

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

BRUNA EDUARDA VARGAS SANTANA

**PRINCIPAIS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES EM COZINHEIROS DE  
RESTAURANTES NO SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO EM GOIÂNIA**

GOIÂNIA  
2020

BRUNA EDUARDA VARGAS SANTANA

**PRINCIPAIS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES EM COZINHEIROS DE RESTAURANTES NO SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO EM GOIÂNIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Pontifícia Universidade Católica de Goiás como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Bacharel em Fisioterapia.

Sob a orientação: Prof.<sup>a</sup> Me. Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz.

GOIÂNIA  
2020

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**AVALIAÇÃO ESCRITA**

**Título do trabalho:** PRINCIPAIS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES EM COZINHEIROS DE RESTAURANTES NO SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO EM GOIÂNIA

**Acadêmico (a):** Bruna Eduarda Vargas Santana

**Orientador (a):** Prof. Ms. Cristiane Leal de M. Silva Ferraz.

**Data:**...../...../.....

<b>AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)</b>		
<b>Item</b>		
<b>1.</b>	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
<b>2.</b>	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
<b>3.</b>	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto	
<b>4.</b>	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário	
<b>5.</b>	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
<b>6.</b>	Discussão** – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
<b>7.</b>	Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
<b>8.</b>	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
<b>9.</b>	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC	
<b>10.</b>	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer as normas da língua portuguesa	
Total		
Média (Total /10)		

Assinatura do examinador: \_\_\_\_\_

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE**  
**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL**

<b>ITENS PARA AVALIAÇÃO</b>	<b>VALOR</b>	<b>NOTA</b>
<b>Quanto aos Recursos</b>		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
<b>Quanto ao Apresentador:</b>		
4. Capacidade de Exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na Apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

**Avaliador:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

Dedico esta pesquisa a todos os profissionais da área de alimentação, que desempenham um papel de extrema importância em nossa sociedade. E que eu tive o privilégio de fazer parte da equipe e um dos restaurantes participantes desta pesquisa por um período de quatro anos. Dedico com todo o meu carinho para todos os profissionais de restaurantes.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, em especialmente: A Deus, a quem devo minha vida. A minha mãe que sempre me apoiou nas minhas escolhas tomadas. A equipe do restaurante Mistura Fina que sempre esteve ao meu lado nos últimos quatro anos. Ao Estevão por sempre me compreender e está comigo em todos os momentos da minha vida, me apoiando sempre. A minha querida orientadora Prof. Ms. Cristiane Leal de M. Silva Ferraz que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho. Aos meus colegas de universidade pelo companheirismo e disponibilidade para me auxiliar em vários momentos.

## SUMÁRIO

<b>TÍTULO.....</b>	<b>8</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

## **TÍTULO**

Principais Sintomas Osteomusculares em Cozinheiros de Restaurantes no Setor Leste Universitário  
em Goiânia

Main Musculoskeletal Symptoms In Restaurant Cooks In The Eastern University Sector In Goiânia

Bruna Eduarda Vargas Santana<sup>1</sup>, Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás,  
Brasil.

<sup>2</sup>Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC) -  
Goiânia (GO), Brasil. Docente e Pesquisadora do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás (PUC) - Goiânia (GO), Brasil.

Titulo condensado: Sintomas Osteomusculares em Cozinheiros de Restaurantes.

Endereço para correspondência: Bruna Eduarda Vargas Santana – Rua Maria Wilma Pacheco,  
Condomínio Residencial Corumbá Casa 15 – Goiânia (GO), Brasil – CEP: 74355690

E-mail: brunaeduardavs@hotmail.com.

Fonte de financiamento: Nada a declarar

## **RESUMO**

**OBJETIVO:** Fazer um levantamento sociodemográfico, laboral, de aspectos clínicos e sintomas osteomusculares em cozinheiros que trabalham em restaurantes. **METODOLOGIA:** Trate-se de um estudo observacional, descritivo e transversal de abordagem quantitativa, realizado em 6 restaurantes localizados no setor Leste Universitário em Goiânia, com 15 cozinheiros. Aplicou-se questionários de dados sociodemográficos, laborais e aspectos clínicos e o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares. **RESULTADOS:** A amostra constitui-se em sua maioria do sexo feminino (80,0%), com idade entre 35 a 64 anos (73,4%) e solteira (53,3%). A maior parte dos entrevistados trabalha como cozinheiro na mesma empresa há mais de 2 anos (93,3%). Observou-se que as regiões mais citadas foram, parte inferior das costas (60,0%) e tornozelo/pé (73,3%). **CONCLUSÃO:** Apesar dos cozinheiros terem um papel importante na sociedade, ainda não recebem a atenção necessária com relação aos fatores de riscos físicos e ambientais da cozinha, que são os responsáveis por danos ao sistema musculoesquelético.

**Palavras-chaves:** Cozinheiros, Restaurantes, Saúde do trabalhador, Sintomas, Osteomusculares.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To conduct a sociodemographic, labor, clinical aspects and musculoskeletal symptoms survey in cooks working in restaurants. **METHODOLOGY:** This is an observational, descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in 6 restaurants located in the Eastern University sector in Goiânia, with 15 cooks. Sociodemographic, labor and clinical data questionnaires and the Nordic Musculoskeletal Symptoms Questionnaire were applied. **RESULTS:**

The sample consists mostly of females (80.0%), aged between 35 and 64 years (73.4%) and single (53.3%). Most respondents have been working as a cook in the same company for more than 2 years (93.3%). It was observed that the most cited regions were the lower back (60.0%) and the ankle/foot (73.3%). **CONCLUSION:** Although cooks play an important role in society, they still do not receive the necessary attention in relation to the physical and environmental risk factors of the kitchen, which are responsible for damage to the musculoskeletal system.

**Keywords:** Cooks, Restaurants, Occupational Health, Symptoms, Musculoskeletal.

## 1 INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho tem acarretado um adoecimento da população, sendo frequentes dois distúrbios musculoesqueléticos entre os trabalhadores, as Lesões por esforços repetitivos (LER) e as Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), ambos tendo como causa, o uso excessivo do sistema musculoesquelético e o pouco tempo de descanso<sup>1</sup>.

Estes distúrbios têm origem multifatorial estando diretamente ligados aos fatores de riscos ocupacionais, tais como, falta de planejamento ergonômico, movimentos repetitivos por longo prazo,

posturas inadequadas, impactos e sobrecarga sobre determinado segmento corporal<sup>2,3</sup>. São mais comuns entre as mulheres pois, além dos fatores de risco ocupacionais, existem diversos fatores sociais que, coletivamente, contribuem com o adoecimento das mulheres. Embora as mulheres tenham alcançado o desenvolvimento social ao entrar no mercado de trabalho, ainda enfrentam vários obstáculos. Por exemplo, em muitos casos, o salário é menor do que o dos homens e jornada de trabalho maior, além da dupla jornada de trabalho que une trabalho e tarefas doméstico<sup>4</sup>.

Consideram-se distúrbios musculoesqueléticos as diversas doenças que afetam o sistema musculoesquelético, podendo agravar-se conforme as condições de trabalho e a exposição dos trabalhadores aos fatores de risco, sendo característica a piora dos sintomas ao final do dia, após longas horas de trabalho com melhora ao descanso<sup>2</sup>. Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde revela que LER e DORT são as doenças mais frequentes no Brasil, com maior número de incidência entre faxineiros, operadores de máquinas e cozinheiros<sup>5</sup>.

Atualmente, define-se a profissão cozinheiro, como sendo o profissional que manipula e prepara alimentos. Por sua vez, o termo cozinheiro, de maneira geral, pode ser utilizado para definir cozinheiros de restaurantes e outros estabelecimentos<sup>6</sup>. Sabe-se que a cozinha tem como sua principal característica as atividades realizadas com a utilização excessiva dos membros superiores e da coluna vertebral, além de trazer prejuízos aos membros inferiores pela permanência prolongada na posição ortostática. Esta atividade laboral, causa danos e sobrecarga ao sistema musculoesquelético e representa um problema na saúde pública<sup>1,7</sup>.

O ritmo intenso da jornada de trabalho, condições de trabalho inadequadas e fatores psicossociais contribuem para o cansaço excessivo e, até mesmo, queda da produtividade, interferido diretamente na qualidade de vida desses profissionais<sup>7,8</sup>. De acordo com a literatura, a dor no pescoço, ombro, região lombar, tornozelos e pés são os sintomas osteomusculares mais frequentes entre trabalhadores da cozinha é descrita como dor, sensação de peso e parestesia<sup>3,9</sup>.

Estudos têm demonstrado que, na visão dos trabalhadores da cozinha, os fatores que contribuem para os sintomas são caminhar, ficar tempo prologando na postura de pé e levantar, transportar, descarregar materiais e ainda relatam que a melhora dos sintomas ocorre somente com o uso de medicamentos. Quanto ao tempo de início dos sintomas trabalhadores relataram que nos últimos três anos tornaram mais frequentes<sup>9,10</sup>.

Compreender o ambiente de trabalho em todas as suas perspectivas, bem como, sua influência na qualidade de vida e suas repercussões na saúde do trabalhador, permite criar estratégias para reduzir danos físicos e emocionais e, mais especificamente, reduzir a frequência de lesões osteomusculares em cozinheiros<sup>11</sup>. No meio empresarial já existe um crescimento lento da ideia de que a melhoria da qualidade de vida dos funcionários está ligada à maior produtividade, mostrado

que investir na saúde preventiva deve fazer parte de toda empresa<sup>12</sup>. Diante disso, o presente estudo teve por objetivo fazer um levantamento sociodemográfico, laboral, de aspectos clínicos e sintomas osteomusculares em cozinheiros que trabalham em restaurantes.

## **2 METODOLOGIA**

Trate-se de um estudo observacional, descritivo e transversal de abordagem quantitativa, realizado em seis restaurantes localizados no setor Leste Universitário em Goiânia. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa com Seres Humanos (C.A.E.E. nº 29493120.7.0000.0037). Foram entrevistados 15 cozinheiros e aplicados dois questionários, um abrangendo dados sociodemográficos, laborais e aspectos clínicos - elaborados pelas pesquisadoras - e o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO), adaptado culturalmente para o idioma português<sup>13</sup>.

Foi utilizado, como critério de inclusão: homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; ser cozinheiro há, pelo menos, três meses; trabalhar em um dos restaurantes selecionados para o estudo; e, concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão: cozinheiros que se recusaram a participar do estudo; cozinheiros que estavam em outra função; cozinheiros afastados do trabalho ou não estavam presentes na coleta de dados.

Para os que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram entregues os questionários dentro de um envelope e recebidos após seu preenchimento. O TCLE foi recolhido separadamente para evitar qualquer tipo de identificação do participante. O convite para participação do estudo e a explicação sobre a pesquisa e instrumentos de avaliação foram realizados individualmente, em local tranquilo e privado no próprio restaurante em que o participante trabalhava, sendo previamente agendado o encontro, considerando-se o horário compatível com a rotina do estabelecimento e dos entrevistados.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do pacote estatístico SPSS, (26,0). A caracterização do perfil demográfico, aspectos clínicos e a prevalência de sintomas osteomusculares foi realizada por meio de frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). A significância das prevalências observadas foi verificada utilizando o teste do Qui-quadrado para uma amostra. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. O escore do QNSO foi gerado a partir da soma dos sintomas em cada região, podendo alcançar um valor máximo de 9 pontos. A comparação dos escores do QNSO com as variáveis exploratórias foi feita aplicando-se o teste de Mann-Whitney. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3 RESULTADOS

A amostra constitui-se em sua maioria do sexo feminino (80,0%), com idade entre 35 a 64 anos (73,4%) e solteira (53,3%). A maior parte dos entrevistados trabalha como cozinheiro na mesma empresa há mais de 2 anos (93,3%) e não pratica atividade física (80,0%), conforme (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico e laboral.

	N	%	<i>p</i> *
<b>Sexo</b>			
Feminino	12	80,0	<b>0,02</b>
Masculino	3	20,0	
<b>Faixa etária</b>			
18 a 24	2	13,3	0,21
25 a 34	2	13,3	
35 a 44	4	26,7	
45 a 64	7	46,7	
<b>Estado civil</b>			
Casado	5	33,3	0,16
Solteira	8	53,3	
Viúva	2	13,3	
<b>Tempo de cozinheiro</b>			
3 a 6 meses	1	6,7	<b>0,01</b>
Há mais de 2 anos	14	93,3	
<b>Tempo na empresa</b>			
11 meses a 2 anos	1	6,7	<b>0,01</b>
Há mais de 2 anos	14	93,3	
<b>Atividade física</b>			
Não	12	80,0	<b>0,02</b>
Sim	3	20,0	

\*Qui-quadrado para uma amostra; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; na = não se aplica

De acordo com as características dos aspectos clínicos dos participantes, foi observado que 80,0% não tem Diagnóstico de DORT/LER, 93,9% não faz acompanhamento

Médico/Fisioterapêutico. 60% da população faz uso de medicamentos com 66,7% fazendo uso semanalmente para alívio dos sintomas osteomusculares (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos aspectos clínicos.

	N	%	<i>p</i> *
<b>Diagnóstico DOR/LER</b>			
Não	12	80,0	<b>0,02</b>
Sim	3	20,0	
<b>Acompanhamento médico/fisio</b>			
Não	14	93,3	<b>0,01</b>
Sim	1	6,7	
<b>Uso de medicamento</b>			
Não	6	40,0	0,43
Sim	9	60,0	
<b>Frequência de uso do medicamento</b>			
Diariamente	1	11,1	<b>0,04</b>
Mensalmente	2	22,2	
Semanalmente	6	66,7†	

\*Qui-quadrado para uma amostra; †*Posthoc*; n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Em relação aos sintomas osteomusculares relacionados aos últimos 12 meses, observou-se que as regiões mais citadas foram parte inferior das costas (60,0%) e tornozelo/Pé (73,3%). Já em relação aos últimos 7 dias somente a região de Tornozelo/Pé teve significância estatística com média de 60,0%, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Prevalência de sintomas osteomusculares.

QNSO n (%)

	12 meses (Sintomas)	12 meses (Impedimento)	12 meses (Consulta)	7 dias (Problemas)
Pescoço	3 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)
Ombro	5 (33,3)	1 (6,7)	2 (13,3)	1 (6,7)
Parte superior das costas	8 (53,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (20,0)
Cotovelos	1 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Punho/Mão	7 (46,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Parte inferior das costas	9 (60,0)*	1 (6,7)	2 (13,3)	6 (40,0)
Quadril/Cochas	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (6,7)	1 (6,7)
Joelhos	7 (46,7)	1 (6,7)	2 (13,3)	2 (13,3)
Tornozelo/Pé	11 (73,3)*	2 (13,3)	3 (20,0)	9 (60,0)*

\*Qui-quadrado para uma amostra ( $p < 0,05$ ); n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Foram comparadas variáveis do Questionário Sociodemográfico e o escores do Questionário Nórdico (QNSO). Os resultados demonstraram que, nos participantes com diagnóstico de DORT/LER, a média foi significativamente maior nos escores (QNSO) que indicavam a presença de sintomas nos últimos 12 meses ( $p = 0,04$ ), bem como, a realização de consulta Médica/Fisioterapêutica, nos últimos 12 meses, em decorrência de algum sintoma ( $p = 0,03$ ). Além disso, os participantes que utilizavam medicamento para alívio dos sintomas apresentaram uma média maior no escores que indicavam presença de sintomas nos últimos 12 meses ( $p = 0,01$ ). Não houve diferença estatística significativa nas variáveis relacionadas ao sexo dos participantes e da prática de atividade física com o escores do QNSO (Tabela 4).

Tabela 4. Resultado da comparação dos escores QNSO com as demais variáveis exploratórias.

	Escore QNSO (Média ± Desvio padrão)			
	12 meses (Sintomas)	12 meses (Impedimento)	12 meses (Consulta)	7 dias (Problemas)
<b>Sexo</b>	p = 0,84	p = 0,44	p = 0,63	p = 0,93
Feminino	3,58 ± 2,23	0,50 ± 0,90	0,75 ± 0,97	1,42 ± 1,00
Masculino	3,33 ± 2,08	0,00 ± 0,00	0,33 ± 0,58	2,00 ± 2,65
<b>Atividade física</b>	p = 0,73	p = 0,73	p = 0,36	p = 0,84
Não	3,25 ± 1,54	0,25 ± 0,45	0,50 ± 0,67	1,58 ± 1,51
Sim	4,67 ± 4,04	1,00 ± 1,73	1,33 ± 1,53	1,33 ± 0,58
<b>Diagnóstico DOR/LER</b>	<b>p = 0,04</b>	p = 0,73	<b>p = 0,03</b>	p = 0,25
Não	2,92 ± 1,56	0,25 ± 0,45	0,42 ± 0,67	1,25 ± 1,06
Sim	6,00 ± 2,65	1,00 ± 1,73	1,67 ± 1,15	2,67 ± 2,08
<b>Uso de medicamento</b>	<b>p = 0,01</b>	p = 0,60	p = 0,44	p = 0,80
Não	1,83 ± 1,47	0,17 ± 0,41	0,50 ± 0,84	1,33 ± 0,82
Sim	4,67 ± 1,73	0,56 ± 1,01	0,78 ± 0,97	1,67 ± 1,66

\*Teste de Mann-Whitney

---

## 4 DISCUSSÃO

Os dados obtidos neste estudo evidenciam que a amostra é composta, em sua maioria, por mulheres com idade entre 35 a 64 anos (73,4%) e com tempo médio de trabalho como cozinheiro superior a 2 anos (93,3%). O conhecimento destes dados são importantes porque as características sociodemográficas estão ligadas aos distúrbios musculoesqueléticos. Os Trabalhadores mais velhos são mais suscetíveis aos distúrbios musculoesqueléticos decorrentes da exposição acumulada aos fatores de risco ocupacionais, tais como, esforço físico intenso, trabalho manual/repetitivo e jornada excessiva. Esses fatores de risco são responsáveis por uma maior probabilidade de acometimento de lesões, dor e desconforto ao trabalhador, especialmente se mais velhos<sup>14</sup>.

Os dados encontrados neste estudo foram semelhantes ao de Isosaki *et al.*<sup>10</sup>, em estudo com trabalhadores de um serviço de nutrição hospitalar em São Paulo. A maioria dos participantes do estudo (81,0%) era composta por mulheres, com tempo médio de trabalho de 9,3 anos. Por sua vez, Casaratto e Mendes<sup>7</sup> avaliaram cozinheiros de restaurantes universitários e de um hospital pediátrico em São Paulo, também apresentando uma maioria (74,0%) de mulheres participantes, com tempo médio 8,18 anos de atividade. Contudo, nem sempre esse perfil se confirma nas populações estudadas. Em pesquisa realizada por Sallen *et al.*<sup>15</sup> na Malásia observou-se que (61,67%) da amostra foi composta por homens relativamente jovens, com idade até 34 anos (60%).

A diferença de gênero entre os estudos realizados no Brasil, quando comparados às pesquisas desenvolvidas em países asiáticos, cuja a proporção de homens trabalhando na cozinha é alta<sup>15,16</sup>, reforçam a influência cultural na ocupação dos espaços de trabalhos. No Brasil, mulheres ocupam tradicionalmente os postos de execução de atividades nas cozinhas e, por sua vez, os cargos de comando são ocupados por homens. Os famosos “Chefs” de cozinha, aqueles que dão ordem e definem os papéis dos funcionários são predominantemente homens, relegando às mulheres posições subalternizadas, mecânicas e repetitivas, justificando as altas taxas de lesões musculoesqueléticas nessa população.

Neste contexto, Silva *et al.*<sup>18</sup> ressalta que, no processo de preparo de alimentos existe uma hierarquia nas categorias de profissionais da cozinha. As organizações com níveis de hierarquia mais altos são ocupadas, em sua maioria, por homens. Por sua vez, os níveis mais baixos são compostos, em sua maioria, por mulheres. Assim, na cozinha profissional, em que os homens ocupam cargos superiores, o trabalho feminino é visto como um complemento ao trabalho do homem.

Os dados relativos à questão de saúde evidenciaram que, no presente estudo, os cozinheiros não possuem o diagnóstico de DORT/LER (80,0%) , não fazem o acompanhamento dos sintomas

(93,9%) e fazem alto uso medicamentos para alívio dos sintomas (60,0%).

Os sintomas osteomusculares nos últimos 12 meses foram mais citados as regiões de parte inferior das costas (lombar) (63,0%), tornozelo e pé (73,3%) e nos últimos 7 dias tornozelo e pé (60,0%). Os dados encontrados neste estudo foram semelhantes ao de Isosaki *et al.*<sup>10</sup>, cujo estudo evidenciou uma alta prevalência de sintomas osteomusculares em membros inferiores (65%), ombros (55%) e região da cintura (39%). Da mesma forma, Subramaniam e Murugesan<sup>16</sup>, observou na população que participou de seu estudo, uma prevalência dos sintomas osteomusculares na região de parte inferior de costas (lombar) (65,8%), dedos/punhos (43,9%) e joelhos/pés (42,1%). No mesmo sentido, em estudo realizado por Haukka *et al.*<sup>3</sup>, verificou-se que 87% dos participantes apresentaram sintomas osteomusculares e 73% relataram sintomas em mais de uma região do corpo.

Uma explicação para a alta incidência de sintomas osteomusculares nesta população é encontrada em estudo realizado por Subramaniam e Murugesan<sup>16</sup> com 114 homens trabalhadores da cozinha na Índia. Os participantes do estudo relataram que trabalham com uso da força excessiva (68,4%), com levantamento e tração de pesos (82,5%) e por tempo prolongado de na postura ortostática (89,5%). Para o autor, a realização de atividades envolvendo movimentos repetitivos e postura inadequada sobrecarregam o sistema músculos-esquelética e promovem o surgimento e agravamento de lesões.

No estudo de Junior *et al.*<sup>19</sup> realizado em um Restaurante Universitário da Universidade Federal da Paraíba identificou-se diversos riscos ambientais que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores da cozinha. Os riscos físicos que são compostos por ruído, calor e umidade, os riscos químicos como vapores e produtos de limpeza, os riscos biológicos fungos e bactérias que foram identificados no chão e no ar da cozinha, os riscos ergonômicos e que esta relacionado ao esforço físico e de posturas inadequadas e os riscos de acidentes relacionados ao trabalho.

Casaratto e Mendes<sup>7</sup> observaram que além dos fatores de risco físicos, o ambiente da cozinha traz riscos para os trabalhadores como, os utensílios cortantes, piso molhado e escorregadio, temperatura alta com pouca circulação de ar, que podem facilmente causar acidentes com cortes, quedas e queimaduras. Tais dados evidenciam que os efeitos da exposição a fatores de risco físicos e ambientais por sobrecarga, falta de planejamento ergonômico e organização, contribuem para o adoecimento dessa população e traz diversas consequências no decorrer da vida desses profissionais, afetado diretamente sua qualidade de vida.

Na pesquisa de Sant'anna *et al.*<sup>20</sup> relatou-se que as principais queixas dos cozinheiros foram quedas causadas pelo piso escorregadio da cozinha e dores nos membros superiores e inferiores. Esses cozinheiros tinham jornada de trabalho de 8 horas por dia, com permanência de 7 horas na postura ortostática, um fator que contribui para o esforço físico e cansaço excessivo, trazendo prejuízos ao

sistema circulatório do trabalhador, favorecendo, assim, o aparecimento de sintomas osteomusculares com dor, câibras, espasmos e fraqueza ao final da jornada de trabalho.

Merece atenção o fato de, entre os indivíduos que desenvolveram sintomas nos últimos 12 meses, a maioria fazer uso de medicamentos para aliviar os sintomas (60,0% ). Considerando a ausência de diagnóstico e a falta de acompanhamento por profissional da saúde, esse dado evidencia a realização de automedicação pelos cozinheiros para alívio da dor. Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública que exige cuidado. É importante compreender os motivos pelos quais os cozinheiros não buscam atendimento de saúde.

A saúde pública no Brasil, a despeito de ser uma referência mundial, enfrenta diversos desafios, tais como a falta de profissionais da saúde, leitos, investimento financeiro, tendo como consequência, uma espera significativa e prejudicial para atendimento da população. Em parte, isso ocorre pelo mau gerenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que é preocupante se considerarmos que, cerca de 75% da população brasileira depende do SUS<sup>21</sup>. É neste contexto que se encontram os cozinheiros, o que justifica a automedicação e o baixo acompanhamento médico.

No estudo realizado por Szwarcwald *et al.*<sup>22</sup> mostrou que o tempo de espera por um atendimento entre os estabelecimentos de saúde pública pode variar de 60 minutos a mais de 2 horas, sendo que, 53,1% da população procura atendimento somente por motivo de doenças já instaladas ou acidentes e 35,7% para realização de exames periódicos. A demora por atendimento leva a desistência, justificando a procura por atendimento apenas quando já há uma doença instalada e com sintomas que interferem nas atividades de vida diária. Este cenário propicia um descaso com a saúde preventiva e estimula a automedicação, hábito comum entre 77% dos brasileiros<sup>23</sup>.

## **5 CONCLUSÃO**

Foi possível observar a presença de sintomas osteomusculares na população estudada, destacando-se as queixas nas partes inferior das costas, e tornozelo e pé. Além disto, alto índice de automedicação e baixa procura por assistência de saúde nessa população.

Apesar de estes profissionais terem um papel importante na sociedade, ainda não recebem a atenção necessária com relação aos fatores de riscos físicos e ambientais da cozinha, que são os responsáveis por danos ao sistema musculoesquelético. Portanto, este estudo traz contribuições importantes para a literatura, devido à carência de pesquisas nesta área, enriquecendo o conhecimento sobre a temática. Por fim, sugere-se políticas públicas e investimento na saúde preventiva para os cozinheiros.

## REFERÊNCIAS

- 1-Brasil. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER) distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). 10 ed. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde, Editora Ministério da Saúde, Brasília; 2012. [acesso em 07 set 2020]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor\\_relacionada\\_trabalho\\_ler\\_dort.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf).
- 2- Assunção AÁ, Vilela LVO. Lesões por esforços repetitivos: Guia Para Profissionais de Saúde. 1ed. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, Belo Horizonte; 2009. [acesso em 07 set 2020]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_ler\\_guiaprofissional\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_ler_guiaprofissional_1.pdf).
- 3-Haukka E, Leino-Arias P, Ranta RSS, Viikari-Juntura E, Riihimäki H. Co-occurrence of musculoskeletal pain among female kitchen workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;80(2):141-148.
- 4-Leolatto CL, Brehmer LCF, Miranda FAC. As várias faces das lesões por esforço repetitivo e das osteomusculares relacionadas ao trabalho. *Rev APS*. 2013;16(1):66-74.
- 5-Maciél V. LER e DORT são as doenças que mais acometem os trabalhadores, aponta estudo. Ministério da Saúde, 2019. [acesso em 08 set 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ler-e-dort-sao-as-doencas-que-mais-acometem-os-trabalhadores-aponta-estudo>.
- 6- Miessa VP. Introdução à gastronomia. Instituto federal do Paraná - Educação a distância, Curitiba-PR; 2013. [acesso em 08 set 2020]. Disponível em: <http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/1350/Introducao%20a%20gastronomia.pdf?sequence=1>.
- 7-Casarotto RA, Mendes LF. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. *Rev. Bras. Saúde Ocup*. 2003;28(107/108):119-126.
- 8-Haukka E, Leino-Arjas P, Ojajärvi A, Takala EP, Viikari-Juntura E, Riihimäki H. Mental stress and psychosocial factors at work in relation to multiple-site musculoskeletal pain: a longitudinal study of kitchen workers. *Eur J Pain*. 2011;15(4):432-438.
- 9-Isosaki M, Cardoso E, Rocha LE. Condições de trabalho e prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um serviço hospitalar de nutrição localizado em São Paulo, Brasil. *Rev. Adm. Saúde*. 2013;15(59):54-62.
- 10- Isosaki M, Cardoso E, Rocha LE, Glina DMR, Alves ACC, Rocha LR. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. *Rev. Bras. Saúde Ocup*. 2011;36(124):238-246.
- 11-Monteiro MAM, Ramos CGC, Ribeiro RC, Garcia MAVT. Condições de trabalho em restaurantes comerciais de uma instituição pública de ensino. *Rev. O Mundo da Saúde*. 2014;38(3):306-313.
- 12- Nalle GS, Vieira PM, Sousa AA, Pacheco EAC, Aragão AS, Dutra FCMS. Qualidade de vida de manipuladores de alimentos em restaurantes industriais. *REFACS (online)*. 2018;6(2):581-590.

- 13- Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do questionário nórdico de sintomas osteomusculares como medida de morbidade. Rev. Saúde Pública. 2020;36(3):307-312.
- 14- Soares CO, Pereira BF, Gomes MVP, Marcondes LP, Gomes FC, Melo-Neto JS. Fatores de prevenção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: revisão narrativa. Rev Bras Med Trab. 2019;17(3):415-430
- 15- Sallen NFM, Sukadaria EH, Zakaria J. Preliminary Study of Musculoskeletal Complaints and Ergonomic Risk Factors among Catering Workers. APEOHJ. 2017;3(1):39-43.
- 16- Subramaniam S, Murugesan S. Investigation of work-related musculoskeletal disorders among male kitchen workers in South India. Int J Occup Saf Ergon . 2015;21(4):524-531.
- 17- Degraff DS, Anker R. Gênero, mercados de trabalho e o trabalho das mulheres. Séries Demográficas, p.163-197, 2004. [acesso 11 nov 2020]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/series/article/view/62/60>.
- 18- Silva GBL, Rezende PS, Machado VC. Discutindo gênero e cozinha: a divisão sexual do trabalho em uma cozinha profissional na cidade de Salvador/Ba. Revista Ártemis. 2018;XXVI(1):283-302.
- 19- Júnior JFR, Borges FM, Lucas REC, Gadelha CAP, Moreira R. Análise dos riscos e o programa de prevenção de riscos ambientais em um restaurante universitário da região nordeste. Rev. Eletr. de Eng de Produção. 2019;19(2):545-569.
- 20- Sant'anna B, Moreira B, Amaral R, Saraiva R, Resende M. Avaliação Dos Riscos Ambientais De Uma Cozinha Industrial. Sinapse Múltipla. 2018;7(2):95-99.
- 21- Magalhães L. Saúde Pública no Brasil. Toda Materia, 2020. [acesso em 30 nov 2020]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil/>.
- 22- Szwarcwald CL, Damacena GN, Júnior PRVS, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. Ciênc. Saúde Colet. 2016;21(2):339-349.
- 23- Neves Ú. Automedicação é um hábito comum para 77% dos brasileiros, indica pesquisa. Portal PEBMED, 2019. [acesso 30 nov 2020]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/automedicacao-e-um-habito-comum-para-77-dos-brasileiros-indica-pesquisa/>