem ou já teve?".

A identificação do excesso de peso foi obtida pelo Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir das variáveis peso e estatura mensurado, e classificado conforme preconizado

pela Organização Mundial da Saúde¹⁸. Valores de IMC superiores a 24,9 kg/m² foram estabelecidos para definir trabalhadores com excesso de peso.

O risco para transtornos mentais comuns (TMC), foi investigado por meio do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A escala foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e investiga sintomas não psicóticos relacionados à insônia, fadiga, apetite, pensamento e humor, que estão ligados aos quadros subclínicos de ansiedade, depressão e estresse. A versão brasileira do SRQ-20, contém 20 questões relacionadas à condição de saúde mental nos últimos 30 dias, que indicam transtornos não psicóticos, com respostas do tipo "sim" ou "não". Cada questão positiva pontua com o valor um ponto, podendo variar de 0 a 20 pontos para compor o escore final. O ponto de corte considerado como risco para TMC foi de sete pontos ou mais^{19, 20}.

Todos os dados coletados passaram por dupla conferência. A análise estatística contemplou a análise descritiva, em que se obteve a frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas. A análise de regressão logística considerou a situação de TMC como variável dependente e foram selecionadas variáveis sociodemográficas e ocupacionais de acordo com o objetivo do estudo. As associações que obtiveram valor de p inferior a 0,20 nos modelos univariados foram incluídas no modelo multivariado, sendo mantido no modelo final as variáveis com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises estatísticas foram conduzidas com o uso do software Stata 14.0.

RESULTADOS

Os resultados do estudo demonstraram predominância de trabalhadores do sexo feminino (62,5%) e escolaridade de ensino médio completo (69,2%). Em relação à idade, aproximadamente metade (51,8%) possuía mais de 45 anos. Quanto ao estado civil, 48,3% dos participantes conviviam com companheiro e 62,1% eram chefes de família. Três a cada dez trabalhadores (31,7%) estavam em situação domiciliar de insegurança alimentar e nutricional (**Tabela 1**).

No âmbito ocupacional, 74,2% dos entrevistados eram manipuladores de alimentos. Além disso, 22,1% relataram prática de horas extras e 15,9% possuíam outro trabalho remunerado além do exercido no RP (**Tabela 1**).

Em termos de saúde, a prevalência de TMC foi de 38,8% (n=93). Diabetes *mellitus* foi reportada por 13,8% dos entrevistados, enquanto hipertensão arterial sistêmica por 29,2%. Colesterol alto foi identificado em 17,6% dos trabalhadores. Depressão foi relatada por 22,2% e ansiedade por 39,1% dos participantes. Do total entrevistado, 75,4% apresentaram excesso de peso. Além disso, 23,3% relataram fazer uso de antidepressivos e o hábito de fumar esteve presente em 14,1% dos entrevistados (**Tabela 1**).

Tabela 1. Dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares de Belo Horizonte, Brasil 2022.

Características	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<i>Socioeconômicas</i>		
Sexo		
Feminino	150	62,5
Masculino	90	37,5
Idade		
≤ 44 anos	115	48,1
≥ 45 anos	124	51,8
Escolaridade		
Ensino fundamental	52	24,3
Ensino médio	148	69,2
Ensino superior	14	6,5
Estado civil		
Com companheiro	116	48,3
Sem companheiro	124	51,7
Chefe da família	149	62,1
Renda familiar*		
Até 1 salário-mínimo	24	10,3
Até 2 salários-mínimos	66	28,4
3 ou mais salários-mínimos	142	61,2
Insegurança Alimentar domiciliar	76	31,7
<i>Ocupacionais</i>		
Cargo		
Não manipulador	62	25,8
Manipulador de alimentos	178	74,2
Prática de hora extra	53	22,1
Outro trabalho remunerado	38	15,9
<i>Saúde</i>		
Transtorno mental comum	93	38,8
Diabetes mellitus	33	13,8
Hipertensão arterial sistêmica	70	29,2
Colesterol alto	42	17,6
Depressão	53	22,2
Ansiedade	94	39,1
Hábito de fumar	34	14,1
Uso de antidepressivo	56	23,3
Excesso de peso	178	75,4
Autorrelato de estado de saúde		
Ruim	65	27,1
Bom	175	72,9
Autorrelato de qualidade de vida		
Ruim	67	27,9
Bom	173	72,1

*Renda familiar: Salário-mínimo em 2022 R\$1.192,00.

Na análise univariada foram elegíveis para permanecer no modelo logístico multivariado as variáveis sexo, cor da pele, insegurança alimentar e nutricional, renda e prática de hora extra (**Tabela 2**).

Tabela 2: Regressão logística univariada com a ocorrência de transtorno mental comum.

	Regressão univariada		
	OR	IC	Valor p
Socioeconômicas			
Sexo			
Feminino	7,06	3,05-16,35	<0,001
Cor da pele			
Preto	2,75	0,94-8,08	0,064
Pardo	4,02	1,46-11,00	0,007
Amarelo	8,60	1,62-45,54	0,011
Insegurança Alimentar e Nutricional	2,84	1,56-5,17	0,001
Renda			
Até 1 salário-mínimo	2,07	0,72-5,91	0,171
Até 2 salários-mínimos	0,71	0,23-2,12	0,542
3 ou mais salários-mínimos	0,83	0,28-2,47	0,742
Estado civil – com companheiro	0,80	0,45-1,42	0,454
Escolaridade			
Ensino fundamental	1,36	0,38-4,81	0,632
Ensino médio	0,68	0,22-2,09	0,506
Ensino superior	0,60	0,14-2,40	0,471
Condições de trabalho			
Outro trabalho remunerado	1,35	0,63-2,88	0,427
Prática de hora extra	0,58	0,27-1,25	0,170
Cargo	1,02	0,53-1,95	0,947

No modelo final, observou-se que o sexo feminino estava associado a uma maior chance de apresentar TMC (OR=0,146; IC=0,06-0,35). Com relação a cor da pele, os trabalhadores que se autodeclararam pretos apresentaram uma chance 3,443 vezes maior de desenvolver TMC em comparação com indivíduos brancos (IC=1,11-10,71). Indivíduos pardos também mostraram um risco aumentado de 4,080 vezes (IC=1,42-11,69) em relação aos brancos. Já os trabalhadores que se autodeclararam amarelos, o risco foi elevado, com uma chance 7,578 vezes maior também em relação aos brancos (IC=1,25-45,71) (**Tabela 3**).

Além disso, a insegurança alimentar e nutricional domiciliar também se mostrou associada ao TMC, sendo que indivíduos em situação de insegurança alimentar e nutricional têm 2,568 vezes mais chance de desenvolver TMC (IC=1,33-4,93) (**Tabela 3**).

Tabela 3: Regressão logística multivariada com a ocorrência de transtorno mental comum.

	Regressão multivariada		
	OR	IC	Valor p
<i>Sexo</i>			
Feminino	0,146	0,06-0,35	<0,001
<i>Cor da pele</i>			
Preto	3,443	1,11-10,71	0,033
Pardo	4,080	1,42-11,69	0,009
Amarelo	7,578	1,25-45,71	0,027
Insegurança Alimentar e Nutricional	2,568	1,33-4,93	0,005

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC foi encontrada em mais de um terço dos trabalhadores do RP, com associação positiva para sexo, cor de pele e situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar. O sexo feminino mostrou-se associado a uma maior chance de TMC, assim como a cor de pele preta, parda ou amarela em comparação com os indivíduos brancos. A insegurança alimentar e nutricional também aumentou as chances de desenvolver TMC.

A prevalência de TMC na população brasileira variou entre 19,7% e 64,0%^{21, 22}. Trabalhadores do RP apresentaram uma prevalência (38,8%) dentro do intervalo esperado para população geral, mas superior as prevalências encontradas em alguns grupos de trabalhadores. Estudos anteriores à pandemia revelaram uma prevalência de 10,3% de TMC em trabalhadores de restaurantes universitários, 11,6% em trabalhadores da indústria, 21,1% de telecomunicações e 22,6% da área da educação^{23, 24, 25, 26}. Ressalta-se a ausência de estudos sobre a prevalência de TMC em trabalhadores do setor de alimentação após a pandemia de Covid-19.

Em relação a ocorrência da depressão e da ansiedade foi observada uma prevalência maior entre os trabalhadores do RP (22,1% depressão e 39,1% ansiedade) ao compará-los com os trabalhadores de restaurantes universitários (10,6% de depressão e 4,6% de ansiedade)²⁴ e a população geral de Belo Horizonte (17,4% de depressão)²⁷. As condições de trabalho nos setores de serviços de alimentação como longas jornadas, pressão por desempenho, ambiente físico desgastante e interações constantes com clientes contribuem para prevalências maiores neste grupo^{28, 3}. Além disso fatores adicionais, como a insegurança alimentar e nutricional e instabilidade socioeconômica, podem exacerbar desfechos de depressão, ansiedade e transtornos mentais entre os trabalhadores avaliados²⁹. Cabe destacar que estas prevalências maiores encontradas podem exprimir o impacto da pandemia de Covid-19. Vale ressaltar que

houve um aumento de mais de 25% nas taxas de ansiedade e depressão durante o contexto pandêmico³⁰.

A ocorrência do TMC foi maior entre mulheres em comparação aos homens. Esse achado corrobora com dados de diversos estudos que sugerem uma maior vulnerabilidade das mulheres a desenvolverem condições centrais do TMC (depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao estresse)^{31, 21, 32}. As razões para essa discrepância podem ser multifatoriais, envolvendo desde fatores biológicos, como variações hormonais, até aspectos socioculturais, como as expectativas de gênero, a sobrecarga de responsabilidades domésticas e profissionais, e as pressões sociais relacionadas ao papel feminino na sociedade^{30, 33}. Vale ressaltar que o estigma associado à saúde mental pode impactar de forma diferente homens e mulheres. Mulheres, muitas vezes, são mais propensas a buscar ajuda e a expressar seus sintomas, enquanto os homens podem ser mais reticentes devido a normas de masculinidade que desencorajam a vulnerabilidade emocional³⁴.

Outro aspecto identificado foi a relação entre cor da pele e saúde mental, o que reflete as desigualdades raciais estruturais que afetam, de forma significativa, o bem-estar psicológico de grupos historicamente marginalizados³⁵. Estudo realizado com trabalhadores da saúde identificou que homens e mulheres negros tinham mais chance de desenvolver TMC em comparação aos indivíduos brancos³⁶. Esse fenômeno está intimamente ligado às experiências de discriminação racial, que geram estresse crônico e afetam diretamente a saúde mental³⁷. A discriminação racial, seja no ambiente de trabalho, nas escolas ou no acesso a serviços de saúde, pode resultar em uma constante vivência de desvalorização e marginalização, fatores que aumentam a vulnerabilidade a distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão³⁸. Além disso, fatores estruturais, como o acesso desigual aos cuidados de saúde e as condições de vida, exacerbam essa disparidade. A população negra, parda e amarela, frequentemente enfrentam barreiras para acessar atendimento de saúde adequado, o que contribui para o agravamento de TMC não tratados³⁹.

Outro ponto relevante é a insegurança alimentar e nutricional (IAN) que é reconhecida como um importante determinante social da saúde mental, com impactos significativos no desenvolvimento de TMC⁴⁰. Pular refeições, se preocupar em como acessar alimentos, depender de alimentos doados ou descartados gera uma pressão constante sobre os indivíduos, contribuindo para o aumento de níveis de estresse, ansiedade e depressão^{29, 41}. A IAN está frequentemente associada a condições de vulnerabilidade social, como a pobreza, desigualdade e falta de acesso a serviços de alimentação e saúde, o que agrava ainda mais o quadro

psicológico⁴² e a IAN. Indivíduos socioeconomicamente carentes não têm acesso a fontes materiais e a um ambiente de vida estável no qual possam armazenar e preparar alimentos^{29, 43}. A relação entre IAN e saúde mental é, portanto, um ciclo vicioso. A insegurança alimentar e nutricional compromete o bem-estar psicológico e, por sua vez, as condições de saúde mental debilitadas podem dificultar a busca por soluções para a IAN, perpetuando a desigualdade social e seus efeitos na saúde mental^{40, 44}. Além disso, a preocupação constante com a sobrevivência e a incerteza sobre o acesso a alimentos podem comprometer a qualidade do sono e a capacidade de enfrentar desafios diários, fatores que diminuem as chances de conseguir empregos permanentes e aumentam a suscetibilidade a distúrbios mentais⁴⁴.

Por conseguinte, o contexto socioeconômico desempenha um papel crucial na determinação do risco e no acesso ao tratamento de TMC. Em todos os países, as populações mais pobres e desfavorecidas são as mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde mental, ao mesmo tempo em que enfrentam barreiras significativas para acessar cuidados adequados³⁰. Investigações científicas sobre a segurança alimentar e saúde mental precária são essenciais, pois a IAN e o TMC têm efeitos adversos significativos à saúde nos níveis individual e populacional^{45, 46}. Compreender os caminhos que fundamentam a associação entre IAN e TMC pode dar suporte aos esforços de vigilância em saúde e intervenção política⁴⁷.

Quando se fala de ambientes de trabalho, entende-se que a origem dos sofrimentos e agravos guarda estreita relação com os elementos que compõem a organização e a gestão do trabalho e, nesse sentido, as ações da vigilância devem incluir e identificar os componentes geradores desses agravos não só no ambiente de trabalho, mas os fatores externos que também podem afetar a qualidade do trabalho⁴⁸. Essa diferença evidencia a necessidade de estratégias mais abrangentes de suporte emocional e intervenções preventivas, envolvendo a implementação de medidas que promovem o bem-estar psicológico dos colaboradores, como programas de apoio psicológico, criação de ambiente de trabalho empático e a promoção de uma cultura organizacional que valorize a saúde mental no setor de trabalho dos serviços de alimentação, especialmente em populações que enfrentam desafios sociais adicionais⁴⁹, como desigualdade socioeconômica, precariedade no emprego, dificuldades de acesso a recursos essenciais. Essas condições geram estresse e agravam questões psicológicas, tornando ainda mais crucial a implementação de redes de apoio adequadas, como o suporte com alimentação, fornecendo alimentos ou apoio financeiro para aquisição de alimentos. Além disso, a construção de um ambiente de trabalho que considere essas vulnerabilidades é essencial para garantir a

saúde mental e emocional dos trabalhadores, promovendo não apenas a saúde individual, mas também a qualidade do serviço prestado⁵⁰.

O presente estudo apresenta limitações. O tamanho reduzido da amostra, pode resultar em intervalos de confiança mais amplos e menor precisão nas estimativas⁵¹. A não participação de trabalhadores que estavam afastados do trabalho há mais de 30 dias pode ser uma fonte de viés, dependendo do “efeito do trabalhador saudável”, uma vez que esses trabalhadores doentes ou reclamantes não foram abordados⁵². Cabe destacar que a percepção da insegurança alimentar e nutricional entre os trabalhadores dos RP pode ser diferente da população em geral, devido ao seu conhecimento sobre uma alimentação saudável e acesso a diversos alimentos durante o trabalho⁵³.

Apesar das limitações, os resultados fornecem subsídios valiosos para ações mais eficazes na promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e inclusivo. Trata-se do primeiro artigo a abordar especificamente os trabalhadores dos RP, um segmento do setor de serviços de alimentação marcado por intensos desafios socioeconômicos. Ao lançar luz sobre essa realidade ainda pouco explorada, a pesquisa contribui de forma inédita para o debate sobre condições laborais em espaços que desempenham um papel fundamental na segurança alimentar da população.

CONCLUSÃO

Aproximadamente quatro a cada dez trabalhadores dos Restaurantes Populares apresentavam transtorno mental comum. Este desfecho foi maior entre as mulheres, trabalhadores de cor de pele preta, parda ou amarela e aqueles em situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar. Esta alta prevalência de transtorno mental comum observada, reflete não apenas nas condições laborais, mas também nas desigualdades sociais e econômicas enfrentadas por esses trabalhadores.

Essas descobertas reforçam a necessidade urgente de políticas públicas e práticas organizacionais visando à melhoria das condições de saúde mental e à redução das disparidades entre os trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Ministério da Saúde. Instrutivo de ações para a operacionalização da Portaria Interministerial MDS/MS nº 25, de 01 de setembro de 2023: manual para gestores e profissionais. 1ª ed. Brasília, DF: UNIRIO; 2024.
2. Costa BVL, Assunção AA, Santos JE, Silva LAF, Ramos SA, Lima EP. Consumo excessivo de álcool entre trabalhadores do setor público de alimentação no Brasil: demandas físicas e psicossociais em foco. *J Occup Environ Med.* 2021 novembro;63(11):e801-e806. doi: 10.1097/JOM.0000000000002382. PMID: 34739445.
3. Costa BLV, Horta PM, Jardim MZ, Carmo A, Ramos SA. Obesidade entre trabalhadores de restaurantes econômicos apoiados pelo governo em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Bras Med Trab.* 2022;20(2):279-86. doi: 10.47626/1679-4435-2022-665.
4. avares AS. Trabalho intenso: opção ou condição? *Gerais, Rev Interinst Psicol.* junho de 2017;10(1):123-32. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2024.
5. World Health Organization. Saúde mental: fortalecendo a nossa resposta. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
6. de Oliveira C, Saka M, Bone L, Jacobs R. The Role of Mental Health on Workplace Productivity: A Critical Review of the Literature. *Appl Health Econ Health Policy.* 2023 Mar;21(2):167-193. doi: 10.1007/s40258-022-00761-w. Epub 2022 Nov 15. PMID: 36376610; PMCID: PMC9663290.
7. Sousa, R. M. de ., Cenzi, C. M., Bortolini, J., Terra, F. de S., & Valim, M. D.. (2023). Common mental disorders, productivity and presenteeism in nursing workers . *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 57, e20220296.
8. Ribeiro, H. K. P., Santos, J. D. M., Silva, M. de G. e ., Medeiro, F. D. de A., & Fernandes, M. A.. (2019). Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, 44, e1.
9. Santana OMM, Machado MMT, Gomes LGA, Rocha HAL, Correia LL, Sousa LV de A. Insegurança alimentar grave e saúde mental em mulheres que vivem em extrema pobreza no Ceará, Brasil. *J Hum Desenvolvimento de crescimento.* 2023;33(3):354-64. doi: 10.36311/jhgd.v33.15282.

10. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde em Debate*. 2018 Dez;42(spe4):175-86.
11. Aguiar, O. B. de ., Valente, J. G., & Fonseca, M. de J. M. da .. (2010). Descrição sócio-demográfica, laboral e de saúde dos trabalhadores do setor de serviços de alimentação dos restaurantes populares do estado do Rio de Janeiro. *Revista De Nutrição*, 23(6), 969–982.
12. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Belo Horizonte 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html> .
13. PNUD, Ipea, FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. Brasília: PNUD; 2014. 120 pág. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil). ISBN 978-85-88201-21-7.
14. Costa BVL, organizadora, et al. Condições socioeconômicas e de saúde dos usuários dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte - MG. 1ª ed. Belo Horizonte, MG: Ed. dos Autores; 2024. PDF. ISBN 978-65-01-26822-4.
15. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segur. Aliment. Nutr.* [Internet]. 10º de fevereiro de 2015 [citado 19º de fevereiro de 2025];16(2):1-19.
16. Sperandio, N., Morais, D. de C., & Priore, S. E.. (2018). Escalas de percepção da insegurança alimentar validadas: a experiência dos países da América Latina e Caribe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2), 449–462.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. 65 pág. Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento, IBGE; 2020.
18. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization; 1995. ISBN 92-4-120854-6.
19. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986 Jan;148:23-6. doi: 10.1192/bjp.148.1.23. PMID: 3955316.
20. Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F.. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo

- comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos De Saúde Pública*, 24(2), 380–390.
21. Santos, G. de B. V. dos ., Alves, M. C. G. P., Goldbaum, M., Cesar, C. L. G., & Gianini, R. J.. (2019). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 35(11), e00236318.
 22. Torres Neto, F., Lovisi, G. M., Unger, R. J. G., & Lima, L. A.. (2023). Transtorno mental comum em populações assistidas pela Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Cadernos Saúde Coletiva*, 31(3), e31030119.
 23. Fonseca, I. S. S., & Araújo, T. M. de .. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns em industriários da Bahia. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, 39(129), 35–49.
 24. Monteiro MAM, Orfanó IS, Castro RIV de. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de restaurantes. *Res Soc Dev*. 2021;10(3) :e21410313212
 25. Silva JLL da, Monnerat MS, Abreu LM, Lima AL de O, Messias CM, Almeida GL de. Transtornos mentais comuns e Síndrome de Burnout entre profissionais de faculdade universitária. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (Edição em Português)*. 2022;18(1):37-46. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.174476.
 26. Florêncio JPW, Lira PR de A, Raposo OF, Gurgel GD, Santos MOS dos. Saúde mental e trabalho: prevalência de transtorno mental comum em técnicos em telecomunicações. *Rev Bras Promoção Saúde [Internet]*. 6 de novembro de 2023;25(2):92-105.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico]*. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
 28. Rüdell FT, Gonçalves J. Riscos psicossociais no trabalho de auxiliares de cozinha de uma indústria. *PSI UNISC*. 10 de julho de 2021;5(2):95-108.
 29. Loftus EI, Lachaud J, Hwang SW, Mejia-Lancheros C. Food insecurity and mental health outcomes among homeless adults: a scoping review. *Public Health Nutr*. 2021 May;24(7):1766-1777. doi: 10.1017/S1368980020001998. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32693863; PMCID: PMC10195420.

30. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. 2022. World Health Organization. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/356119>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
31. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):64-9. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>.
32. Sousa, C. C. de ., & Araújo, T. M. de .. (2024). Efeitos combinados de gênero, raça e estressores ocupacionais na saúde mental. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, 49, edepi12.
33. Wemakor, A., Bukari, M. & Atariba, R. Insegurança alimentar familiar, baixo apoio social materno e transtornos mentais comuns maternos no município de East Mamprusi, Gana. *BMC Public Health* **23** , 1255 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16157-x>
34. Silva, R. P., & Melo, E. A.. (2021). Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10), 4613–4622.
35. Smolen, J. R., & Araújo, E. M. de .. (2017). Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4021–4030. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>
36. Campos, F. M., Araújo, T. M. de ., Viola, D. N., Oliveira, P. C. S., & Sousa, C. C. de .. (2020). Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(4), 579–589.
37. UNICEF Brasil. Racismo e saúde mental: Como o racismo impacta a saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. <https://www.unicef.org/br/bl/corrída-e-saud-mental>.
38. Barbosa IR, Aiquoc KM, Souza TA de. Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil [recurso eletrônico]. 1ª ed. Natal, RN: EDUFRN; 2021.
39. Tomasiello DB, Bazzo J, Parga J, Servo LM, Pereira RHM. Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. 2023. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea.
40. Sousa, S. Q. de ., Lôbo, I. K. V., Carvalho, A. T. de ., & Vianna, R. P. de T.. (2019). Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1925–1934.
41. Elgar FJ, Pickett W, Pförtner TK, Gariépy G, Gordon D, Georgiades K, Davison C, Hammami N, MacNeil AH, Azevedo Da Silva M, Melgar-Quiñonez HR. Relative food insecurity, mental health and wellbeing in 160 countries. *Soc Sci Med*. 2021

- Jan;268:113556. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113556. Epub 2020 Nov 28. PMID: 33293171.
42. Bezerra, M. S., Jacob, M. C. M., Ferreira, M. A. F., Vale, D., Mirabal, I. R. B., & Lyra, C. de O.. (2020). Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3833–3846.
 43. Parpouchi M, Moniruzzaman A, Russolillo A, Somers JM. Food Insecurity among Homeless Adults with Mental Illness. *PLoS One*. 2016 Jul 20;11(7):e0159334. doi: 10.1371/journal.pone.0159334. PMID: 27437937; PMCID: PMC4954689.
 44. Pedroso J, Buccini G, Venancio SI, Pérez-Escamilla R, Gubert MB. Maternal mental health modifies the association of food insecurity and early child development. *Matern Child Nutr*. 2020 Oct;16(4):e12997. doi: 10.1111/mcn.12997. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32351004; PMCID: PMC7507582..
 45. Jones AD. Food Insecurity and Mental Health Status: A Global Analysis of 149 Countries. *Am J Prev Med*. 2017 Aug;53(2):264-273. doi: 10.1016/j.amepre.2017.04.008. Epub 2017 Apr 27. PMID: 28457747.
 46. Ejiohuo O, Onyeaka H, Unegbu KC, Chikezie OG, Odeyemi OA, Lawal A, Odeyemi OA. Nourishing the Mind: How Food Security Influences Mental Wellbeing. *Nutrients*. 2024 Feb 9;16(4):501. doi: 10.3390/nu16040501. PMID: 38398825; PMCID: PMC10893396.
 47. Weaver LJ, Owens C, Tessema F, Kebede A, Hadley C. Unpacking the "black box" of global food insecurity and mental health. *Soc Sci Med*. 2021 Aug;282:114042. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114042. Epub 2021 May 21. PMID: 34144433.
 48. Leão LH, Gomez CM. The issue of mental health in occupational health surveillance. *Cien Saude Colet*. 2014 Dec;19(12):4649-58. English, Portuguese. doi: 10.1590/1413-812320141912.12732014. PMID: 25388173.
 49. Schmidt B, et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud Psicol (Campinas)*. 2020;37:e200063.
 50. Pires RRC, editor. Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Ipea; 2019. 730 p.: il., gráfs., fots, mapas. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7811-353-7.
 51. Patino, C. M., & Ferreira, J. C.. (2015). Confidence intervals: a useful statistical tool to estimate effect sizes in the real world. *Jornal Brasileiro De Pneumologia*, 41(6), 565–566.
 52. Chowdhury R, Shah D, Payal AR. Healthy Worker Effect Phenomenon: Revisited with Emphasis on Statistical Methods - A Review. *Indian J Occup Environ Med*. 2017 Jan-

Apr;21(1):2-8. doi: 10.4103/ijoem.IJOEM_53_16. PMID: 29391741; PMCID: PMC5763838.

53. Costa BV de L, Horta PM, Ramos SA. Food insecurity and overweight among government-backed economy restaurant workers. *Rev Nutr.* 2019;32:e180128. doi: 10.1590/1678-9865201932e180128.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu e comparou o perfil de saúde e ocupacional dos trabalhadores dos Restaurante Populares de Belo Horizonte antes e após a pandemia de Covid-19. A partir de uma análise detalhada das condições socioeconômicas, ocupacionais e de saúde, foi possível identificar importantes tendências e desafios que esses trabalhadores enfrentam, especialmente no que tange à saúde mental, insegurança alimentar e nutricional e condições de trabalho.

Observou-se que entre 2017 e 2022 houve uma mudança das condições de saúde e no perfil ocupacional dos trabalhadores dos RP. Verificou-se um aumento na prevalência de problemas de saúde, como sobrepeso, diabetes *Mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, além de um agravamento na IAN domiciliar. O aumento da carga de trabalho, com mais horas extras e o acúmulo de múltiplos trabalhos remunerados, indicou um aumento da pressão sobre os trabalhadores, que pode ter sido agravado pela pandemia. Além disso, a análise das condições psicossociais revelou um aumento no nível de estresse dos trabalhadores, com menor controle sobre as suas atividades e maior falta de apoio social. A alta prevalência de TMC também destaca a urgência de se colocar a saúde mental como uma prioridade, especialmente no contexto de um ambiente de trabalho que exige grande esforço físico e psicológico. Trabalhadores do sexo feminino, de cor de pele preta, parda ou amarela, e em situação de IAN domiciliar se mostraram com maiores chances para o desenvolvimento de TMC entre os participantes. Essas evidências ressaltam a complexidade das condições de saúde mental, que não são apenas um reflexo da carga de trabalho, mas também de aspectos sociais e econômicos mais amplos. O fato da IAN estar fortemente associada aos TMC é uma indicação clara da interdependência entre a saúde física e mental, além de evidenciar a necessidade de políticas públicas mais eficazes e integradas, que considerem o contexto de vulnerabilidade em que esses trabalhadores estão inseridos. Tais políticas devem abranger desde o fornecimento de alimentos adequados até o apoio psicológico e a melhoria das condições de trabalho. A implementação de programas de saúde ocupacional que integrem o acompanhamento de saúde mental, o

fornecimento de apoio psicossocial e a redução da carga de trabalho excessiva são medidas essenciais para promover um ambiente mais saudável para esses trabalhadores.

Ademais, a escassez de dados específicos sobre a realidade desses trabalhadores torna ainda mais relevante a realização de novas pesquisas que aprofundem o entendimento sobre as condições de saúde e trabalho dos Serviços de Alimentação em geral. A investigação das relações entre as condições de trabalho, a saúde mental e física, e as desigualdades sociais pode fornecer subsídios valiosos para a formulação de políticas públicas mais eficazes e inclusivas. Tais políticas não apenas melhorariam as condições de vida dos trabalhadores, mas também contribuiriam para a promoção de uma sociedade mais justa e saudável.

Em termos de contribuições para a literatura, este estudo fortalece a compreensão sobre os fatores que impactam a saúde ocupacional em setores com alta vulnerabilidade social e econômica, como os serviços de alimentação. A pesquisa evidencia a necessidade de um olhar mais atento às condições de vida e trabalho dos trabalhadores, considerando suas especificidades, e reforça a urgência de políticas públicas que visem melhorar a qualidade de vida e de trabalho desses profissionais, especialmente em tempos de crise, como a provocada pela Pandemia de Covid-19.

Finalmente, é possível concluir que a saúde dos trabalhadores dos Restaurantes Populares é influenciada por uma série de fatores interligados, incluindo aspectos socioeconômicos, ocupacionais e psicossociais. O estudo reforça a importância de se adotar uma abordagem holística e integrada nas políticas públicas, que considere a saúde como um direito fundamental e a necessidade de condições de trabalho mais dignas e saudáveis para todos.

REFERÊNCIAS

1. Baccarin JG, Delgrossi M, Magro JP. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil: tendências e estimativas recentes. Evolução da segurança alimentar e nutricional a partir dos indicadores macroeconômicos. 2024.
2. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Ministério da Saúde. Instrutivo de ações para a operacionalização da Portaria Interministerial MDS/MS nº 25, de 01 de setembro de 2023: manual para gestores e profissionais. 1ª ed. Brasília, DF: UNIRIO; 2024.

3. Costa BVL, organizadora, et al. Condições socioeconômicas e de saúde dos usuários dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte - MG. 1ª ed. Belo Horizonte, MG: Ed. dos Autores; 2024. PDF. ISBN 978-65-01-26822-4.
4. Brasil. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde.
5. Souza FDNJ, Bernardes SB, Vieira CR, Francisco MSB, Marín-León L, Camargo FM, Segall-Corrêa AM. (In)segurança alimentar no Brasil no pré e pós pandemia da COVID-19: reflexões e perspectivas. *Interam J Med Saúde*. 2021;4. doi: 10.31005/iajmh.v4i.160.
6. Araújo FR, Calazans DLM. Gestão das ações de segurança alimentar frente à pandemia pela COVID-19. *Rev Adm Publica*. 2020;54:1123-33.
7. Mergulhão AD. A indústria alimentícia brasileira, dinâmicas recentes de emprego e produção e seus impactos territoriais em tempos de pandemia. *GEOgrafia*. 2022;24(53).
8. Sebrae - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. Alternativas para bares, restaurantes e fins em tempos de crise. 2020. Disponível em: <
<https://m.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/alternativas-para-bares-restaurantes-e>
9. Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA). Número de Estabelecimentos Industriais e Número de Empregos. 2023. Disponível em:
<https://www.abia.org.br/downloads/numeros-empregos-ABIA2023.pdf>. Fonte: RAIS e CAGED/Ministério da Economia. Elaboração ABIA.
10. Carvalho LM de, Santos CHM dos. Carta de Conjuntura: Nota de Conjuntura 17 - 4º Trimestre de 2024. Nº 65. 2024.
11. Freitas PP de, et al. Saúde e trabalho no Brasil: demandas físicas e psicossociais. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00129420.
12. Rawaf, Salman et al. Lessons on the COVID-19 Pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *European Journal of General Practice*, v. 26, p. 129-133, 2020.
13. Nunes, Nathália César et al. Práticas alimentares de trabalhadores de um Restaurante Cidadão: fatores socioculturais e o ambiente de trabalho. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 32, n. 2 [Acessado 16 Dezembro 2024] , e320214. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320214>.

14. Abranches MV, Oliveira TC, José JFB de S. A alimentação coletiva como espaço de saúde pública: os riscos sanitários e os desafios trazidos pela pandemia de Covid-19. *Interface Com Saúde Educ.* 2021;25:e200654.
15. Monteiro MAM. Impactos da pandemia da COVID-19 na atuação profissional de trabalhadores em restaurantes. *Observ Econ Latinoam.* 2024;22(3):e3734. doi: 10.55905/oelv22n3-106.
16. Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm.
17. Silva SP. A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, discontinuidades e consolidação. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea; 2014.
18. Maluf RSJ. Segurança alimentar e nutricional. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2009.
19. Brasil. Decreto-Lei no 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN e institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. [Internet]. 2010.
20. Aguiar OB de, Padrão SM. Direito humano à alimentação adequada: fome, desigualdade e pobreza como obstáculos para garantir direitos sociais. *Serv Social Soc.* 2022;143:121–39.
21. Leão M, organizadora. O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional. Brasília: ABRANDH; 2013. 263 p. ISBN 978-85-63364-06-7.
22. Brasil. Fome Zero: Uma História Brasileira. Vol. 3. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2010. 190 p.
23. Brasil. Lei no 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. [Internet]. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm

24. Vasconcellos ABP de A, Moura LBA de. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):e00206816.
25. Padrão SM, Aguiar OB de. Restaurante popular: a política social em questão. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2018;28(3):e280319.
26. Esposte J de P D, Sousa LP de, Barbosa RRB. A Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil entre 2015 e 2019: uma revisão integrativa. *Serv Social Soc*. 2023;146(2):e6628322.
27. Brasil. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o § 3º do art. 93 da Constituição Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 fev. 2010.* Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/emenda64.htm.
28. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional/ Rede SAN/FAURGS/UFRGS/MDS. Porto Alegre: Evangraf; 2011.
29. Vieira LFB. Alimentando a mudança: a política de assistência alimentar de Belo Horizonte à luz da participação social [monografia]. Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro; 2023. 181 f.: il.
30. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Manual Programa Restaurante Popular. Brasília: Ministério; 2004 [cited 2022 June 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_logico_restaurante_populapdf
31. Costa D. Experiência Brasileira em restaurantes populares. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1947;26(5):415-21.
32. Oliveira JTC de, et al. Popular Restaurants as strategies to fight hunger and to promote Food and Nutrition Security: an integrative review of scientific publications in the period 2011-2021. *Rev Nutr [online]*. 2023;36:e220067. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202336e220067>. Acesso em: 14 out. 2024.
33. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Manual de instruções, diretrizes e procedimentos operacionais para contratação e execução de programas e ações da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Modalidades apoio à instalação e modernização de restaurantes

- populares, cozinhas comunitárias, bancos de alimentos e unidades de distribuição da agricultura familiar. Brasília: MDSA; 2016.
34. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Mais de 130 restaurantes populares garantem alimentação saudável para população vulnerável. Ministério do Desenvolvimento Social, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mais-de-130-restaurantes-populares-garantem-alimentacao-saudavel-para-populacao-vulneravel>.
 35. Brasil. Governo Federal. Manual do pesquisador – Programa Bolsa Família. 2018. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC).
 36. Prefeitura de Belo Horizonte. II Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Belo Horizonte 2022-2025. Belo Horizonte; 2022. Disponível em: https://www.prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/urbanismo/plano_municipal_seguranca_alimentar_nutricional_2022-2025.pdf.
 37. Prefeitura de Belo Horizonte. Restaurantes Populares. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/susan/equipamentos/restaurantes-populares#:~:text=Atualmente%20os%20valores%20das%20refei%C3%A7%C3%B5es%20s%C3%A3o:&text=Para%20os%20usu%C3%A1rios%20cadastrados%20no,de%20rua%20cadastradas%20no%20Cad%C3%A9nico>.
 38. Brasil, organizador. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 83 p.
 39. Costa BL, Horta PM, Jardim MZ, Carmo A, Ramos SA. Obesity among government-backed economy restaurant workers in Belo Horizonte, Brazil. *Rev Bras Med Trab*. 2022;20(2):279-86. doi: 10.47626/1679-4435-2022-665.
 40. Bezerra, Ilana Nogueira et al. Evolution of out-of-home food consumption in Brazil in 2008–2009 and 2017–2018. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 55, suppl 1, 6s. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003221>>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003221>.
 41. Bezerra IN, et al. Food consumed outside the home in Brazil according to places of purchase. *Rev Saúde Pública*. 2017;51.

42. Queiroz P, Coelho A. Alimentação fora de casa: uma investigação sobre os determinantes da decisão de consumo dos domicílios brasileiros. *Análise Econômica*. 2017;35:17 mar. doi: 10.22456/2176-5456.57132.
43. Sticca MG, Mandarinini MB, Silva FHM da. Condições de Trabalho e Saúde de trabalhadores em um restaurante universitário. *Estud Pesqui Psicol*. 2019;19(3):583-603.
44. Medeiros MG de A, Carvalho LR de, Franco RM. Percepção sobre a higiene dos manipuladores de alimentos e perfil microbiológico em restaurante universitário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(2):383-92.
45. Aguiar OB de, Valente JG, Fonseca MJM da. Descrição sócio-demográfica, laboral e de saúde dos trabalhadores do setor de serviços de alimentação dos restaurantes populares do estado do Rio de Janeiro. *Rev Nutr*. 2010;23(6):969-82.
46. Ramos SA, Costa BV de L, Monteiro MAM. PERFIL SOCIOECONÔMICO, LABORAL E DE SAÚDE DE TRABALHADORES DE RESTAURANTE HOSPITALAR . DRIUFT [Internet]. 26º de abril de 2022 [citado 19º de fevereiro de 2025];8(4):34-42.
47. Nalle G de S, Vieira PM, Sousa AA de, Pacheco EAC, Aragão AdS, Silva E Dutra FCM. Qualidade de vida de manipuladores de alimentos em restaurantes industriais. *Rev Família Ciclos Vida Saúde no Contexto Social*. 2018;6:581-90. doi: 10.18554/refacs.v6i0.3128.
48. Costa BVL, Assunção AÁ, Santos JE, da Silva LAF, Ramos SA, Lima EP. Binge Drinking Among Public Sector Food Service Workers in Brazil: Physical and Psychosocial Demands on Focus. *J Occup Environ Med*. 2021 Nov 1;63(11):e801-e806. doi: 10.1097/JOM.0000000000002382. PMID: 34739445.
49. Nobrega S, Champagne N, Abreu M, et al. Obesidade/Sobrepeso e o Papel das Condições de Trabalho: Uma Investigação Qualitativa e Participativa. *Prática de Promoção da Saúde* . 2016;17(1):127-136. doi: 10.1177/1524839915602439
50. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114). ISBN 85-334-0353-4.
51. Costa BV de L, Horta PM, Ramos SA. Food insecurity and overweight among government-backed economy restaurant workers. *Rev Nutr*. 2019;32:e180128.

52. Souza MBC A de, Helal DH, Paiva KCM de. Análise descritiva das dimensões do burnout: um estudo com jovens trabalhadores. *Cad Bras Terapeut Ocup*. 2019;27(4):817–27.
53. Velasco JC, Molina VBC. Condições de trabalho, saúde e segurança dos colaboradores das unidades de alimentação e nutrição. *Rev Multidiscip Saúde*. 2020;2(3):16-31.
54. Cavalcante JM. Work safety in food services. *Rev Bras Med Trab*. 2023 Nov 24;21(3):e20231060. doi: 10.47626/1679-4435-2023-1060. PMID: 38313781; PMCID: PMC10835411.
55. Hirschle, A. L. T., & Gondim, S. M. G.. (2020). Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(7), 2721–2736.
56. Santos J dos, et al. Excesso de peso em funcionários de unidades de alimentação e nutrição de uma universidade do Estado de São Paulo. *Einstein (São Paulo)*. 2013;11(4):486–91.
57. Boclin, K. de L. S., & Blank, N.. (2010). Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, 35(121), 124–130.
58. Santos KOB, et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12):e00178320.
59. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 10].
60. Aranha FQ, Miano AC, Rosa CS da C, Santos CHE de S, Smith JB, Oliveira MCD, Dangiό TD, Belin MAF. Mudanças no serviço de alimentação coletiva devido a pandemia de COVID-19. *Rev. Alim. Cult. Amer* [Internet]. 31º de dezembro de 2020 [citado 19º de fevereiro de 2025];2(2):252-67.
61. Prefeitura de Belo Horizonte. Salões de refeições dos Restaurantes Populares serão reabertos a partir do dia 8. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/saloes-de-refeicoes-dos-restaurantes-populares-serao-reabertos-partir-do-dia-8>.
62. Prefeitura de Belo Horizonte. Restaurantes Populares servem 1,8 milhão de refeições durante a pandemia. Available at: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/restaurantes->

- populares-servem-18-milhao-de-refeicoes-durante-pandemia#:~:text=De%20forma%20gratuita%2C%20os%20Restaurantes,alimenta%C3%A7%C3%A3o%20balanceada%20e%20de%20qualidade
63. De Boni RB, Balanza-Martinez V, Mota JC, Cardoso TDA, Ballester P, Carbonell B, Bastos FI, Kapczinski F Depressão, ansiedade e estilo de vida entre trabalhadores essenciais: uma pesquisa na web do Brasil e da Espanha durante a pandemia de COVID-19 *J Med Internet Res* 2020;22(10):e22835 DOI: [10.2196/22835](https://doi.org/10.2196/22835)
64. Alves LI do N, et al. Condições de trabalho e saúde de profissionais da linha de frente na pandemia de covid-19. *Saúde Debate*. 2024;48(141):e8791.
65. Maluf RS. II VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2022.
66. Albuquerque EdM e, Jayme Jr FG, Britto G. Crise, pandemia e alternativas. 2022. Disponível em: https://cedeplar.ufmg.br/wp-content/uploads/2022/11/Crise-pandemia-alternativas_SL.pdf.
67. PNUD, Ipea, FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. Brasília: PNUD; 2014. 120 pág. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil). ISBN 978-85-88201-21-7.
68. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Belo Horizonte 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html>.
69. Chu DK, Akl EA, Duda S, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2020 [acesso em 2021 maio 3]; (395):1973-1987. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931142-9>
» <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931142-9>
70. Moreira, M. de F., Meirelles, L. C., & Cunha, L. A. M.. (2021). Covid-19 no ambiente de trabalho e suas consequências à saúde dos trabalhadores. *Saúde Em Debate*, 45(spe2), 107–122. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E208>
71. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segur*.

- Aliment. Nutr. [Internet]. 10º de fevereiro de 2015 [citado 6º de setembro de 2024];16(2):1-19.
72. Sperandio N, Morais DC, Priore SE. Escalas de percepção da insegurança alimentar validadas: a experiência dos países da América Latina e Caribe. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(2):449-62.
73. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2020). Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil (65 p). Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento, IBGE.
74. Que és Codex Alimentarius. Secretaría del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Roma; 2006.
75. Araújo, TM, & Karasek, R. (2008). Validade e confiabilidade do Job Content Questionnaire em empregos formais e informais no Brasil. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34, 52-59.
76. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. Genebra, Switzerland 1995. ISBN:92-4-120854-6
77. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief. [Internet]. 2 Mar 2022.
78. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986 Jan;148:23-6. doi: 10.1192/bjp.148.1.23. PMID: 3955316.
79. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 fev;24(2):380–90.

APÊNDICE

Apêndice A

Análise dos condicionantes ocupacionais e de saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares: estudo longitudinal – Coleta em 2022

1. Número de Identificação: _____ **2. Entrevistador:** _____

3. Data da entrevista: ____/____/____ (Entrevistador registre a data) **4. Horário de início:** _____

5. Restaurante Popular

(1) Barreiro (2) Centro (3) Hospitalar (4) Venda Nova (5) Câmara Municipal

I) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

I.1) Nome Completo: _____

I.2) Endereço: _____

I.3) CEP: _____ I.4) Telefone de contato: _____ I.5) Celular: _____

I.6) Sexo: (0) Feminino (1) Masculino (Entrevistador não faça esta pergunta apenas marque uma opção)

I.7) Qual é sua data de nascimento: ____/____/____

I.8) Idade: _____ anos completos (Entrevistador, calcule a idade a partir da data de nascimento)

I.9) Qual a cor da sua pele / etnia? (0) branca (1) preta (2) parda (3) indígena (4) amarela / oriental (5) outros

I.10) Qual o seu estado civil: (0) Casado(a)/união consensual (2) Solteiro(a)
(1) Separado(a) /divorciado(a) /desquitado(a) (3) Viúvo(a)

I.11) Qual o seu cargo no RP?

(1) Técnica Superior em Saúde	(2) Técnica Serviço de Saúde	(3) Controladora de Tesouraria
(4) Cozinheiro	(5) Auxiliar cozinha	(6) Auxiliar de Atendimento
(7) Almojarife	(8) Operador de caixa	(9) Supervisor
(10) Servente de limpeza		

I.11) Em que ano você começou a trabalhar no RP? _____

I.12) Qual o seu horário de trabalho atual no RP? (Entrevistador, estimular resposta)
_____ horário início _____ horário término

I.13) Com que frequência você trabalha mais horas do que o estipulado em seu contrato de trabalho no RP?
(Entrevistador, ler opções)

(1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca

I.14) Atualmente, você possui outro trabalho remunerado, não vinculado ao RP? Se não pular para item II.

(0) Não (1) Sim (88) não quer responder

I.14.1) Quantas horas **POR SEMANA** você trabalha neste outro local? _____

II) DADOS ECONÔMICOS

II.1) Você é o chefe da sua família? (0) Não (1) Sim

II.2) Até que série você estudou? _____ (Entrevistador escreva quantos anos de estudo abaixo).

II.2.1) Anos de estudo: _____

II.3) Qual o valor aproximado da renda bruta mensal familiar atual (considere a renda de todas as pessoas que moram na sua casa)? (0) até R\$1.192,00 (1) entre R\$1.193,00 e R\$2.384,00 (2) entre R\$2.385,00 e R\$3.576,00 (3) entre R\$3.577,00 e R\$4.768,00 (4) entre R\$4.769,00 e R\$5.960,00 (5) acima de R\$5.960,00

II.4) Quantas pessoas moram na sua casa? _____ número total de pessoas

II.4.1) Número de pessoas menores de 18 anos: _____

II.5) Qual a maior qualificação acadêmica de sua mãe? (0) ensino fundamental incompleto (1) ensino fundamental completo (2) ensino médio completo (3) ensino superior completo (4) pós-graduação

II.6) Vamos perguntar sobre a presença e quantidade de alguns itens no seu domicílio.

Inquéritos sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares

Itens	Quantidade					Grau de instrução Chefe da família		
	0	1	2	3	4 ou +			
Banheiros	0	3	7	10	14	Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	
Empregados domésticos	0	3	7	10	13	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	1	
Automóveis	0	3	5	8	11	Fundamental II completo / Médio incompleto	2	
Microcomputador	0	3	6	8	11	Médio completo / Superior incompleto	4	
Lava louça	0	3	6	6	6	Superior completo	7	
Geladeira	0	2	3	5	5	Serviços públicos		
Freezer	0	2	4	6	6			
Lava roupa	0	2	4	6	6			
DVD	0	1	3	4	6	Não	Sim	
Microondas	0	2	4	4	4	Água encanada	0	4
Motocicleta	0	1	3	3	3	Rua pavimentada	0	2
Secadora de roupa	0	2	2	2	2	Anotar soma total: _____		

III) HISTÓRIA E PERCEPÇÃO DE SAÚDE

III.1) Algum médico já lhe disse que você tem ou já teve? (Entrevistador, leia as opções)

- | | | | |
|---|---------|---------|---------------|
| III.1.1) Diabetes | (0) Não | (1) Sim | (77) Não sabe |
| III.1.2) Pressão alta | (0) Não | (1) Sim | (77) Não sabe |
| III.1.3) Colesterol e Triglicérides alto(gordura no sangue) | (0) Não | (1) Sim | (77) Não sabe |
| III.1.4) Depressão | (0) Não | (1) Sim | (77) Não sabe |
| III.1.5) Ansiedade | (0) Não | (1) Sim | (77) Não sabe |

III.2) 1. Considerando o início da pandemia do Coronavírus em março do ano de 2020, indique com que intensidade/frequência você vivenciou as situações:

III.2.2. Você diminuiu seu contato com amigos e familiares?

- (0) Nada (1) Um pouco (2) Moderadamente (3) Muito (4) Completamente

III.2.3 Você restringiu suas atividades de lazer (atividades físicas, culturais, sociais, etc)?

- (0) Nada (1) Um pouco (2) Moderadamente (3) Muito (4) Completamente

III.2.4. Você restringiu suas atividades de trabalho?

- (0) Nada (1) Um pouco (2) Moderadamente (3) Muito (4) Completamente

III.2.5. Você teve alteração na sua rotina de trabalho (carga horária diária/semanal reduzida ou home office/ teletrabalho)?

- (0) Não (1) Durante pouca parte do tempo (2) Durante grande parte do tempo (3) Durante todo o tempo

III.2.6. Você teve a sua renda (salário, ganhos eventuais, etc) reduzida?

- (0) Nada (1) Um pouco (2) Moderadamente (3) Muito (4) Completamente

III.2.7. Alguém do seu domicílio solicitou auxílio emergencial do governo?

- (0) Não solicitou (1) Sim, mas nenhum morador conseguiu (2) Sim, e pelo menos um morador conseguiu

III.2.8. Alguém do seu domicílio solicitou algum empréstimo em dinheiro?

- (0) Não solicitou (1) Sim, mas nenhum morador conseguiu (2) Sim, e pelo menos um morador conseguiu

III.2.9. Indique se você apresentou algum sintoma típico da doença (febre, tosse, dor de garganta, dificuldade para respirar, perda de olfato ou paladar, dor de cabeça, nariz entupido ou escorrendo)

- (0) Não (1) Sim

III.2.10. Indique quais providência(s) você tomou para se recuperar desses sintomas

- (0) Ficou em casa
 (1) Procurou algum profissional de saúde
 (2) Procurou algum estabelecimento de saúde (hospital, posto de saúde)
 (3) Tomou algum remédio por conta própria
 (4) Tomou algum remédio por orientação médica
 (5) Foi hospitalizado (internado)

III.2.11. Você fez algum teste para saber se estava infectado(a) pelo coronavírus? Qual o resultado?

- (0) Não fez teste para identificar o coronavírus
 (1) Fez o teste e o resultado foi negativo
 (2) Fez o teste e o resultado foi positivo
 (3) Fez o teste e o resultado foi inconclusivo
 (4) Fez o teste e ainda não recebeu o resultado

III.2.12. Algum familiar ou um amigo próximo foi hospitalizado (internado) devido à Covid-19?

- (0) Não (1) Sim

Inquéritos sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares

III.2.13. Algum familiar ou um amigo próximo faleceu devido à Covid-19?

(0) Não (1) Sim

III.3) Atualmente, você faz uso de medicamento ou de suplemento? (0) Não (1) Sim

III.4) Atualmente, você fuma cigarros? (0) Não (1) Sim

III.3.1) Se sim. Quantos cigarros fuma por dia? _____

III.3.2) Se não. Já fumou? (0) Não (1) Sim

III.3.2.1) Se sim. Há quanto tempo parou de fumar? _____

III.5) Como você classificaria seu estado de saúde? *(Entrevistador leia as alternativas)*

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Muito bom

III.6) Como você avaliaria a sua qualidade de vida? *(Entrevistador, leia as alternativas)*

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa

III.7) Você está satisfeito com o seu peso atual? (0) Não (1) Sim

III.8) Nos últimos DOZE MESES, quantos DIAS no total você esteve ausente do trabalho por problemas de saúde?

(Considerar dias corridos e faltas resultantes da realização de exames ou consultas com profissionais de saúde desde que o entrevistado tenha se ausentado do trabalho por, ao menos, um dia inteiro). _____

IV) Saúde mental

IV.1) Nos últimos 12 meses, você fez/faz uso de medicamentos antidepressivos ou calmantes ou remédios para dormir? (0) não (1) sim

IV.2) Se você fez uso destes medicamentos, eles foram prescritos por um médico?

(0) não (1) sim (2) Não faço uso destes medicamentos

IV.3) As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que puder.

IV.3.1. Dorme mal? (0) não (1) sim

IV.3.2. Tem má digestão? (0) não (1) sim

IV.3.3. Tem falta de apetite? (0) não (1) sim

IV.3.4. Tem tremores nas mãos? (0) não (1) sim

IV.3.5. Assusta-se com facilidade? (0) não (1) sim

IV.3.6. Você se cansa com facilidade? (0) não (1) sim

IV.3.7. Sente-se cansado(a) o tempo todo? (0) não (1) sim

IV.3.8. Tem se sentido triste ultimamente? (0) não (1) sim

IV.3.9. Tem chorado mais do que de costume? (0) não (1) sim

IV.3.10. Tem dores de cabeça frequentemente? (0) não (1) sim

IV.3.11. Tem tido ideia de acabar com a própria vida? (0) não (1) sim

IV.3.12. Tem dificuldade para tomar decisões? (0) não (1) sim

IV.3.13. Tem perdido o interesse pelas coisas? (0) não (1) sim

IV.3.14. Tem dificuldade de pensar com clareza? (0) não (1) sim

IV.3.15. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida? (0) não (1) sim

IV.3.16. Tem sensações desagradáveis no estômago? (0) não (1) sim

IV.3.17. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? (0) não (1) sim

IV.3.18. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? (0) não (1) sim

IV.3.19. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento? (0) não (1) sim

IV.3.20. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias? (0) não (1) sim

V) HÁBITOS ALIMENTARES E ATIVIDADE FÍSICA

V.1) Em quantos dias da semana você costuma comer **verduras ou legumes CRUS**?

(1) 1 a 2 dias (2) 3 a 4 dias (3) 5 a 6 dias (4) todos os dias *(inclusive sábado e domingo)* (5) quase nunca (6) nunca

V.2) Em quantos dias da semana você costuma comer **verduras ou legumes COZIDOS**?

(1) 1 a 2 dias (2) 3 a 4 dias (3) 5 a 6 dias (4) todos os dias *(inclusive sábado e domingo)* (5) quase nunca (6) nunca

V.3) Em quantos dias da semana você costuma comer **frutas**?

(1) 1 a 2 dias (2) 3 a 4 dias (3) 5 a 6 dias (4) todos os dias *(inclusive sábado e domingo)* (5) quase nunca (6) nunca

IV.6.1) Em um dia comum, quantas vezes você come frutas?

(1) 1 vez ao dia (2) 2 vezes ao dia (3) 3 ou mais vezes ao dia

V.4) Em quantos dias da semana você costuma beber **suco de fruta natural**?

(1) 1 a 2 dias (2) 3 a 4 dias (3) 5 a 6 dias (4) todos os dias *(inclusive sábado e domingo)* (5) quase nunca (6) nunca

IV.7.1) Em um dia comum, quantos copos de suco você bebe?

(1) 1 copo (2) 2 copos (3) 3 copos ou mais

Inquéritos sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares

V.5) Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 5 ou mais doses (homens) ou 4 ou mais doses (mulher) de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4-5 doses de bebida alcoólica seriam 4-5 latas de cerveja, 5-4 taças de vinho ou 5-4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada).

(0) Não (1) Sim (88) Não quer responder

V.6) Você participa de atividades de lazer? (são exemplos: ir ao cinema, shows, visitar amigos, ir a barzinho).

(0) Não (1) Sim (88) Não quer responder

V.7) Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

(0) Não (1) Sim (Não vale fisioterapia)

V.7.1) Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você praticou?

(1) Caminhada	(2) Caminhada em esteira	(3) Corrida
(4) Corrida em esteira	(5) Musculação	(6) Aeróbico
(7) Ginástica em geral	(8) Hidroginástica	(9) Natação
(10) Artes marciais e luta	(11) Bicicleta	(12) Futebol/futsal
(13) Basquete	(14) Vôlei	(15) Tênis
(16) Dança	(17) Outro: _____	(99) Não se aplica

V.7.2) Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

(1) 1 a 2 dias (2) 3 a 4 dias
(3) 5 a 6 dias (4) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
(99) Não se aplica

V.7.3) No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura a atividade?

(1) menos de 10 minutos (2) entre 10 e 19 minutos
(3) entre 20 e 29 minutos (4) entre 30 e 39 minutos
(5) entre 40 e 49 minutos (6) entre 50 e 59 minutos
(7) mais que 60 minutos (99) Não se aplica

VI) ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR

Atenção: Em todos os quesitos, você deve se referir aos ÚLTIMOS 3 MESES para orientar a resposta do(a) entrevistado(a). Algumas perguntas são parecidas umas com as outras, mas é importante que todas sejam respondidas.

Entrevistador volte na primeira parte do questionário e verifique se na residência há menores de 18 anos. Atenção para as perguntas relativas aos menores de 18 anos.

VI.1) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?

(0) Não (0 ponto) (Se não vá para a questão IV.2) (1) Sim (1 ponto)

V.1.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.2) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, a comida acabou antes que tivesse dinheiro para comprar mais?

(0) Não (0 ponto) (Se não vá para a questão IV.3) (1) Sim (1 ponto)

V.2.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.3) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

(0) Não (0 ponto) (Se não vá para a questão IV.4) (1) Sim (1 ponto)

V.3.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.4) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve que se dispor ("abrir mão") em apenas alguns tipos de alimentos para alimentar os moradores com **menos de 18 anos**, por que o dinheiro acabou?

(0) Não (0 ponto) (Se não vá para a questão IV.5) (1) Sim (1 ponto) (99) Não se aplica

V.4.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.5) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

(0) Não (0 ponto) (Se não vá para a questão IV.6) (1) Sim (1 ponto)

V.5.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.6) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?

Inquéritos sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.7)* (1) Sim (1 ponto)

VI.6.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.7) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.8)* (1) Sim (1 ponto)

VI.7.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.8) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.9)* (1) Sim (1 ponto)

VI.8.1) A quantidade de peso que perdeu foi:

(1) Pequena (3) Muita (99) Não se aplica
(2) Média (77) Não sabe

VI.9) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.10)* (1) Sim (1 ponto)

VI.9.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.10) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você não pôde oferecer a algum morador com **menos de 18 anos**, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.11)* (1) Sim (1 ponto) (99) Não se aplica

VI.10.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.11) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com **menos de 18 anos** não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.12)* (1) Sim (1 ponto) (99) Não se aplica

VI.11.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.12) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com **menos de 18 anos**, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.13)* (1) Sim (1 ponto) (99) Não se aplica

VI.12.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.13) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, alguma vez alguma morador com **menos de 18 anos** deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.14)* (1) Sim (1 ponto) (99) Não se aplica

VI.13.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.14) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com **menos de 18 anos** teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?

(0) Não (0 ponto) *(Se não vá para a questão IV.15)* (1) Sim (1 ponto) (99) Não se aplica

VI.14.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.15) Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com **menos de 18 anos** ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?

(0) Não (0 ponto) *(Se não finalize o questionário)* (1) Sim (1 ponto) (99) Não se aplica

VI.15.1) Com que frequência?

(1) Em quase todos os dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (99) Não se aplica
(2) Em alguns dias (77) Não sabe

VI.16) Somatório dos pontos: _____

Inquéritos sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores dos Restaurantes Populares

VI.16.1) **Famílias com menores de 18 anos:**

- (0) 0 pontos – Segurança Alimentar
 (1) 1 a 5 pontos – Insegurança Alimentar Leve
 (2) 6 a 10 pontos – Insegurança Alimentar Moderada
 (3) 11 a 15 pontos – Insegurança Alimentar Grave

VI.16.2) **Famílias sem menores de 18 anos**

- (0) 0 pontos – Segurança Alimentar
 (1) 1 a 3 pontos – Insegurança Alimentar Leve
 (2) 4 a 6 pontos – Insegurança Alimentar Moderada
 (3) 7 a 8 pontos – Insegurança Alimentar Grave

VII) ASPECTOS ERGONÔMICOS E AMBIENTE DE TRABALHO

- VII.1) Seu trabalho no RP exige que você fique em pé por muito tempo?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VII.2) Seu trabalho no RP exige que você fique sentado por muito tempo?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VII.3) Durante o seu horário de trabalho no RP, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VII.4) Com que frequência o ruído no seu local de trabalho no RP é tão forte que você precisa elevar a voz para conversar com outra pessoa?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VII.5) Em geral, a ventilação do seu local de trabalho no RP é:
 (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Boa (5) Muito boa
- VII.6) Em geral, a iluminação do seu local de trabalho no RP é:
 (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Boa (5) Muito boa
- VII.7) Em geral, a temperatura do seu local de trabalho no RP é:
 (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Boa (5) Muito boa

VIII) ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E VIOLÊNCIA NO TRABALHO

- VIII.1) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.2) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.3) Seu trabalho exige demais de você?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.4) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.5) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.6) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.7) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.8) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.9) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.10) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.11) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.12) Existe um ambiente calmo e agradável onde você trabalha?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.13) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.14) Você pode contar com o apoio dos seus colegas de trabalho?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.15) Se não estiver num bom dia, seus colegas compreendem?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.16) No trabalho, você se relaciona bem com os seus chefes?
 (1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca
- VIII.17) No trabalho, você se relaciona bem com os seus colegas?

Inquéritos sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores dos restaurantes populares
(1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca ou quase nunca

VIII.18) Nos últimos 12 meses, você sofreu **violência verbal** no seu serviço?

(1) nunca (2) uma vez (3) algumas vezes

VI.18.1) Foi praticada por quem?

(1) chefia/superiores (2) colegas de trabalho (3) frequentadores do RP

VIII.19) Nos últimos 12 meses, você sofreu **violência física** no seu serviço?

(1) nunca (2) uma vez (3) algumas vezes

VIII.19.1) Foi praticada por quem?

(1) chefia/superiores (2) colegas de trabalho (3) frequentadores do RP

Atenção: Entrevistador, favor aferir as medidas abaixo:

VIV.1) Peso: _____ kg

VIV.2) Estatura: _____ metros

VIVI.3) Circunferência da Cintura (CC): _____ cm _____ cm _____ cm

VIII.4) Média das medidas da CC: _____ cm

1. Horário de término: _____

2. Duração total da entrevista: _____ minutos