

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Daniela Façanha da Silva Oliveira

**PERFIL DE SAÚDE DE FUNCIONÁRIOS DE UMA
INSTITUIÇÃO FINANCEIRA**

Taubaté – SP
2019

Daniela Façanha da Silva Oliveira

**PERFIL DE SAÚDE DE FUNCIONÁRIOS DE UMA
INSTITUIÇÃO FINANCEIRA**

Dissertação apresentada para Defesa como requisito para aprovação para obtenção do Título de Mestra em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais do Programa de Pós-graduação da Universidade de Taubaté
Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação
Orientador: Prof^a. Dra. Maria Angela Boccara de Paula

**Taubaté – SP
2019**

Sistema integrado de Bibliotecas – SIBi/ UNITAU
Biblioteca Setorial de Pedagogia, Ciências Sociais, Letras e Serviço Social

O48p Oliveira, Daniela Façanha da Silva
Perfil de saúde de funcionários de uma Instituição Financeira. /
Daniela Façanha da Silva Oliveira. – 2019.
133f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté,
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Maria Angela Boccara de Paula,
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.

1. Perfil de Saúde. 2. Instituições Financeiras.
3. Saúde.Doença. 4. Desenvolvimento Humano. I. Título.

CDD – 616

DANIELA FAÇANHA DA SILVA OLIVEIRA
PERFIL DE SAÚDE DE FUNCIONÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Dissertação apresentada para Defesa e aprovação para obtenção do Título de Mestra em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais do Programa de Pós-graduação da Universidade de Taubaté
Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.
Orientador: Prof^a. Dra. Maria Angela Boccara de Paula.

Data: 02 de julho de 2019

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Dr.(a) Maria Angela Boccara de Paula Universidade de Taubaté

Assinatura 

Prof.(a) Dr.(a) Débora Inácia Ribeiro Universidade de Taubaté

Assinatura 

Prof.(a) Dr.(a) Ciliana Antero Guimarães da Silva Centro Universitário Tereza D'Avila

Assinatura 

Prof.(a) Dr.(a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

A todos que participaram direta ou indiretamente desta trajetória, manifesto minha gratidão. De modo especial, agradeço:

A Deus e a Nossa Senhora pela força em todos os momentos;

À minha mãe e a meu pai, que me deram força, e cuidaram da minha filha sempre que precisei;

Ao meu esposo, Carlos, pela compreensão e pelo apoio incondicional em todos os momentos;

À minha filha, Maria Julia, amor da minha vida, pela paciência, e por tantas vezes saber esperar;

À família do meu esposo, minha sogra, Selma, e minha cunhada Marcia, pois sempre que precisei estavam ao meu lado;

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Ângela, de uma sabedoria admirável, por ter caminhado ao meu lado, com firmeza, ajudando na construção desta dissertação. São ensinamentos que levarei por toda a vida;

A Alessandra Calil, pela atenção e pela força, sempre que precisei;

A Janaina Colombo, que conheci recentemente, uma pessoa forte, que me incentivou e por quem tenho uma grande admiração;

Aos colegas do MDH turma 2017, em especial a Maria, a Priscila e o Adelson, pelas discussões, aprendizados, amizade e apoio;

À equipe do banco onde realizei a pesquisa, que muito contribuiu para realização deste estudo;

E, por último, a todos os professores das Bancas, pelas considerações relevantes para realização desta dissertação.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.”

Paulo Freire

RESUMO

Nas últimas décadas, as instituições bancárias passaram por grande processo de reestruturação por meio das novas tecnologias e inovações organizacionais. Isso resultou em mudanças que refletiram na saúde dos trabalhadores, modificando não só a relação do trabalho em si, mas, também, a expectativa do trabalhador diante da sua atividade. Dessa forma, esta pesquisa buscou conhecer o perfil de saúde de funcionários de uma instituição financeira. Trata-se de estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada com 76 (100%) funcionários de uma instituição financeira por meio de questionário contendo 20 questões de múltipla escolha, que foi enviado por correio eletrônico. A análise dos dados foi realizada após a tabulação com auxílio do software Sphinx, apresentada em números absolutos e percentuais e discutida à luz da literatura sobre a temática em questão. Os dados coletados revelaram que a média do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos participantes foi de 25,71, correspondendo à categoria do sobrepeso, destacando-se os respondentes do sexo masculino, com média de 27,67. Dos 76 participantes (100%), 22 (28,95%) fizeram uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, 43 (58,90%) almoçavam em restaurantes, 53 (69,74%) participavam de algum tipo de entretenimento, 44 (57,89%) praticavam algum tipo de exercício físico e 16 (21,05%) relataram sofrer de doenças crônicas. Sobre os resultados dos participantes do sexo masculino, dos 24 (100%) respondentes, a maioria (14 / 58,3%) apresentou sobrepeso, 4 (16,6%) fizeram uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, 13 (59,1%) almoçavam em restaurantes, 15 (62,5%) praticavam algum tipo de exercício físico, 18 (75%) participavam de algum tipo de entretenimento e 4 (16,7%) relataram sofrer de doenças crônicas. Ficou evidenciado que a escolha do local das refeições pode contribuir para o aumento do consumo de gorduras e carboidratos; ressalta-se que, apesar de a maioria dos participantes praticarem atividades físicas e referir ter atividades de lazer, eles apontaram falta de ânimo para a prática de atividades físicas e sociais após o trabalho. Todos consideraram que as pessoas que cuidam da própria saúde têm mais disposição e produzem mais em seus trabalhos. Espera-se que os dados coletados possam contribuir para a implementação de ações preventivas e de controle para a saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Perfil de saúde. Instituições financeiras. Saúde/doença. Desenvolvimento Humano.

ABSTRACT

In recent decades, banking institutions have undergone a major restructuring process through new technologies and organizational innovations. This resulted in changes that reflected in the health of workers, changing not only the relationship of the work itself, but also the expectation of the worker regarding their activity. Thus, this research sought to know the health profile of employees of a financial institution. This is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach. Data collection was performed with 76 (100%) employees of a financial institution through a questionnaire containing 20 multiple choice questions, which was sent by e-mail. Data analysis was performed after tabulation with the aid of Sphinx software, presented in absolute and percentage numbers and discussed in the light of the literature on the subject in question. The data collected revealed that the average body mass index (BMI) of the participants was 25.71, corresponding to the category of overweight, highlighting male respondents, with an average of 27.67. Of the 76 participants (100%), 22 (28.95%) made use of health services in the last 30 days, 43 (58.90%) had lunch in restaurants, 53 (69.74%) participated in some type of entertainment. , 44 (57.89%) practiced some type of physical exercise and 16 (21.05%) reported suffering from chronic diseases. Regarding the results of the male participants, of the 24 (100%) respondents, the majority (14 / 58.3%) were overweight, 4 (16.6%) made use of health services in the last 30 days, 13 (59.1%) had lunch in restaurants, 15 (62.5%) practiced some type of physical exercise, 18 (75%) participated in some kind of entertainment and 4 (16.7%) reported suffering from chronic diseases. It was evidenced that the choice of the place of meals can contribute to the increase of the consumption of fats and carbohydrates; It is noteworthy that, although most participants practice physical activities and report having leisure activities, they indicated lack of enthusiasm for the practice of physical and social activities after work. All considered that people who take care of their own health are more willing and produce more in their work. The data collected is expected to contribute to the implementation of preventive and control actions for workers' health.

Keywords: Health Profile. Financial Institution. Health / illness. Human development.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AVC's	Acidentes Vasculares Cerebrais
ANT	Agência Nacional de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNDSS	Consenso Latino Americano de Obesidade
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho
DLP	Dislipidemias
DM	Diabetes Mellitus
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EP	Excesso de Peso
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHRSA	<i>Association International Health, Racquet & Sport Club</i>
IQD-R	Índice de Qualidade da Dieta Revisado
IMC	Índice de Massa Corporal
INSS	Instituto Nacional da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NAST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto

PICs	Práticas Integrativas e Complementares
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFFS	Universidade Federal de Feira de Santana
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>
WOF	<i>World Obesity Federation</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Valores do Índice de Massa Corporal	47
Figura 2 – Motivos do uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (São Paulo, 2018)	75
Figura 3 - Distribuição do tipo de exercícios físicos praticados	84
Figura 4 – Motivos para falta de atividades físicas e sociais após o trabalho (São Paulo, 2018)	90
Figura 5 – Distribuição da participação do tipo de atividades de lazer (São Paulo, 2018)	93
Figura 6 – Distribuição do tipo de doenças crônicas (São Paulo, 2018)	97
Figura 7 – Distribuição dos motivos da importância do cuidado com a saúde (São Paulo, 2018)	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados de identificação dos funcionários da instituição, segundo sexo e idade (São Paulo, 2018)	61
Tabela 2 – Distribuição dos dados de identificação segundo escolaridade e sexo (São Paulo, 2018)	62
Tabela 3 – Distribuição dos dados de identificação segundo estado civil e sexo (São Paulo, 2018)	63
Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos envolvidos na pesquisa do cruzamento do peso com o sexo (São Paulo, 2018)	64
Tabela 5 – Distribuição da altura dos sujeitos segundo o sexo (São Paulo, 2018) ...	66
Tabela 6 – Distribuição do IMC dos sujeitos segundo o sexo (São Paulo, 2018)	66
Tabela 7 – Distribuição dos resultados do IMC segundo sexo (São Paulo, 2018)	68
Tabela 8 – Distribuição da função dos sujeitos segundo o sexo (São Paulo, 2018) .	69
Tabela 9 – Distribuição da renda mensal segundo o sexo (São Paulo, 2018)	70
Tabela 10 – Distribuição do tempo de trabalho no local segundo o sexo (São Paulo, 2018)	71
Tabela 11 – Distribuição tempo de trabalho no cargo atual segundo o sexo (São Paulo, 2018)	72
Tabela 12 – Distribuição do uso de serviço de saúde nos últimos 30 dias segundo o sexo (São Paulo, 2018)	73
Tabela 13 - Distribuição do uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias dos participantes do sexo masculino segundo IMC (São Paulo,2018)	74
Tabela 14 – Distribuição dos locais das refeições na pausa do almoço segundo o sexo (São Paulo, 2018)	76
Tabela 15 - Distribuição do local das refeições na pausa para almoço dos participantes do sexo masculino segundo IMC (São Paulo,2018)	78
Tabela 16 – Distribuição sobre o tempo suficiente da pausa do almoço para descansar segundo o sexo (São Paulo, 2018)	79
Tabela 17 – Distribuição do acompanhamento nutricional segundo o sexo (São Paulo, 2018)	80

Tabela 18 – Distribuição do tempo do acompanhamento nutricional segundo o sexo (São Paulo, 2018)	81
Tabela 19 – Distribuição da prática de atividades físicas segundo o sexo (São Paulo, 2018)	82
Tabela 20 - Distribuição da prática de atividades físicas dos participantes do sexo masculino segundo IMC (São Paulo, 2018)	83
Tabela 21 – Distribuição do tempo da prática de atividades físicas segundo o sexo (São Paulo, 2018)	85
Tabela 22 - Distribuição do tempo da prática de atividades físicas dos participantes do sexo masculino, segundo o IMC (São Paulo, 2018).....	86
Tabela 23 – Distribuição da frequência semanal das atividades físicas segundo o sexo (São Paulo, 2018).....	87
Tabela 24 - Distribuição da frequência semanal da prática das atividades físicas dos participantes do sexo masculino segundo IMC (São Paulo,2018).	88
Tabela 25 – Distribuição da motivação para atividades físicas e sociais após o trabalho, segundo o sexo (São Paulo, 2018)	89
Tabela 26 – Distribuição da participação em atividades de lazer segundo o sexo (São Paulo, 2018)	91
Tabela 27 - Distribuição dos participantes da participação em atividades de lazer do sexo masculino, o IMC (São Paulo, 2018)	92
Tabela 28 – Distribuição da frequência do lazer segundo o sexo (São Paulo, 2018)	94
Tabela 29 – Distribuição das doenças crônicas segundo o sexo (São Paulo, 2018)	95
Tabela 30 - Distribuição das doenças crônicas dos participantes do sexo masculino segundo o IMC (São Paulo, 2018)	96
Tabela 31 – Distribuição do uso de medicamentos diários segundo o sexo (São Paulo, 2018).....	98
Tabela 32 – Distribuição da finalidade do uso dos medicamentos segundo o sexo (São Paulo, 2018)	99
Tabela 33 – Distribuição dos sujeitos sobre se o cuidado da saúde produz mais disposição para trabalhar segundo o sexo (São Paulo, 2018)	100

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Problema.....	20
1.2 Objetivos	21
1.2.1 Objetivo Geral.....	21
1.2.2 Objetivos Específicos	21
1.3 Delimitação da Pesquisa.....	22
1.4 Relevância do Estudo / Justificativa.....	23
1.5 Organização da Pesquisa	23
2. REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 Conceito de saúde	25
2.2 Saúde no trabalho.....	29
2.2.1 A questão saúde-trabalho no Brasil.....	32
2.3 Saúde do trabalhador nas instituições financeiras	35
2.4 Trabalho, saúde e lazer	36
2.5 Trabalho, saúde e atividades físicas.....	40
2.6 Trabalho, saúde e nutrição	44
2.7 Trabalho e saúde emocional.....	49
2.8 Trabalho e saúde espiritual.....	53
3. MÉTODO.....	56
3.1 Tipo de Pesquisa	56
3.2 População / Amostra.....	56
3.3 Instrumentos	58
3.4 Procedimentos para coleta de dados.....	59
3.5 Procedimentos para apresentação e análise de dados	60
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	61
4.1 Perfil de Saúde dos funcionários da instituição.....	72
5. CONCLUSÃO	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS.....	105
ANEXOS	125
ANEXO A – APROVAÇÃO CEP / UNITAU	126

APÊNDICE	130
APÊNDICE I – ENTREVISTA	131

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, muitos ambientes de trabalho, devido a diversas mudanças na sua reestruturação, vêm contribuindo para que as pessoas adoçam e fiquem incapacitadas para o trabalho.

Com a globalização, diversos setores econômicos sofreram várias modificações organizacionais decorrentes da reestruturação produtiva. O setor financeiro ocupou a principal posição diante da incorporação de novas tecnologias e inovações organizacionais, levando a um ajuste de grandes proporções. O referido processo ocorreu porque este setor está inserido em um contexto de acirramento da concorrência entre bancos nacionais e internacionais, provocando mudanças institucionais (SILVA; NAVARRO, 2012).

Silva e Navarro (2012) ainda destacam que a base das novas exigências e qualificações requeridas no setor se fundamenta nas modernas formas de organização do trabalho com base tecnológica e nos fenômenos sociais característicos: o desemprego, a precarização do trabalho, e a intensificação do ritmo estrutural.

Os profissionais deste setor passaram por momentos de redefinição em seus 'traços constitutivos'; transformaram-se em "vendedores", capacitados para atender integralmente os seus clientes, muitas vezes de forma individualizada, para cumprir metas a eles impostas. Nesse novo modelo de gestão, o 'funcionário-bancário' adquiriu maior funcionalidade, qualificação e polivalência para se tornar um exímio vendedor (SILVA; NAVARRO, 2012).

À medida que a aplicação da tecnologia nas agências bancárias se tornou cada vez mais avançada, aumentaram os adoecimentos relacionados ao trabalho. Isto é, tanto o processo de automação quanto as redefinições de perfil no modo de trabalhar bancário são responsáveis pelo processo de adoecimento dos seus trabalhadores (GRAVINA, 2006).

Assim, os profissionais deste setor passaram a sofrer de diversos tipos de problemas de saúde: aumentam as queixas e reclamações em relação às tensões, estresses e pressões sofridas dentro das instituições.

Considerando que saúde é a interação dos indivíduos com seu entorno social – ou seja, trata-se de um processo biopsicossocial que envolve as condições físicas,

sociais e psicológicas das pessoas –, fica claro que os locais de trabalho tornam-se importantes para que os trabalhadores tenham incentivos para boa saúde física, mental, social e espiritual (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Quando os incentivos para a promoção da saúde dos trabalhadores não ocorrem, os problemas de saúde podem evoluir e até trazer redução ou perda da capacidade para o trabalho. Entre os principais indicadores de desgaste da saúde encontram-se: nervosismo, estresse, desgaste mental, ansiedade, tensão, fadiga, cansaço, desestímulo, desespero e depressão (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, eu, como pesquisadora e funcionária de uma instituição financeira há 16 anos, encontrei nesse ambiente de trabalho a oportunidade de observar fatores estressores que trazem consequências para a saúde dos profissionais da instituição financeira.

Ao analisar o conceito de saúde e sua relação com o mundo do trabalho, verifica-se que a saúde do trabalhador se refere a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença (BRASIL, 2001).

No que tange ao trabalho desempenhado em instituições financeiras, a sua relação com o processo saúde/doença está no modo pelo qual o trabalho é executado, considerando-se: conteúdo da tarefa, grau de responsabilidade, hierarquias, ritmo, pressões, relações interpessoais, entre outros.

Associar o conjunto das vivências profissionais nas atividades que iniciei como escriturária em uma instituição financeira, no ano de 2001, com o ingresso em um curso de graduação em Administração de Empresas, foi fundamental para o exercício do autoconhecimento e autonomia; contribuir com a prática aliada aos conhecimentos adquiridos permitiu-me maior desenvolvimento pessoal e profissional e, principalmente, a possibilidade de reafirmar escolhas.

Um ano após, fui promovida para a função de caixa e, passado o período de experiência e mediante a aprovação do trabalho desempenhado, principiei a observar a ocorrência de fatores de natureza organizacional (concentração de movimentos numa mesma pessoa, horas extras, dobrar de turnos, ritmo apertado de trabalho, ausência de intervalo) e de natureza psicossocial (pressão excessiva para

o resultado, ambiente tenso, problemas de relacionamento interpessoal, desprazer, falta de reconhecimento do trabalho).

Na atualidade, atuo no cargo de Gerente Administrativa; nesta função, são visíveis e latentes os questionamentos em relação à dedicação imperativa ao trabalho e à diminuição dos momentos de lazer, de vida em família e até mesmo os dedicados à alimentação.

Sabe-se que o setor financeiro busca atingir metas, sendo que aqueles que ali trabalham, diversas vezes para conseguir obter os resultados impostos pela instituição, dedicam-se muitas horas ao trabalho sem descanso e com frequência alimentam-se mal, o que os leva a um padrão sedentário (CHALITA, 2013).

Outrossim, a rotina é conviver e atuar sob a pressão de cobranças e metas elevadas, que muitas vezes são superiores à capacidade que um indivíduo teria de executar; dessa forma, todo ato de realizar tarefa pode se transformar em algo fatigante.

Em minha função atual, muitas vezes tenho meu horário de almoço alterado, pela demanda da disponibilidade para atender clientes, e até mesmo para a prospecção de novos clientes e/ou realização de vendas de produtos financeiros.

Essa falta de pausa no trabalho indica a não existência de uma relação equilibrada entre as demandas da instituição e as possibilidades do trabalhador em atendê-las, o que acaba sobrecarregando o profissional, pois requer dele um esforço mental e psicológico maior, e leva-o a procurar estratégias de enfrentamento para superar as pressões (IIDA, 2005).

Muitos acidentes e doenças relacionados ao trabalho resultam das condições de vida e da exposição do trabalhador a fatores de risco ou perigos presentes nos locais de trabalho. “Muitos desses fatores são conhecidos, outros não, como, por exemplo, aqueles que são gerados pelas novas tecnologias e formas de organizar e gerir o trabalho” (IIDA, 2005, p. 14).

Com o tempo de atuação neste setor, foi possível observar que os colegas estão expostos ao excesso de trabalho e em geral são vítimas da fadiga, o que acaba por interferir diretamente na qualidade de vida, deixando a saúde em desequilíbrio.

O resultado é alto índice de absenteísmo e adoecimento, acarretando o crescente número de afastamentos do trabalho para tratar principalmente do estresse e do cansaço; disso decorrem inúmeros prejuízos à instituição, aos trabalhadores e a toda a sociedade (SANTOS; MAMEDE; PAULA, 2015).

Os mesmos autores ainda ressaltam que o tipo de estresse está relacionado principalmente à exaustão emocional, que gera desgaste mental e, em geral, ocorre em virtude da demanda de trabalho. Já o cansaço está relacionado às exigências da sociedade cada vez mais competitiva.

Então, motivada por observações no local de trabalho, ao retomar os estudos na busca por qualificação, ingressei no curso de Mestrado, e, na presente pesquisa, objetivo analisar os impactos do trabalho executado por funcionários de uma instituição financeira, avaliando especialmente os aspectos que podem ser desencadeadores de problemas relacionados à saúde.

Dada à experiência neste ambiente profissional, percebi a importância que a presente pesquisa/investigação tem – tanto em relação às redefinições de perfil, quanto no modo de trabalhar imposto pelo setor bancário.

Para analisar o perfil de saúde dos profissionais de uma instituição financeira, este estudo tomou como foco de pesquisa um grupo determinado, cujos membros estão inseridos em um contexto social específico, no qual se acredita que o trabalho interfere no processo saúde-doença e, neste cenário, os fatores individuais, como hábitos alimentares e prática de exercícios físicos, serviços de saúde, prevenção e comportamentos saudáveis, tornam-se preponderantes para a compreensão do processo de saúde (OGATA, 2014).

A partir de 2008, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) descreve que os comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde são influenciados por fatores como a cultura e economia; todavia, estes são entendidos como “determinantes sociais proximais”, por serem mais passíveis de controle e modificação por parte do indivíduo. Os fatores individuais são importantes para identificar, dentro de um determinado grupo, os indivíduos que podem estar submetidos a maiores riscos.

Um dos fatores influenciadores da saúde do ser humano é o trabalho; assim, o indivíduo que não apresenta condições para um bom estado de saúde não

consegue desenvolver suas atividades com plenitude (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

É fato que as relações de trabalho e a saúde do trabalhador estão relacionadas, pois o trabalho pode influenciar positiva ou negativamente na saúde do trabalhador, assim como o trabalhador doente pode influenciar na vida profissional.

Para que se mantenham competitivas e obtenham resultados cada vez melhores em termos de eficácia e eficiência, é importante para as empresas a cooperação mútua entre as relações de trabalho e a saúde do trabalhador (RODRIGUES, 2015).

Em resposta ao aumento da competitividade, originado do impacto de novas tecnologias, da globalização dos mercados e dos novos padrões de consumo, para alcançar os resultados esperados, as organizações, muitas vezes, “sacrificam” as pessoas. O impacto pode refletir na diminuição da qualidade, afetando produtos, processos e serviços (MONACO; GUIMARÃES, 2000).

Para que a produtividade não seja afetada, o profissional precisa atingir as metas estipuladas pela organização e tem que administrar alguns fatores como falta de tempo, altas demandas de desenvolvimento pessoal e profissional, horários rígidos e jornadas extensas – exigências que podem acarretar grande insatisfação e adoecimento causado pelo trabalho.

Nesse contexto, justifica-se que esta pesquisa possa colaborar para implementação de programas que contribuam para melhorar a saúde dos trabalhadores da instituição estudada, pois se sabe que a saúde é pré-requisito crucial para a produtividade, motivação e satisfação no trabalho.

1.1 Problema

Na contemporaneidade, o mundo do trabalho gera impactos na saúde física e mental dos trabalhadores. As diversas mudanças provocadas pela globalização – que gerou transformações importantes nas últimas décadas, e, ainda, causou impacto com as novas tecnologias – trouxeram novas formas de labor que interferem

diretamente no bem-estar dos trabalhadores, em como trabalham e como se organizam coletivamente (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Ainda segundo os autores, o trabalho na modernidade está marcado pela flexibilização, devido ao avanço tecnológico, e pela precarização social; ambas possuem diversos aspectos que repercutem negativamente na saúde do trabalhador.

O setor bancário retrata esses aspectos, uma vez que vem passando por um processo de transformação, que lhe conferiu posição de liderança na incorporação de novas tecnologias e inovações, tendo rápida modificação em sua reestruturação; isso acabou afetando não apenas os métodos de gestão e a natureza dos produtos, como também as condições de trabalho, alterando o dia a dia dos profissionais atuantes desse setor, de modo a poder afetar sua saúde e qualidade de vida (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Assim, questiona-se: qual é o perfil de saúde dos funcionários de uma instituição financeira?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil de saúde dos funcionários de uma instituição financeira.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Levantar os dados antropométricos dos pesquisados, tais como: peso, altura dos funcionários e Índice de Massa Corporal (IMC).
- Identificar quais são os padrões alimentares adotados pelos funcionários.
- Verificar quais são as práticas de lazer e de atividade física realizadas pelos funcionários.

1.3 Delimitação da Pesquisa

A pesquisa se refere ao estudo do perfil da saúde dos funcionários de uma instituição financeira na cidade de São Paulo, que conta com 550 funcionários.

Atualmente a empresa conta com mais de 580 mil clientes ativos em vários países, principalmente no Brasil e nos Estados Unidos.

Essa instituição financeira é referência no mercado financeiro na América Latina em investimentos financeiros; está presente em 180 cidades em 25 estados, que operam com 660 escritórios de atendimento e com carteira de mais de 500 mil clientes ativos e com mais de 120 bilhões de aplicações financeiras.

A instituição vem crescendo pelo seu diferencial no mercado financeiro, seu maior destaque é a “Taxa Zero” para custos operacionais, independente do valor investido.

O ano de 2017 foi importante para a instituição em termos de indicadores financeiros; a entrada de outra instituição financeira no capital da empresa trouxe reforço milionário ao caixa. A meta é, em cinco anos, transformar a instituição na maior companhia de investimentos do país.

Com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017 o Produto Interno Bruto da cidade de São Paulo foi de R\$ 650,5 bilhões, um dos fatores que levaram a instituição financeira a investir nesse local.

O Produto Interno Bruto (PIB) representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado (mês, trimestre, ano). O PIB é um dos indicadores mais utilizados com o objetivo de quantificar a atividade econômica de uma região.

São Paulo foi considerada a cidade mais influente da América Latina em um ranking que avaliou 50 metrópoles globais em agosto de 2014. São Paulo é o coração econômico da maior economia da América do Sul e tem a maior bolsa de valores (da região); é a maior cidade e a capital comercial do Brasil (PLATUM, 2015).

1.4 Relevância do Estudo / Justificativa

A saúde dos funcionários repercute diretamente na sua motivação. As instituições que possuem números elevados de afastamentos de funcionários por motivos de doenças possuem maiores gastos e, como consequência, geram também despesas públicas, uma vez que as licenças com mais de 15 dias de afastamento são direcionadas ao Instituto Nacional da Previdência Social (INSS). Nas empresas que investem em ações de prevenção e no cuidado da saúde dos trabalhadores, estes costumam desempenhar melhor suas funções, são mais produtivos e apresentam resultados importantes (SALOMÃO, 2015).

Nesta perspectiva, o cuidado com a saúde dos funcionários é uma forma de melhorar a qualidade de vida deles e também de ajudar o trabalhador a desempenhar melhor suas tarefas diárias.

Ao cuidar da saúde das equipes na empresa, por meio de investimentos na promoção e prevenção da saúde do funcionário, o retorno poderá representar aumento da produtividade e, principalmente, diminuição do número de faltas, atrasos ou trabalho em meio expediente.

Desta forma, conhecer o perfil de saúde dos funcionários de uma instituição financeira pode contribuir para oferecer informações essenciais para implementação de ações preventivas e de controle para a saúde física e psíquica dos trabalhadores.

1.5 Organização da Pesquisa

Com o propósito de facilitar o entendimento, esta pesquisa está dividida em cinco seções.

A primeira traz a introdução, o problema, os objetivos, a delimitação da pesquisa, a justificativa e sua organização.

A segunda seção apresenta a revisão de literatura, que aborda a conceituação da saúde, bem como sua relação com o trabalho.

A terceira seção descreve a metodologia adotada para a realização da pesquisa.

A quarta seção apresenta os resultados, e a discussão.

A quinta sessão traz a conclusão; a pesquisa encerra-se com as considerações finais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conceito de saúde

Saúde envolve o contexto da vida do indivíduo; está relacionada aos aspectos físico, mental, social e espiritual, ou seja, o indivíduo em sua totalidade.

Quando se fala em saúde, muitos pensam em assistência médica, serviços ambulatoriais, hospitalares e medicamentos. Mas esse é apenas um item do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante.

Assim, conceituar saúde é um processo difícil, uma vez que saúde tem interação com diversas áreas do viver e sofre influência de aspectos físicos, mentais, sociais, econômicos e ambientais (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Desta forma, o conceito de saúde não pode ser resumido em uma única definição; refere-se a uma 'realidade complexa' e em movimento, mas de forma inegável como característica principal da vida (BRITO, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), "Saúde é o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade" (OMS, 2017).

Estudos subsidiados pela crítica e pela reflexão questionam o conceito de saúde como completo bem-estar e o consideram utópico, visto que esta ideia induz a uma condição de equilíbrio, a qual é contraditória aos movimentos antagônicos que impulsionam novos modos de viver saudável, mesmo que em uma condição de doença (DALMOLIN *et al.*, 2011).

Apesar de a definição de saúde da OMS sofrer várias críticas desde sua criação, em 1978, na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, que ficou conhecida como Declaração de Alma-Ata. De acordo com essa declaração, até o ano 2000, todos os países deveriam atingir a meta de "saúde para todos" (MENDES, 2004, p. 447).

Outras conferências surgiram, como a Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Sundsvall (1991), a Declaração de Bogotá (1992) e a Declaração de Jacarta (1997); entretanto, a meta proposta pela Declaração de Alma-Ata representou o ponto de partida no Brasil para outras iniciativas, como a VIII

Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

A VIII Conferência Nacional de Saúde definiu saúde de forma mais abrangente, como resultante das condições de habitação, saneamento básico, água potável, alimentação, meio ambiente, renda, trabalho, educação, justiça social, e lazer (BRASIL, 1986, p. 4).

Assim, a saúde de forma ampliada envolve modos de ser e produzir ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. Desta forma, trata-se de um processo biopsicossocial e espiritual, ou seja, pode ser entendida por condições físicas, psicológicas, sociais e espirituais em que se destacam os seguintes aspectos (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005):

- Habitação: condições dignas de moradia, tanto em relação ao espaço físico quanto ao assentamento legal; uma moradia dita ruim, via de regra, é vista como uma determinante para saúde precária;
- Saneamento básico: aspecto associado à limpeza, ao controle e manutenção de fatores dos meios físicos; implantação de sistemas de distribuição de água, esgoto e seu tratamento. Sem a limpeza de bairros, municípios e demais, as ruas e afins ficariam sujas, provocando inúmeros tipos de doenças por bactérias e vírus, além do aparecimento agressivo de ratos e insetos, impossibilitando assim a sobrevivência social e prejudicando o bem-estar físico e mental do indivíduo;
- Água potável: deve estar apropriada para o consumo, livre de bactérias e microrganismos, pois tem diversas funções para o organismo, como controle de temperatura do corpo, transporte de nutrientes necessários para as funções vitais e participação nas reações químicas corporais;

- Alimentação: a alimentação de qualidade, rica em nutriente e acessível para o indivíduo, proporciona qualidade de vida; é um fator relevante para a saúde e, com sua falta, para a doença;
- Ecossistema saudável: a saúde só pode existir se estiver em equilíbrio com o ecossistema, que está configurado em um conjunto que compreende: ar salubre; água potável disponível 24 horas por dia; consumo de alimentos existentes em quantidade suficiente e de boa qualidade; utilização de produtos biodegradáveis para a higiene pessoal; não descarte de poluentes em rios;
- Renda: um indivíduo com renda financeira compatível para a sua sobrevivência é um dos fatores para a melhoria da saúde;
- Trabalho: em relação à saúde, através de investimentos que melhoram a qualidade de vida e a produtividade das pessoas;
- Educação: no que se refere à prática social relacionada à saúde, pois faz parte da estruturação da produção da existência humana, em que o conhecimento e informações educativas contribuem para a conduta de um indivíduo na sociedade;
- Justiça social e equidade: igualdade social, no intuito de nivelamento de distribuição de bens em determinado espaço, em que a disponibilização de recursos promove o atendimento para satisfazer as necessidades sociais;
- Psíquicos emocionais: relação das ações que o sujeito estabelece consigo e os outros. As ações relacionadas à esfera psicológica envolvem conhecimento, cuidado, prevenção e manutenção da saúde.

Desta forma, este cuidado auxilia o indivíduo em suas relações consigo mesmo e com os outros;

- Lazer: ações de incentivo às atividades de lazer que possam contribuir para melhoria da saúde física e emocional das pessoas;
- Físicos: ações de prevenção e cuidado de doenças físicas. Acesso a médicos, hospitais, medicamentos, entre outros;
- Espiritualidade: é a relação que se estabelece com o sentido que se dá à própria vida, favorecendo a busca e o sentido transcendente que não se repete.

Desta maneira, o processo saúde/doença deve ser analisado por meio da articulação de diferentes determinantes da saúde, com o intuito de considerar também os fatores externos do entorno social, como as condições de vida e de trabalho, as condições culturais, ambientais, entre outras.

A promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientado a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que propiciam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde, e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo (GUTTIERREZ, *et al.*, 1997).

O artigo 196 da Constituição de 1988 aponta a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 133).

Sob tal compreensão sobre a saúde, em que se consideram o bem-estar físico, mental, social e espiritual como essenciais para a sobrevivência dos

indivíduos, esses fatores devem ser tratados como um processo continuado, objetivando-se a preservação da vida na sociedade.

Desta forma, a saúde de forma ampliada vai muito além de cuidar da doença física; é preciso entender o contexto de vida das pessoas, ou seja, a família, o histórico social e cultural.

Assim, o conceito de saúde engloba as Políticas Públicas, que deverão ser capazes de qualificar as práticas educativas e motivacionais, a fim de que estejam voltadas para a promoção, proteção e educação em saúde nos diferentes cenários sociais e ambientais.

2.2 Saúde no trabalho

Tendo em vista que trabalho e saúde não estão desvinculados, a saúde do trabalhador tem grande destaque na atualidade.

Para esclarecer melhor o tema, cabe fazer um pequeno resgate de como o trabalho e a atenção à saúde do trabalhador evoluiu através dos tempos.

O trabalho compõe a vida do homem, desde a sua criação, porém seus significados e conceitos foram mudando ao longo dos séculos (WILPERT; QUINTANILLA, 1988).

Na Grécia Antiga, o trabalho físico era desvalorizado, enquanto o trabalho intelectual era considerado nobre. No feudalismo, os escravos executavam o trabalho braçal; talvez por isso o significado da palavra trabalho venha do latim “*tripalim*”, que quer dizer tortura (WILPERT; QUINTANILLA, 1988).

Os autores ainda destacam que, com a Revolução Industrial e a emergência da indústria, nos séculos XVIII e XIX surge um novo tipo de trabalho, organizado em níveis e que demandava um novo tipo de trabalhador: o proletário.

Criam-se então nesse período novas formas de relacionamento entre empregador e empregado, que permanecem até os dias atuais. A indústria se fortalece e muitas empresas surgem, porém não desenvolviam ações de prevenção e cuidado com a saúde dos trabalhadores. Estes passaram a vender sua força de trabalho com o advento da Revolução Industrial, caracterizada por jornadas de trabalho extenuantes em ambientes altamente desfavoráveis, que se distinguiam

pela proliferação de doenças infectocontagiosas, e pela submissão do trabalhador e periculosidade das máquinas, o que frequentemente resultava em mutilações e mortes dos trabalhadores (MINAYO-GÓMEZ; THEDIM-COSTA, 2008).

A situação começou a se modificar com os intensos movimentos sociais que levaram políticos e legisladores a introduzirem medidas legais, de controle das condições nos ambientes de trabalho. Iniciou-se em 1802 a regulamentação da idade mínima para o trabalho, a redução da jornada de trabalho, a contratação de médicos nas fábricas, e as medidas de melhoramento ambiental das fábricas (MENDES, 1980).

Nesse período não havia um incentivo das políticas públicas e das empresas para o cuidado com a saúde dos trabalhadores. Eles não tinham tempo da prática de atividades físicas, o tempo de lazer era bem reduzido, e eram incentivados ao consumismo. Não havia orientação nas empresas sobre a importância de uma alimentação considerada saudável; e as considerações sobre o desgaste emocional não faziam parte também do cuidado da saúde dos trabalhadores.

A Segunda Revolução Industrial, no início do século XX, nos Estados Unidos, caracterizou-se por uma nova organização capitalista, em que o capitalismo liberal é substituído por monopólios, com o aumento do número de assalariados e da produção em massa, que tem por objetivo a racionalização do trabalho e o aumento da produtividade (RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Nas últimas décadas do século XX, a economia mundial foi marcada pela construção de nova infraestrutura financeira, que viabilizou o novo paradigma econômico e sua globalização, ocasionando oscilações nos fluxos financeiros, comercial e tributário em todo o mundo. Com isso, houve expansão do sistema capitalista de produção nas esferas econômica, política, social e cultural. Nesse sentido, o mercado mundial necessitava criar estratégias para enfrentar as pressões deflacionárias e a competição global (SCHMIDT, 2003).

O autor ainda destaca que, com a disputa por monopólios potenciais, as organizações começaram a se reestruturar e investir em novas tecnologias. Com a modernização tecnológica, iniciaram-se mudanças no processo de trabalho por meio de ritmo de trabalho intenso, carga horária muito extensa, padronização, robotização

das tarefas, pressão das chefias, polivalência, precarização das relações de trabalho, entre outras.

Com grandes metas de produtividade e novas formas de organização do trabalho, foi exigida da classe trabalhadora rápida adaptação ao ambiente de trabalho, com aceleradas mudanças dos padrões tradicionais. Como não houve tempo suficiente para os trabalhadores se adaptarem às novas condições de trabalho, as mudanças ocorridas resultaram em sérias consequências para a vida e saúde dos trabalhadores, como a proliferação de doenças infectocontagiosas; por outro lado, a periculosidade das máquinas era responsável por acidentes, mutilações e mortes (FISHER, 1984).

As medidas concernentes à manutenção e à recuperação da saúde do trabalhador objetivavam o retorno à linha de produção, pois a lógica capitalista prioriza a produtividade em detrimento da saúde do trabalhador, que era descartado pela empresa quando era percebida sua limitação física, na maioria das vezes ocasionada pela própria ordem do trabalho, a rotina e as condições de trabalho às quais era submetido (HUNTER; GOEBEL, 2008; CATTABRIGA; CASTRO, 2014).

Na contemporaneidade, a forma de tratamento dispensada à saúde do trabalhador ainda não se diferencia muito dos primórdios do capitalismo; a presença do médico no interior das fábricas tem o intuito de trazer o trabalhador de volta à produtividade o mais rápido possível (HELOANI, 2003).

No decorrer das décadas, os trabalhadores passaram a participar das questões de saúde no trabalho e a serem vistos como sujeitos de estudo sobre o trabalho e saúde, sendo considerados pessoas com história, passado, experiências e famílias (ISOSAKI, 2003).

Portanto, a importância que o trabalho assume para o ser humano traz reflexões sobre as condições em que os trabalhadores realizam suas tarefas (SARQUIS, 2007).

Assim, saúde no trabalho é um tema que deve ser discutido, não só como forma de divulgar as questões de saúde, mas na perspectiva da vigilância em saúde, buscando a promoção da saúde do trabalhador; outrossim, a discussão sobre o tema é uma forma de conscientização das pessoas sobre a importância do trabalho na sua condição de saúde.

2.2.1 A questão saúde-trabalho no Brasil

A saúde do trabalhador no Brasil foi marcada por diversas lutas ao longo da sua história. Tendo em vista a relevância do assunto, cabe fazer um pequeno resgate de como a saúde do trabalhador evoluiu no decorrer dos anos.

Com a abolição da escravatura no fim do século XIX, e a vinda dos imigrantes europeus no início do século XX para o Brasil, começa o processo de industrialização, quase cem anos mais tarde comparado aos Estados Unidos e à Europa (MENDES, 1980).

O modelo de desenvolvimento industrial iniciado no Brasil não era diferente do modelo vivido na Inglaterra muitos anos antes: fábricas primitivas, sem condições mínimas de higiene, empregando mão de obra barata, mulheres e crianças sem condições de trabalho (MENDES, 1980).

O autor ainda destaca que, no início do século XX, os médicos da Faculdade Nacional de Medicina, na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, Capital Federal do Brasil, protestavam contra a realidade das fábricas, em razão do alto número de acidentes de trabalho e das más condições de higiene. A partir desse período, o ensino de Higiene do Trabalho passou a ser incluído nos cursos de medicina e sanitaristas de todo o Brasil.

Esse mesmo período foi marcado pelo crescimento e afirmação do movimento sindical no Brasil. Sucederam-se também as atualizações da Lei de Acidentes de Trabalho (FALEIROS, 1992).

Ainda segundo o autor, com o grande crescimento industrial, na década de 50, surgiram as escolas de Medicina Preventiva, de influência americana, que fizeram incorporar a interdisciplinaridade ao modelo original de Medicina do Trabalho, que também foi incluído na maioria das escolas médicas do país (FALEIROS, 1992).

O governo brasileiro preocupava-se com os acidentes de trabalho, pela repercussão econômica (graves prejuízos aos cofres públicos), e pelo destaque dado na mídia: “Brasil campeão mundial de acidentes de trabalho”. Porém, pouca ou

nenhuma atenção era conferida às ditas doenças de trabalho e aos cuidados com a saúde dos trabalhadores (BONCIANI, 1994).

Com o golpe militar de 1964, o país passou por um período de restrições das liberdades democráticas, fazendo com que se mantivesse a lógica do totalitarismo – o governo tentava disciplinar a questão trabalho, aplicando leis e reformas. A Previdência Social unificou os Institutos de categorias, não só para organizar a política de benefícios sociais, mas também para enfraquecer o movimento sindical. O Ministério do Trabalho também consolidou suas ações, intervindo decisivamente na segurança e saúde do trabalhador (FRIAS JÚNIOR, 1999, p.39).

A década de 1960 foi marcada pelo terceiro grande surto industrial no Brasil: era o “milagre brasileiro”, com o início da construção de obras faraônicas, como Transamazônica, ponte Rio Niterói, estádios de futebol, hidroelétricas, etc. Destaque-se também nesse período os muitos operários que morriam nessas obras, todos os dias (FALEIROS, 1992).

Diante dos altos índices de ocorrência de acidentes de trabalho, na década de 70, a alternativa para a sua redução, encontrada pelo regime militar, foi à imposição legal às empresas de contratar profissionais especializados (médicos do trabalho, auxiliares de enfermagem ou enfermeiros do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança), criando assim os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas (BONCIANI, 1994).

Surge então nesse período a Medicina do Trabalho; o médico do trabalho avaliava a capacidade física do trabalhador de poder ou não continuar trabalhando, devolvendo-o às fontes determinantes de seu mal-estar original. Se não produzissem, os trabalhadores eram descartados, por irem contra os interesses do processo produtivo; alegava-se que os trabalhadores eram os únicos culpados pelos danos por eles sofridos. Portanto, a Medicina do Trabalho fica restrita à saúde do trabalho (da produção) e não do trabalhador, deixando de lado a relação entre o processo de trabalho e a saúde (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006; NARDI, 2011).

A criação desses serviços já era recomendada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), desde 1959, mas no Brasil foram enfatizados nos anos 70; era o modelo técnico subordinado ao setor empresarial (BONCIANI, 1994).

No Movimento Sindical, 1978, com as grandes greves nas indústrias automobilísticas, introduziu-se a questão saúde nas pautas de discussão e reivindicações. Nesse mesmo ano, foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho, que posteriormente se transformaria no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT, que teria importante papel ao subsidiar os sindicatos na discussão de assuntos ligados à saúde e ao trabalho (LACAZ, 1994). Com a reforma constitucional de 1988, definiram-se saúde e trabalho como direitos de cidadania, e confirmou-se o papel do Estado como responsável por condições dignas de saúde para os trabalhadores e o povo em geral.

Em 1993, eram 161 os Programas de Saúde do Trabalhador, organizados ou em fase de organização no Brasil (DIAS, 1994). Em março de 1994, a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador contou com a presença de servidores públicos, representantes de sindicatos, associações de classe, assessores técnicos e organizações acadêmicas, e teve como tema central “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” (AUGUSTO, 1995).

Dentre as propostas aprovadas, destacam-se as ações de promoção e de prevenção em Saúde do Trabalhador, como saneamento, educação, vigilância, fiscalização, atendimento ambulatorial e hospitalar, a fim de garantir o caráter interinstitucional e multidisciplinar das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 1994).

Em dezembro de 1994, o Ministério da Saúde, com o objetivo de fomentar as ações de saúde do trabalhador em Estados e Municípios e encaminhar as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, apresentou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NAST), no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste documento encontram-se diversos aspectos, como sistema de informações em saúde do trabalhador, preparo de recursos humanos e vários outros; tal documento se propôs a ser uma diretriz, para que em todas as regiões do País a prática da atenção integral à saúde dos trabalhadores se realize com a qualidade desejada (BRASIL, 1994).

Assim, os trabalhadores brasileiros conseguiram diversas conquistas no decorrer das décadas no campo da saúde, mas este ainda está sob o controle do

capital, que muitas vezes oculta a importância do assunto. Porém, a participação conjunta de trabalhadores e profissionais da área nas políticas públicas e no setor privado pode trazer propostas de melhoria para a saúde dos trabalhadores, melhorando a qualidade de vida e a produtividade.

2.3 Saúde do trabalhador nas instituições financeiras

Um local de trabalho deve ser sadio e agradável e deve, também, proporcionar o máximo de proteção e bem-estar a todos os funcionários; todavia, a nova economia do mercado globalizado tem modificado as práticas organizacionais, e isso tem relação direta com as condições de trabalho, pois a competitividade, a reestruturação produtiva e a redução da força de trabalho contribuem para uma variedade de condições potencialmente estressoras, tais como perda da estabilidade no trabalho, aumento de demandas de cargas de trabalho, subcontratações, entre outras (CAMPELLO, 2004).

Com as fusões dos bancos ocorridas nos últimos anos, houve uma redução nas agências bancárias, nos cargos e nos postos de trabalho.

A redução dos números de funcionários nos estabelecimentos bancários em geral, bem como as diversas atividades relacionadas ao trabalho, à responsabilidade e aos riscos envolvidos, e ainda as cobranças, metas e reclamação de clientes, podem gerar um sentimento de frustração nos funcionários. Movimento constante de clientes, telefones, sistemas a serem digitados, planilhas e números podem causar algum tipo de esgotamento nos funcionários, gerando doenças físicas e psicológicas.

As modificações trouxeram intensificação do trabalho, conflito de papéis, insuficiências ergonômicas, relações com clientes problemáticos, flexibilização dos postos de trabalho, enfim, a polivalência exigida para os trabalhadores (GIGA; HOEL, 2003; JACQUES; AMAZARRAY, 2006).

A organização do trabalho bancário é geradora de competitividade e sobrecarga, contribuindo para o adoecimento físico e mental (PAPARELLI, 2011).

Segundo o sindicato dos bancários de Brasília, a categoria bancária consta nas estatísticas como uma das maiores vítimas de acidentes de trabalho envolvendo

Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT (SINDICATO DOS BANCÁRIOS DE BRASÍLIA, 2011).

De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social, no ano de 2011 o subsetor com maior participação nas doenças de trabalho foi o de “atividades financeiras” (Banco Central, bancos múltiplos, Caixas Econômicas, entre outros) da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), com 13% do total; dentre os 50 códigos referentes ao Código Internacional de Doenças (CID), as doenças do trabalho mais incidentes foram lesões no ombro (M75), sinovite e tenossinovite (M65) e dorsalgia (M54), com 20,2%, 14,2% e 7,7%, do total, respectivamente (BRASIL, 2011).

A pressão para atingir as metas é uma das principais causas de adoecimento, tanto pelo esforço repetitivo, como pelo desgaste mental (BRUNO, 2011).

Diante das rotinas de trabalho cada vez mais desgastantes, a saúde física e mental está cada vez mais comprometida. Os bancários em sua grande maioria não fazem acompanhamento médico.

Com o desgaste do trabalho, os bancários muitas vezes não praticam atividades físicas, o tempo de lazer é bem reduzido, não se alimentam de forma saudável e a saúde emocional fica mais e mais comprometida. O trabalho em condições desgastantes pode levar o trabalhador ao adoecimento, prejudicar-lhe a vida social e familiar, e ocasionar-lhe limitações no cotidiano da vida.

Assim, objetivando a melhoria da qualidade de vida e a produtividade no trabalho, ressalta-se a importância de ações e incentivos dos bancos e do poder público sobre o cuidado com a saúde física e psicológica dos bancários.

2.4 Trabalho, saúde e lazer

O lazer é considerado importante na vida dos indivíduos, pois o tempo livre do trabalho ou de outras atividades rotineiras pode ajudar na saúde física e mental, e até melhorar a produtividade das pessoas no trabalho.

A palavra lazer deriva do latim *licere*, cujo significado é “ser lícito, ser permitido”. Lazer é um conjunto de ocupações às quais os indivíduos podem entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e

entender-se, ou ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais (DUMAZEDIER, 2001).

Na Grécia antiga, o lazer era considerado pela valorização da contemplação dos valores nobres, como a beleza e a bondade; resultou em uma elevação da importância do tempo dedicado ao crescimento e a si mesmo em relação ao trabalho. Para os gregos, este tempo de crescimento chamado por eles de *ócio* significava a libertação da necessidade do trabalho, a oportunidade de elevação espiritual e também o “tempo para si mesmo” (BACAL, 2003, p.42; MELLO e ALVES JUNIOR, 2003).

Os mesmos autores ainda destacam que na sociedade romana surgem os conceitos *otium* (*ócio*) e *nec-otium* (trabalho), isto é, o aparecimento dos conceitos *ócio* e trabalho em concomitante relação. No entanto, na sociedade romana o *ócio* atrela-se mais às diversões e ao descanso, sendo menos relevante seu entendimento como momento para o desenvolvimento pessoal.

Nesse sentido, o lazer sendo considerado como um tempo de descanso, divertimento, e de crescimento pessoal, torna-se relevante para a promoção da saúde das pessoas, existindo uma relação direta entre lazer e saúde, lazer e educação, lazer e qualidade de vida, lazer e trabalho; tais relações não podem ser negligenciadas (MELO 2003; DUMAZEDIER, 2004).

O descanso ocorre quando o lazer é um reparador de deteriorações das forças físicas e mentais provocadas pelas tensões resultantes das obrigações cotidianas e, particularmente, do trabalho. No divertimento, o indivíduo poderá optar, de acordo com sua livre escolha, opondo-se contra o tédio ou estresse, causado pelo trabalho cotidiano. Esta função compreende, ainda, ocupações inspiradas pela necessidade de distração, com ou sem predominância artística. O crescimento pessoal se processa quando o indivíduo é capaz de agir e de pensar livre de condicionamentos que lhe automatizam a ação e o pensamento. Esta função ressalta os elementos que conduzem o indivíduo ao seu pleno desenvolvimento, condição para seu bem-estar social e para participação mais ativa, no entendimento das necessidades de ordem individual, familiar, profissional, cultural e comunitária,

melhorando assim sua saúde física e mental (DUMAZEDIER, 2004; MAGNANE, 1969; REQUIXA, s.d.).

Dessa forma, considerando a relevância do lazer para a promoção da saúde, o tempo livre vem sendo apontado como amortecedor do estresse e do cansaço físico. Trata-se de uma necessidade psicossocial, cujo exercício é influenciado pela subjetividade, dependente da objetividade social e cultural (PONDE, 2003; BALDISSERA; BUENO, 2011).

Nessa perspectiva ressalta-se a importância do lazer para a sociedade e principalmente para os trabalhadores.

A Revolução Industrial trouxe o conceito utilitarista do tempo, com a ideia de que tempo é dinheiro. Nesse sentido, o objetivo da industrialização era o aumento da produtividade, para a melhoria do desempenho das empresas, sem preocupar-se com as necessidades e aspirações humanas dos trabalhadores (GATTAI, 1993; BACAL, 2003).

Com o aumento da produtividade nas empresas, e com as longas jornadas de trabalho, houve grande crescimento nos números de acidentes nas linhas de produção, e nesse sentido cresceram as reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. Dentre as conquistas alcançadas ao longo dos anos, destaca-se a redução da jornada de trabalho, o que contribuiu para aumentar o tempo livre (GATTAI, 1993; DUMAZEDIER, 2008).

Os avanços no decorrer da história do capitalismo ainda não foram suficientes para os trabalhadores terem mais tempo para o lazer. A chegada da tecnologia e o crescimento econômico não se deram atrelados aos demais fatores constituintes da complexidade humana, o que pode acarretar efeitos danosos ao bem-estar das pessoas. A crítica não é ao desenvolvimento tecnológico como fato, mas sim ao não acompanhamento da conscientização do seu uso. Nesse processo, a tecnologia e o trabalho se apoderaram do homem e não o inverso (ROSSI, 2016; DEMASI, 2000, p. 132; KRIPPENDORF, 2008 p. 114).

Um setor da economia que vem crescendo em tecnologia e em lucros cada vez maiores nas últimas décadas são as instituições financeiras. Diante desse crescimento, nos últimos anos houve redução significativa nos números de postos de trabalho. Segundo dados divulgados pelo Departamento Intersindical de

Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), em 1990 havia 732 mil bancários no Brasil, em 2017 esses números foram reduzidos para 418.564 mil funcionários. Esse fato ocorreu principalmente pela substituição do trabalho manual pela tecnologia (BRASIL, 2017).

Diante dessa premissa, os funcionários que continuam atuando nesse setor tornaram-se “vendedores” de produtos e serviços bancários. Com a imposição dos bancos pelo cumprimento das metas diárias, a polivalência das funções exercidas e as cansativas e longas jornadas de trabalho, os profissionais sentem-se intimidados de saírem no horário certo, já que muitos dos seus colegas ficam além do horário exigido pelos bancos. Nesse sentido, muitos não têm tempo para praticar atividades de lazer, e ficam vulneráveis para desenvolver doenças relacionadas ao estresse, além de diversos tipos de doenças físicas (ROSSI, 2016).

Em contrapartida, estudiosos, como Sarah Bacal, Maria Gattai, Joffre Dumazedier e Paul Lague, consideram que a redução da jornada de trabalho pode melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, gerando mais empregos e como resultado melhor distribuição de renda para a sociedade. Os autores ressaltam que, por meio dessas iniciativas, os indivíduos poderão ter mais saúde física e mental, e também desenvolver habilidades relacionadas ao crescimento pessoal e profissional; por exemplo, o tempo livre pode ajudar jovens com curiosidade científicas, pessoas com habilidades para pinturas, escritores, entre outros (RUSSEL, 1957).

O autor ainda destaca que ao propor a redução da jornada de trabalho e distribuição de renda, todos os indivíduos teriam mais oportunidades de trabalho, e o desenvolvimento econômico ocorreria de forma real e intensa.

Algumas empresas, visando melhorar a qualidade de vida dos seus funcionários e a sua produtividade, estão investindo em atividades de lazer; outras têm disponibilizado mais tempo livre para seus profissionais. Atualmente, cerca de vinte mil organizações no mundo disponibilizam essas ações aos seus colaboradores (DURÃES, 1998).

No Brasil, ainda não se possui registro do número de empresas que oferecem programas de lazer para os trabalhadores, mas sabe-se que algumas organizações vêm desenvolvendo programas de incentivo a essas atividades desde a década de 70. As empresas que incentivaram as práticas de lazer aos trabalhadores relataram

os seguintes resultados: redução dos afastamentos por doenças físicas e emocionais, aumento do comprometimento dos funcionários em relação ao trabalho, descoberta de novos talentos, e melhoria da produtividade (DURÃES; 1998; SALOMÃO, 2015).

Nesse sentido, percebe-se a importância dos incentivos das atividades de lazer para a saúde dos trabalhadores. Desta forma, identifica-se que o crescimento econômico e tecnológico precisa acompanhar as necessidades dos profissionais, bem como a importância do cuidado com a saúde. Entretanto, se esses progressos da sociedade econômica e tecnológica não tiverem o cidadão como referência, os resultados podem ser negativos, tanto para as empresas como para o poder público (FLORES COELHO, 2016, p. 152).

Assim, ressalta-se a importância das políticas públicas junto às empresas para o incentivo de ações que visem ao aumento da prática do lazer, objetivando a melhoria da saúde física e mental e, como consequência, a qualidade de vida dos trabalhadores.

2.5 Trabalho, saúde e atividades físicas

As práticas de atividades físicas estão cada vez mais associadas aos benefícios para a saúde física e mental das pessoas.

Atividade física pode ser entendida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético, tendo componentes determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos (PITANGA, 2002).

As atividades físicas praticadas pelos indivíduos de forma constante podem ajudar a retardar o envelhecimento, favorecendo o controle de peso corporal; aumentando a sensibilidade à insulina; reduzindo a pressão arterial, o estresse e o desenvolvimento de doenças crônicas; melhorando o sono; aumentando a expectativa de vida produtiva, o bem-estar e independência – o que favorece também a redução dos custos com a saúde pública (ACSM, 2000; NAHAS, 2003).

Desta forma, ressalta-se a importância da prática de atividades físicas para a saúde das pessoas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), menos de 40% dos brasileiros costumam praticar algum tipo de atividade física. Os principais motivos apontados para o sedentarismo são a falta de tempo e o cansaço (BRASIL, 2017).

Outro estudo realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) constatou que em uma década a taxa de doença crônicas no Brasil avançou 61%. Esses números poderiam ser menores se mais pessoas praticassem atividades físicas regularmente (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, ressalta-se a importância das atividades físicas para os trabalhadores, podendo ajudar na sua produtividade e saúde.

Nas últimas décadas, com a industrialização, a urbanização e o início da “Era tecnológica”, houve grande redução no trabalho físico; muitos trabalhadores passaram de uma vida fisicamente ativa para uma predominantemente sedentária; muitos trabalham em pé em frente à bancada de trabalho, ou sentados em cadeiras de escritórios (COSTA, 1990; SAMUSKI, NOCE, 2000; NAHAS, 2001).

Uma das profissões que tem sido reconhecida como mais afetadas por aumento de doenças crônicas é a dos trabalhadores de instituições financeiras. Por esse motivo, os bancários têm se tornado foco de importantes estudos relacionados à saúde, mostrando a relevância das atividades físicas e sua relação com o trabalho (ANDRADE, 2001; PALÁCIOS, DUARTE, CÂMARA, 2002; SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2007; SOUZA; MESSING; MENEZES; CHO, 2002).

Nos últimos anos, os bancos vêm aumentando cada vez mais as cobranças pelo cumprimento de metas de produtos e serviços aos trabalhadores bancários. Com o aumento das cobranças diárias, as pressões da chefia e o medo de perderem o emprego, muitos profissionais trabalham longas horas por dia, e por esses motivos muitos se sentem cansados. Diante desse cenário há o aumento de grande número de profissionais que não praticam atividades físicas, e como resultado o número de doenças crônicas vem aumentando anualmente, comprometendo a saúde dos trabalhadores e a sua produtividade. Vários são os fatores que envolvem o aumento dessas doenças, porém o sedentarismo e as tensões da vida moderna representam

causas comuns a todas elas (COSTA, 1990; SAMUSKI; NOCE, 2000; NAHAS, 2001).

Segundo dados do Instituto Nacional da Previdência Social (INSS), em 2013, 24,6% dos afastamentos no setor bancário eram relacionados a doenças crônicas. Os dados apontaram também que as condições de trabalho, principalmente nas agências bancárias, são fatores de risco (BRASIL, 2014).

Por outro lado, alguns estudos comprovaram também que os bancários que praticam algum tipo de atividade física são mais ativos, percebem menor frequência de adoecimentos, quando comparados com profissionais que não praticam nenhuma atividade; porém o número de profissionais que praticam algum tipo de exercício ainda é pequeno, comparados ao daqueles que não se exercitam (VIANA; ANDRADE; BACK; VASCONCELOS, 2010).

Outra forma praticada por algumas empresas visando estimular a prática de atividades físicas é a ginástica laboral. O objetivo dessa prática é estimular os trabalhadores a uma vida ativa, e como resultado reduzir o absenteísmo por doenças e os custos com assistência médica, bem como melhorar a produtividade (GERMIGNANI, 1996).

A ginástica laboral originou-se no Japão, onde, desde 1928, os funcionários do correio japonês frequentavam sessões de ginástica, visando à descontração e ao cultivo da saúde. Após a Segunda Guerra Mundial, este hábito se espalhou pelo país; o governo japonês declarou em 1960 que a ginástica nas empresas trazia como resultados o aumento da produtividade, a diminuição dos acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais, a redução do índice de absenteísmo, a redução da rotatividade e a melhoria do bem-estar geral dos trabalhadores. Por sua vez, os trabalhadores relataram redução das dores, redução do estresse, alívio das tensões, aumento da disposição e motivação para o trabalho (LEITE, 1995; CAÑETE, 1996; BARCELOS, 2000; JARDIM, 1992).

No Brasil, a ginástica laboral foi trazida em 1969, pelos executivos nipônicos da Ishikawajima Estaleiros, no Rio de Janeiro. Até hoje, diretores e operários se juntam todas as manhãs para se dedicarem aos exercícios físicos (JARDIM, 1992).

Atualmente a lei trabalhista brasileira não prevê a obrigatoriedade da inserção da Ginástica Laboral no dia a dia dos funcionários, porém as companhias que

adotaram a prática veem resultados positivos, como redução de afastamentos por doenças crônicas, aumento da produtividade e redução dos acidentes de trabalho. Algumas empresas que além da Ginástica Laboral investiram em “*Fitness Centers*”, dentro das companhias, observaram após avaliações físicas benefícios como diminuição da gordura corporal e aumento da massa muscular nos funcionários (PROTEÇÃO, 1995).

Neste mesmo sentido, o *site Health Carl* - Núcleo Integrado de Aptidão Física e Saúde (2014) menciona que o grande chamariz dos programas de ginástica está em oferecer aos funcionários a possibilidade de frequentar a academia a qualquer hora do dia, sem nenhuma despesa. De tempos em tempos, eles são submetidos a avaliações físicas para saber como está caminhando o objetivo de seus programas.

Dessa forma, ressalta-se a importância do incentivo à ginástica laboral, ou que os trabalhadores tenham mais tempo e sintam-se estimulados para praticarem exercícios físicos fora do ambiente de trabalho. Diante de um cenário em que os profissionais como os bancários trabalham cada vez mais, destaca-se a necessidade dos cuidados com a saúde física e mental, com vistas à melhor qualidade de vida.

Em contrapartida, o cultivo ao “corpo ideal” ou “corpo perfeito” tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, podendo também trazer sérias consequências para a saúde das pessoas, prejudicando sua vida social e a produtividade no trabalho.

Diante do assunto abordado, o último relatório da *Association International Health, Racquet & Sport Club* (IHRSA, 2015) indica que o número de academias de musculação no Brasil dobrou nos últimos cinco anos, com 31.800 estabelecimentos, deixando para trás apenas os Estados Unidos (EXAME, 2016).

Essas práticas corporais, como a compulsão do treinamento de força, vêm sendo justificadas pelo desejo de se ter o “corpo ideal”. A aparência física vem-se tornando forte elemento em algumas relações sociais, pois a ela são atribuídos significados e, ao almejar esses modelos corpóreos, o resultado é transmitido também no caráter de transformação pessoal. Esse anseio pelo “corpo ideal”, por meio da prática excessiva de exercícios físicos, pode desencadear diversos tipos de doenças físicas, como doenças cardiovasculares, dores nos músculos e nas

articulações, entre outras. Segundo os pesquisadores, as pessoas que possuem saúde e melhor qualidade de vida são as que fazem quantidades moderadas de exercícios (DOIMO; KOWALSKI, PEREIRA 2009).

Assim, se por um lado, devido ao trabalho cada vez mais cansativo, muitos profissionais não praticam atividades físicas, e o número de doenças crônicas vem aumentando anualmente, por outro, o número de frequentadores de academias vem crescendo, porém o excesso de atividades físicas também pode trazer consequências para a saúde. Em vista disso, as políticas públicas associadas à educação precisam desenvolver ações de conscientização sobre a importância dos exercícios físicos, mas também sobre os riscos do excesso dessa atividade, sendo necessário o acompanhamento de um profissional, como o educador físico, para que a atividade física seja adequada para cada pessoa.

2.6 Trabalho, saúde e nutrição

A nutrição de qualidade é fundamental para a saúde das pessoas, e influencia na produtividade dos trabalhadores.

Dentro da dimensão biológica, a nutrição é conceituada como condição de saúde, influenciada pelo consumo e utilização de nutrientes; identificada pela correlação de informações obtidas por meio de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar das pessoas (MAHAN; KRAUSE; 1999; BRASIL, 2018).

A nutrição pode ser definida também como resultante do equilíbrio entre o suprimento de nutrientes e o gasto do organismo. A ciência da nutrição mostrou por meio de estudos os efeitos dos nutrientes no organismo dos indivíduos, e foi identificado que aqueles que possuem uma alimentação saudável, rica em nutrientes, têm menor índice de desenvolverem doenças crônicas, como diversos tipos de câncer, e doenças do coração, além de aumentar o bem-estar físico e mental, ajudando nas atividades diárias como estudar, trabalhar entre outras (ANDERSON; DIBBLE; TURKKI; MITCHELL; RYNBERGEN, 1988; BRASIL, 2018).

Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura; todos esses componentes são considerados importantes na abordagem nutricional. Para compor

uma alimentação nutricionalmente saudável se faz necessária a preferência pelo consumo de alimentos *in natura*, ou seja, os minimamente processados, como as carnes, frutas, verduras, legumes, grãos, leite, ovos, entre outros (BRASIL, 2018).

Uma nutrição adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa. A prática alimentar adequada, nos aspectos biológicos e sociais do indivíduo, deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro, harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis (BRASIL, 2006).

O consumo alimentar da população, principalmente das grandes cidades, vem se modificando nas últimas décadas. Esse fato decorre das diversas mudanças sociais, políticas e econômicas que definiram transformações no modo de vida da população (BRASIL, 2018).

As principais mudanças envolvem a substituição de alimentos *in natura*, ou minimamente processados, de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes, frutas e verduras, entre outras) e preparações culinárias à base desses alimentos considerados saudáveis e ricos em nutrientes, por alimentos industrializados, prontos para o consumo. Muitos desses alimentos possuem grande quantidade de gorduras, conservantes, baixos nutrientes, entre outros, que são prejudiciais à saúde das pessoas. Essas transformações observadas com grande intensidade no Brasil determinam, entre outras consequências, o desequilíbrio na oferta de nutrientes e ingestão excessiva de calorias pelas pessoas (BRASIL, 2018).

Uma pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo (USP) revelou que o número de alimentos industrializados consumidos pela população brasileira vem crescendo 10% ao ano; os participantes responderam que a falta de tempo faz com que as pessoas considerem esses alimentos mais rápidos no preparo. Esse aumento está associado ao crescimento da obesidade no Brasil, cerca de 12% ao ano (FIOLET, 2018; BRASIL, 2018).

A obesidade é uma doença crônica e caracteriza-se pelo armazenamento de gordura no organismo; atualmente está associada a riscos para a saúde em virtude

da relação com diversas complicações metabólicas. Integra o grupo de doenças crônicas não transmissíveis, sendo considerada o problema número um de saúde pública mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual relatou que a incidência de sobrepeso e obesidade entre a população de países emergentes, como o Brasil, tem crescido a taxas alarmantes, principalmente nas áreas urbanas. Atualmente a obesidade atinge 18,9% dos brasileiros; já o sobrepeso atinge mais da metade da população, 54% (BRASIL, 2018).

Um estudo realizado pela Vigitel Brasil Saúde Suplementar (2016) concluiu que, apesar do aumento no consumo de frutas e hortaliças nos últimos anos, a proporção de adultos com excesso de peso vem aumentando desde 2008, passando de 46,5% para 54% da população. O mesmo ocorre com a proporção de obesos, que aumentou de 12,5% para 18,9% (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Entre os fatores determinantes para a ocorrência do sobrepeso e da obesidade estão o balanço energético positivo (quantidade de energia consumida maior que o gasto) e alguns tratamentos e medicamentos (psicofármacos e corticóides) (UARY; ALBALA; KAIN, 2001; BERALDO; VAZ; NAVES, 2004).

Estudos mostram que o Excesso de Peso (EP) é considerado Fator de Risco (FR) à saúde por aumentar a incidência de complicações, como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, como as Dislipidemias (DLP), trombose, neoplasias, aumentando a taxa de mortes prematuras (WHO, 1998; BERALDO; VAZ; NAVES, 2004; LOTUFO, 2000).

O Índice de Massa Corpórea (IMC) define o EP, dividido em sobrepeso e obesidade, tem determinação rápida na prática clínica por meio do método do (IMC), estimado pela relação do peso sobre a altura ao quadrado (kg/m²) de acordo com a fórmula abaixo (WORLD HEALTHY ORGANIZATION, 1998; CONSENSO LATINO AMERICANO DE OBESIDADE, 2011):

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$$

Equação (1)

Para avaliação nutricional de adultos, a obesidade é dimensionada pelo IMC, que está relacionado com uma maior morbimortalidade acima ou abaixo dos intervalos padronizados (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2003).

Figura 1 - Valores do Índice de Massa Corporal

IMC	Classificação
< 16	Magreza grave
16 a < 17	Magreza moderada
17 a < 18,5	Magreza leve
18,5 a < 25	Saudável
25 a < 30	Sobrepeso
30 a < 35	Obesidade Grau I
35 a < 40	Obesidade Grau II (severa)
≥ 40	Obesidade Grau III (mórbida)

Fonte: Santos, 2015

Os valores de IMC considerados normais para adultos são de 17,9 a 24,9. Desta maneira, aqueles indivíduos que estão entre 25 e 29,9 kg/m² correspondem ao sobrepeso e, acima de 30 kg/m², à obesidade, sendo está classificada em termos de gravidade como obesidades grau I (de 30 a 34,9 kg/m²), grau II (35 a 39,9 kg/m²) e grau III (acima de 40 kg/m²) (WHO, 1998; CLAO, 2011; BERALDO; VAZ; NAVES, 2004).

O IMC, além de ser reconhecido internacionalmente, ainda avalia o nível de gordura de cada pessoa, determinando magreza extrema/abaixo do peso normal; ou se a pessoa está dentro do limite ou acima, ou seja, com excesso de peso/obesidade (WHO, 1998; CLAO, 2011; BERALDO; VAZ; NAVES, 2004).

Nesse sentido, a avaliação do IMC é importante para identificar complicações relacionadas ao risco de outras doenças como, por exemplo, alteração no colesterol, alteração do nível de açúcar no sangue, sedentarismo, hereditariedade, entre outros, e com o risco de desenvolvimento de doenças relacionadas com a subnutrição (inflamação nervosa, cegueira, anemia, diarreia, ulcerações bucais e gastrointestinais, entre outros) (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Outro fator que vem contribuindo para o crescimento do número de pessoas com sobrepeso e obesidade no Brasil decorre do fato de que nas últimas décadas,

com o início da “Era tecnológica” e mudanças estruturais no mercado de trabalho, vem aumentando o número de trabalhadores que se alimentam fora de casa. Eles correspondem de 70% a 80% do total de profissionais. Por outro lado, aqueles que se alimentam em casa, ou levam alimentos de casa para consumirem no trabalho, têm diminuído em todos os setores da economia (GRANDJEAN, 1988; MARINHO, et al., 2003).

Segundo pesquisa realizada pelo IBGE, 34% dos brasileiros alimentam-se fora do seu lar. A pesquisa mostra que a grande maioria são trabalhadores que ficam o dia inteiro fora de casa e procuram restaurantes, lanchonetes, “*fast foods*”, entre outros, para se alimentar. Geralmente a maioria desses estabelecimentos oferece alimentos ricos em gorduras, conservantes, corantes, entre outros (BRASIL, 2017).

Uma das categorias de profissionais que se alimentam fora de casa é a dos funcionários das instituições financeiras. O cotidiano extremamente acelerado, a ansiedade, a pressa e as longas e cansativas rotinas podem interferir em suas escolhas e padrões alimentares. Nesse sentido, observa-se uma associação positiva entre profissionais que consomem alimentos fora de casa com maiores taxas de prevalência de doenças crônicas (VIANA; ANDRADE; BACK; VASCONCELLOS, 2010).

Nos últimos anos, o INSS e o Ministério do Trabalho identificaram que cerca de 100 mil trabalhadores são afastados do trabalho anualmente; dentro desses afastamentos, incluem-se os funcionários de instituições financeiras, por questões de saúde, inclusive os problemas causados pela obesidade. Houve também aumento de funcionários com dificuldades de adaptação ergonômica nos ambientes de trabalho causadas pelo excesso de peso. Cabe ressaltar que a classificação do Código Internacional de Doenças (CIDs) inclui as Doenças Nutricionais que contribuem para as questões que interferem no trabalho (BRASIL, 2017).

Um estudo realizado pelo *World Obesity Federation* (WOF) (2017) mostrou que no Brasil os custos anuais com problemas de saúde provocados pelo excesso de peso subirão de US\$ 16,7 bilhões em 2014 para US\$ 34 bilhões em 2025.

Por outro lado, foi publicado, em 2006, e atualizado, em 2014, pelo Ministério da Saúde (MS), o guia alimentar que aborda os princípios e as recomendações para

uma alimentação adequada e saudável, tendo como apoio as ações de educação alimentar e nutricional para a população brasileira. A criação do guia alimentar recomendado pela OMS contribui para que as informações de boas práticas alimentares possam apoiar ações em educação alimentar em diversos setores da sociedade, incluindo as empresas (BRASIL, 2018).

Dessa forma, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou dados em 2015 mostrando que menos da metade das empresas brasileiras têm programas de incentivos à alimentação saudável para seus funcionários. Porém, as companhias que aderiram a essa prática identificaram que as ações para o consumo de alimentos saudáveis foi um investimento. Foram comprovados redução do absenteísmo no trabalho, diminuição dos afastamentos e aumento na produtividade (OIT, 2015).

Diante dos assuntos abordados, percebe-se que diversos trabalhadores convivem com doenças associadas à carência de nutrientes no organismo. Nesse sentido, é possível evidenciar a importância da alimentação saudável para melhorar a capacidade de trabalho, sendo uma forma de reduzir gastos, e, sobretudo, melhorar a qualidade de vida dos funcionários (FONSECA; CHOR; VALENTE, 1999; ARAÚJO; COSTA-SOUZA; TRAD, 2010).

Assim, ressalta-se a importância de o poder público, juntamente com as empresas, desenvolver ações de incentivos aos trabalhadores para consumirem alimentos saudáveis, visando melhorar a produtividade e a saúde das pessoas.

2.7 Trabalho e saúde emocional

A saúde emocional está associada à saúde física e mental das pessoas, e pode influenciar na vida pessoal, social e profissional dos indivíduos.

A palavra “emoção” significa “mover para fora”, é um movimento expressivo, resultante de um estado de dor ou de prazer. A influência das emoções na saúde humana já era apontada pelo grego Hipócrates no século IV a.C. Na Grécia Antiga, Aristóteles e Hipócrates consideravam o homem como uma unidade indivisível do físico e emocional.

Durante muitos anos, as emoções foram interpretadas como algo a ser reprimido e controlado, a fim de não perturbar o raciocínio lógico. Contudo, estudos recentes, tendo em vista o desenvolvimento do indivíduo e a saúde humana, numa perspectiva biopsicossocial, estão valorizando cada vez mais os aspectos emocionais das pessoas (VOLICH, 2000; REICH, 2001, p. 332. MARTINS; MELLO, 2016).

Existem emoções positivas e emoções negativas. As positivas são aquelas que geram experiência agradável, como alegria, autoconfiança, capacidade de lidar com o estresse, amor pela vida, flexibilidade de aprender, entre outras. As emoções negativas são aquelas que produzem sentimentos desagradáveis, como ansiedade, raiva, tristeza, medo, desprezo, entre outros (ZORZANELLI; ORTEGA, 2011; MARTINS; MELLO, 2016).

Os autores supracitados ainda ressaltam que já existem dados suficientes afirmando que as emoções positivas potenciam a saúde física e mental, já as emoções negativas tendem a comprometê-las.

Da mesma forma que é necessário esforço para as pessoas terem uma boa saúde física, também é preciso grande empenho para obter boa saúde emocional. Os indivíduos que procuram melhorar e controlar sua saúde emocional podem obter diversos benefícios em todos os aspectos da vida, como melhorias em sua saúde física, ajudando a prevenir diversos tipos de doenças, relacionando-se melhor com as pessoas e também podendo produzir mais em seus trabalhos (LECLERC, *et al.*, 2018).

A repetição de emoções negativas é capaz de influenciar a produção de enzimas e toxinas cerebrais que podem ser causadoras de diversos tipos de doenças físicas gastrointestinais, cardiovasculares, alérgicas, entre outras. E também podem influenciar na saúde mental, levando a pessoa a desenvolver diversos tipos de transtornos psíquicos, estresse, depressão, entre outros (LOWEN, 1984, p. 152; ZORZANELLI; ORTEGA, 2011).

Os autores ainda destacam que a saúde emocional não está associada apenas à vida pessoal e familiar dos indivíduos, mas está relacionada também à vida profissional, de acordo com as emoções que vivem no dia a dia de seus trabalhos (ZORZANELLI; ORTEGA, 2011).

Nas últimas décadas, o processo de reestruturação produtiva que vem ocorrendo nas empresas, por meio da introdução de inovações tanto tecnológica quanto de gestão integrada e flexível, gera fatores que vêm contribuindo para o aumento das doenças emocionais dos trabalhadores (FERREIRA, 1986; GARAY, 2001).

Dentre os setores da economia nos quais estão ocorrendo essas mudanças, os bancos brasileiros ocupam uma posição importante. As instituições financeiras vêm crescendo anualmente em lucros e investindo cada vez mais em tecnologia. Por outro lado, mudaram também os requisitos exigidos aos trabalhadores bancários. Os profissionais precisam ser polivalentes, flexíveis, ter nível alto de escolaridade, ter capacidade de lidar com pressões, cumprir jornadas de trabalho extensas e cansativas, mostrar rapidez na entrega das metas exigidas pelos bancos e ainda conviver com o medo da demissão. Esses fatos vêm contribuindo para a repetição de emoções negativas nos funcionários, podendo causar diversos tipos de doenças físicas e psíquicas (BRESCIANI, 1999; ALVES, 2008; FILGUEIRAS, 2001).

Segundo dados do INSS, no ano de 2013 cerca de 20 mil bancários foram afastados; desses, aproximadamente 53% tiveram como causas principais os transtornos mentais (BRASIL, 2013).

A Justiça do Trabalho vem observando esses fatos e punindo os bancos, que têm pagado altos valores em processos trabalhistas relativos à saúde mental dos bancários. Todavia, como as pressões sobre os trabalhadores são tão grandes e tão comuns, muitas vezes o magistrado e o próprio Tribunal vêm se tornando insensíveis à questão (FRAGA, 2017).

Diante desse cenário, cresce anualmente no mundo o número de pessoas com doenças relacionadas à saúde emocional. A OMS revela que até 2020 a depressão será a doença mais incapacitante do mundo. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) estima que entre 20% e 25% da população tiveram, têm ou terão um quadro de depressão em algum momento da vida; esse fato pode levar as pessoas a se afastarem dos seus trabalhos, podendo aumentar cada vez mais os gastos dos cofres públicos com benefícios concedidos (GUIMARÃES, 2016).

Nos Estados Unidos, o Instituto Americano de Estresse relatou que 80% de todos os acidentes de trabalho têm o estresse como um dos maiores fatores envolvidos (ATKINSON, 2004).

Na Austrália tem crescido continuamente o número de processos baseados no estresse ocupacional (CAUFIELD; DE ONIS; BLÖSSNER; BLACK, 2004).

A indústria britânica e a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho relataram que o estresse afeta um terço dos trabalhadores europeus (GIGA; COOPER; FARAGER, 2003).

Em face desses fatos, algumas empresas têm cada vez mais tomando consciência da necessidade do cuidado com a saúde emocional dos seus funcionários, visando ao bom desempenho pessoal e profissional. Algumas companhias em países desenvolvidos implementaram programas de treinamento emocional para seus líderes e funcionários. Dos resultados já observados, constata-se que o treinamento emocional melhora as relações interpessoais na família, no trabalho e, conseqüentemente, leva a uma maior satisfação na vida pessoal, social e profissional (MARTINS; MELLO, 2016).

No Brasil, existem empresas que investem em ações de melhoria para a saúde emocional dos trabalhadores, com atuações do assistente social e canais onde o trabalhador possa ser ouvido e apoiado. Essas companhias relatam que após esses incentivos houve uma redução significativa nos afastamentos por doenças relacionadas ao estresse e também por doenças físicas (SENDIN, 2016).

Sobre o tema abordado, ainda existem muitos assuntos a serem discutidos e muitas conquistas a serem alcançadas. Os movimentos sociais trabalhistas obtiveram sucesso em várias jornadas ao longo dos séculos anteriores. Contudo, o dilema enfrentado pela sociedade pós-moderna é a alteração na estrutura dos problemas inibidores do desenvolvimento do indivíduo (SALECL, 2005, p. 8).

O mercado capitalista quer comprar do trabalhador sua capacidade de trabalho em horas, com a condição de que ele esteja disposto a vender também sua capacidade técnica e negociar sua saúde para a execução de atividades, que podem desencadear diversos problemas. Conseqüentemente, o trabalhador que possui qualquer comprometimento em sua saúde terá dificuldades em participar

desse seletivo mercado de trocas, afetando diretamente as suas condições de vida (PENELLA, 2000; ALVES, 2008).

Sendo assim, ressalta-se a importância do cuidado com a saúde emocional dos trabalhadores. Os incentivos das políticas públicas em parceria com as empresas, em ações que visem melhorar a saúde emocional dos profissionais, podem ajudar a reduzir o número de afastamentos, melhorar a produtividade, reduzir os custos com planos de saúde e previdência social. E, como consequência disso, melhorando a qualidade de vida dos funcionários, as empresas podem melhorar seus resultados.

2.8 Trabalho e saúde espiritual

Considerando que o homem é um ser biopsicossocial e espiritual, a espiritualidade pode ajudar na recuperação e/ou na manutenção da saúde física, mental e conseqüentemente no trabalho.

A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus*, que quer dizer “sopro”, em referência ao sopro da vida. É uma dimensão que aborda possibilidades de imaginar e acreditar, ter consciência transcendente e sentir gratidão pela vida (GOLDDTEIN; SOMMERHALDER, 2002, HUNTER; 2004); refere-se à relação que dá sentido à vida, corresponde às vivências da pessoa no decorrer do tempo (ARAÚJO *et al.*, 2015).

No senso comum, muitas vezes espiritualidade é confundida com religião, que se trata da crença na existência de um poder ou princípio superior, sobrenatural, do qual depende o destino do ser humano e ao qual se deve respeito. No entanto, espiritualidade e religião são consideradas complementares e distintas (BRITO *et al.*, 2013).

Nesse sentido, encontrar uma definição para espiritualidade torna-se um desafio, pois nenhuma das existentes consegue abranger todo o seu significado. Entretanto, pode-se dizer que a espiritualidade é formada por diferentes conceitos interligados e domina a existência humana e a essência do que é o indivíduo (DEZORZI; CROSSETTI, 2008; ROSS, 2006).

Na história da humanidade pode-se confirmar a influência de crenças, de práticas e de experiências espirituais na vida das pessoas, mostrando que a espiritualidade foi e é um componente de destaque e de influência em muitas sociedades (MOREIRA-ALMEIDA, 2007).

Nas últimas décadas, a relação entre espiritualidade e saúde tem sido cada vez mais observada e estudada por muitos pesquisadores, como Guimarães; Avezum, 2007; Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig (2006), que apontam que pessoas envolvidas com práticas espirituais ou religiosas tendem a ser fisicamente e mentalmente mais saudáveis, têm rotinas de vida mais equilibradas e usam menos os serviços de saúde.

A saúde espiritual vem ganhando cada vez mais atenção da sociedade; com o desenvolvimento tecnológico e com o ritmo de vida cada vez mais acelerado das pessoas, esta dimensão do ser humano muitas vezes fica esquecida. Pauchant (2002) afirma que a espiritualidade contribui para melhorar as relações dos indivíduos com o mundo atual.

A princípio, é possível considerar que espiritualidade e mundo do trabalho são dois âmbitos incompatíveis da existência humana, sobretudo no que se refere as instituições financeiras, que crescem cada vez mais em lucros e tecnologias nas últimas décadas. Em contrapartida, os profissionais precisam ser cada vez mais polivalentes, flexíveis, ter capacidade de lidar com pressões para o cumprimento das metas de produtos e serviços, entre outros. Esses acontecimentos favorecem o aumento da individualidade no trabalho, a concorrência, a insatisfação, entre outros, podendo influenciar na saúde dos trabalhadores (GIACALONE; JURKIEWICZ, 2003).

Por outro lado, a prática da espiritualidade no trabalho já é bastante comum em várias empresas. Em algumas organizações vem sendo inserida uma perspectiva vinculada à postura humanista diante do mundo, como a paz interior, a verdade, o respeito e a honestidade, que se relacionam a uma busca por significado, equilíbrio e maior integração da empresa com a sociedade. Para essas empresas, a falta de confiabilidade e de respeito entre os funcionários e a sociedade aumenta muito os custos e juros pagos por novos contratos de trabalho e afastamentos por doenças físicas e mentais (ASHAR; LANE-MAHER, 2004).

No Brasil ainda não há registro do número de empresas que possuem estratégias voltadas para a saúde espiritual dos trabalhadores, mas sabe-se que algumas companhias vêm adotando medidas como incentivos à prática de atividades relacionadas à melhoria da saúde espiritual dos profissionais (BRASIL, 2019).

O MS desde a década de 80 oferece como parte do tratamento de algumas doenças as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), que utilizam recursos terapêuticos como yoga, terapias de florais, meditação, acupuntura, entre outros. Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece de forma integral e gratuita 29 procedimentos de PICS à população (BRASIL, 2019).

Assim, diante do exposto, torna-se relevante aprofundar as questões relacionadas à saúde espiritual dos trabalhadores, vez que as práticas complementares são importantes não só para o fortalecimento da dimensão física, mas também da mental e da espiritual. Nesse sentido, ressalta-se a importância de as políticas públicas junto com as empresas desenvolverem ações de incentivo para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

3. MÉTODO

Em geral, o método de pesquisa compreende basicamente um conjunto de dados iniciais, ou seja, é o corpo de regras e procedimentos estabelecidos para realizar uma pesquisa (DEMO, 2000).

No desenvolvimento da pesquisa, o método, conforme mencionam Lakatos e Marconi (2004, p. 26), “define, de forma detalhada, precisa, o caminho a ser perseguido, auxiliando os pesquisadores nas suas decisões”.

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quantitativa.

Uma pesquisa descritiva, “visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou as relações entre as variáveis” (GIL, 2002, p. 42).

A abordagem quantitativa busca enfatizar as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A realização da pesquisa quantitativa neste estudo utiliza-se da estatística para quantificar informações sobre o perfil de saúde dos funcionários de uma instituição financeira.

Para este estudo, optou-se por questionários de múltipla escolha, com perguntas claras e objetivas, priorizando os resultados numéricos propostos para avaliar as informações dos indivíduos pesquisados que atuam na instituição.

3.2 População / Amostra

A população desta pesquisa foi composta por funcionários de uma Instituição Financeira, que possui 550 funcionários atuantes internamente nas agências da cidade de São Paulo, compreendendo as regiões sul, norte, leste e oeste. A amostra foi constituída por 65 funcionários, e para o cálculo amostral foi utilizada a seguinte Equação (2), de acordo com Santos (2015):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Equação (2)

Onde:

n – amostra calculada

N – população

Z – variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p – verdadeira probabilidade do evento

e – erro formal amostral (5%).

A amostra simples não estratificada foi definida por critérios probabilísticos, por meio de cálculo amostral, com margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando num total de 65 funcionários, porém 76 pessoas aceitaram participar do estudo, alocados que responderam o questionário.

A escolha dos funcionários participantes considerou como critério de inclusão o tempo de contratação de pelo menos um ano, ambos os sexos, estar em exercício pleno do cargo e atuando nos cargos de operador de mesa, analista de cadastro e assessor de investimentos, sem manifestar intenção de afastamento do cargo. A escolha destes cargos ocorreu por se considerar que os funcionários que os ocupam estão mais expostos a pressões para o cumprimento das metas de produtos e serviços, bem como ao atendimento aos clientes diariamente.

Os operadores de mesa negociam operações no mercado financeiro nacional e internacional; intermediam negócios de mercadorias e serviços, como compra e venda de títulos, moedas e mercadorias nos mercados a vista e futuros; realizam pesquisa e análise de mercado, por meio de jornais, revistas, relatórios de consultorias e órgãos especializados; fecham operações; exercem atividades de captação e manutenção de clientes, atendendo às suas necessidades e orientando-os com relação às aplicações e momentos adequados; gerenciam posições (BRASIL, 2019).

Os analistas de cadastro administram fundos e carteiras de investimentos em instituições financeiras; desenvolvem, implantam e administram produtos e serviços bancários; analisam operações de crédito e de cobrança e operacionalizam

contratos de financiamento e, ou empréstimos; controlam recursos para crédito obrigatório e gerenciam cobranças; preparam e consolidam informações gerenciais e econômico-financeiras; estabelecem relacionamento entre empresa e mercado financeiro; relatam aos setores, clientes e investidores, oralmente ou por escrito, a situação dos produtos e serviços (BRASIL, 2019).

Os assessores de investimentos prospectam clientes para investimentos na bolsa de valores, prestando assessoria no mercado de capitais; identificam perfil de investidor; estudam viabilidade; elaboram estratégia de investimentos e auxiliam na tomada de decisões (BRASIL, 2019).

Como critério de exclusão, foi considerada a manifestação pessoal de não querer participar, mesmo se a pessoa atendesse os critérios de inclusão.

3.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foi o questionário, elaborado pela autora da pesquisa e enviado por e-mail aos colaboradores participantes da pesquisa (Apêndice I). Junto com o questionário foi enviada uma carta explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, no prazo estabelecido.

O questionário continha 20 questões de múltipla escolha. A organização das perguntas foi dividida em quatro partes:

- **A primeira, levantamento dos dados de identificação:** gênero, idade escolaridade e estado civil.
- **A segunda, o levantamento dos dados antropométricos:** o peso e a altura dos funcionários, tendo sido depois calculado o Índice de Massa Corporal (IMC).
- **A terceira, levantamento das funções desempenhadas na instituição e outros:** funções desempenhadas na instituição, renda mensal, tempo de trabalho na instituição.

- **A quarta, levantamento de dados referentes à saúde dos funcionários da instituição:** utilização do serviço de saúde nos últimos 30 dias, local do almoço, tempo de pausa, se realiza acompanhamento nutricional, prática de atividades físicas e lazer, se possui alguma doença crônica, uso de medicamentos, se o cuidado com a saúde faz com que as pessoas trabalhem melhor.

3.4 Procedimentos para coleta de dados

Devido à participação de seres humanos para a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, que tem a finalidade maior de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Após sua aprovação, por meio de protocolo (CEP- UNITAU 91936818.20000.5501),(Anexo I), foi solicitada a autorização do gestor da instituição financeira para se realizar a coleta de dados.

Primeiramente, foi realizada reunião com os participantes, apresentando juntamente com as orientações sobre o objetivo da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)) aos indivíduos que aceitarem participar do estudo, sendo-lhes garantido o sigilo de sua identidade, bem como assegurando sua saída do presente estudo, se assim desejassem, a qualquer tempo. Em seguida, o questionário foi enviado pelo e-mail da instituição financeira aos colaboradores participantes da pesquisa e junto com o questionário foi enviada uma carta explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, no prazo estabelecido.

As informações foram armazenadas no formato digital e serão mantidas sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, quando então serão inutilizadas.

3.5 Procedimentos para apresentação e análise de dados

Após a obtenção dos dados por meio do questionário, esses foram importados para o Software intitulado Sphinx. O Software Sphinx é uma ferramenta para análise de dados quantitativos e qualitativos criada em 1989 na França e trazida ao Brasil no ano de 1995, por pesquisadores vinculados ao Grupo de Estudos GIANTI da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Os dados foram apresentados em números absolutos e percentuais, na forma de gráficos e tabelas, e analisados à luz da Literatura sobre o tema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta etapa da pesquisa, as informações foram organizadas em forma de tabelas e figuras para melhor visualização das características e respostas dos participantes. Os dados foram representados em números absolutos e percentuais, com o cruzamento das respostas com duas variáveis para análise: o sexo e a questão em estudo. Dessa forma, essas variáveis foram comparadas com o objetivo de revelar a representatividade das informações. Foram devolvidos 76 (setenta e seis) questionários, que foram utilizados para tabulação e análise.

A tabela 1 mostra os dados de identificação dos sujeitos envolvidos na pesquisa; observou-se a predominância do sexo feminino, totalizando (52 / 68,4%).

Tabela 1 – Distribuição dos dados de identificação dos funcionários da instituição, segundo sexo e idade (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	
Idade ↓							
20-30 anos	5	23,8%	16	76,2%	21	100%	27,64%
31-40 anos	9	28,1%	23	71,9%	32	100%	42,10%
41-50 anos	5	38,5%	8	61,5%	13	100%	17,10%
Acima de 51 anos	5	50%	5	50%	10	100%	13,16%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76		100%

Fonte: Dados da pesquisa

No Brasil, o início da participação da mulher no mercado de trabalho se remete ao ano de 1932, e vem crescendo no decorrer das décadas em vários setores de tal mercado. O número de mulheres que representa a categoria das que trabalham em instituições financeiras também aumentou nos últimos anos (SEGNINI, 1998; GUIRALDELLI, 2007).

Uma pesquisa realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2012) identificou que dos 512 mil trabalhadores do sistema financeiro nacional, as mulheres representavam 48,7%. Na cidade de

São Paulo, elas correspondem a 53% do total de trabalhadores bancários. Esse fato se deve às mudanças do trabalho bancário, que se transformaram em venda de produtos; os bancos passaram a ressaltar as “qualidades caracteristicamente femininas”, como paciência e habilidade no trato com os clientes; em casos mais graves, chegando a explorar a imagem do corpo feminino (BRASIL, 2012).

Relativamente à faixa etária, identificou-se que a maioria dos participantes tinha entre 31 e 40 anos (32 / 42,10%). A tabela apresentou também um menor número de funcionários acima de 51 anos (10 / 13,16%). Segundo o Sindicato dos Bancários, em 2018 o percentual dos demitidos com mais de 50 anos era de 61%; a idade média dos trabalhadores ativos estava entre 31 e 40 anos, e as contratações concentravam-se entre as faixas etárias de 18 a 29 anos. Assim, a presente pesquisa confirmou os números apresentados pelo Sindicato, com menor taxa de permanência na instituição financeira os funcionários que tinham entre 20 e 30 anos e com mais de 51 anos de idade.

A tabela 2 apresenta os dados referentes à escolaridade dos participantes segundo o sexo; observou-se a predominância de funcionários com nível superior completo (40 / 52,63%) e pós-graduados (30 / 39,47%).

Tabela 2 – Distribuição dos dados de identificação segundo escolaridade e sexo (São Paulo, 2018)

Escolaridade ↓	Sexo →	Masculino			Feminino			Total	
		Freq.	% Obs.	Desvio	Freq.	% Obs.	Desvio	Freq.	% Obs.
Segundo Grau		2	66,7%		1	33,3%		3	100% 3,95%
Superior Completo		16	40%	+ PS	24	60%	- PS	40	100% 52,63%
Superior Incompleto		2	66,7%		1	33,3%		3	100% 3,95%
Pós-graduado		4	13,3%	- TS	26	86,7%	+ TS	30	100% 39,47%
Total		24	31,6%		52	68,4%		76	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo pesquisa realizada na região da grande São Paulo, 2,2% da categoria bancária são portadores de diploma de primeiro grau; 40,4%, de segundo grau e 57,4% possuem o ensino superior e pós-graduação. Portanto, trata-se de

uma categoria altamente escolarizada, no contexto de um país que apresenta elevado déficit educacional, tendo em vista que somente 11,2% da população concluíram o ensino superior. Nos últimos anos, os bancos vêm reduzindo o número de funcionários que possuem apenas o segundo grau, e aumentando as contratações de profissionais com ensino superior e pós-graduação, de acordo com o Instituto de Análises sobre o Desenvolvimento (IADES, 2012).

Observou-se também que o maior grau de escolaridade era do sexo feminino. No ensino superior completo (24 / 60%) e na pós-graduação (26 / 86,7%) os maiores números eram de mulheres. Nesse sentido, confirmam-se as averiguações realizadas sobre a instrução das mulheres brasileiras. Uma pesquisa realizada pelo IBGE, em 2016, revelou que tomando como base a população de 25 anos ou mais idade, com ensino superior completo, as mulheres somam 23,5% e os homens 20,7%. Nos cursos de pós-graduação, o estudo aponta que as mulheres são maioria nessa modalidade da educação brasileira. Os números mais recentes, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível superior (CAPES), de 2016, indicam 165.564 mulheres matriculadas e intituladas, enquanto os homens somam 138.462; uma diferença de aproximadamente 19%.

A tabela 3 mostra o estado civil dos participantes segundo o sexo, evidenciou-se a predominância do número de profissionais casados (51 / 67,11%). Observou-se também por meio deste resultado que a maioria dos participantes era do sexo feminino (35 / 68,6%).

Tabela 3 – Distribuição dos dados de identificação segundo estado civil e sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
Estado civil ↓	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	
Solteiro	6	33,3%	12	66,7%	18	100%	23,67%
Casado	16	31,4%	35	68,6%	51	100%	67,11%
Viúvo	0	0%	1	100%	1	100%	1,32%
Separado/divorciado	2	33,3%	4	66,7%	6	100%	7,9%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76		100%

Fonte: Dados da pesquisa

Esses números comprovam a participação cada vez maior de mulheres casadas no mercado de trabalho. Nas últimas décadas, devido a diversas mudanças em vários setores da economia, como o processo de reestruturação produtiva e o fechamento de muitos postos de trabalho, o número de mulheres casadas que atua em várias atividades econômicas vem crescendo. Na ótica das relações de gênero, trata-se de uma conquista social, na busca de oportunidades iguais às vivenciadas pelos homens no mundo do trabalho; sob a ótica do cenário econômico, as mulheres possuem mais altos níveis de instrução, e também a esposa inserida no mercado de trabalho constitui-se num elemento fundamental para a determinação da capacidade de a família se adaptar às crises do mercado, ou seja, a necessidade de complementar ou até mesmo ser a principal fonte de renda da família (SCORZAFANE, 2001).

A tabela 4 apresenta o peso dos envolvidos na pesquisa segundo o sexo; observou-se que a média dos participantes era de 72,78kg, com destaque aos do sexo masculino, 88,29kg. O desvio padrão, que segundo Karl Pearson (1857-1936) é uma medida que expressa o grau de dispersão de um conjunto de dados, apresentou-se no valor total de 15,56.

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos envolvidos na pesquisa do cruzamento do peso com o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino	Feminino	Total
Peso ↓			
Média	88,29	65,62	72,78
Desvio padrão	12,9	10,74	15,56
 Mínimo – Máximo	 70 - 120	 50 - 99	 50 - 120
 Frequência	 24 / 31,6%	 52 / 68,4%	 76 / 100%

Fonte: Dados da pesquisa

O peso mínimo foi de 50kg e o máximo 120kg. Um estudo publicado na revista científica *BMC Public Health* em 2016 mostrou que o peso médio dos homens brasileiros é de 73kg e das mulheres 63kg. Os resultados desta questão revelaram que a média de peso dos homens está acima da média nacional, e das mulheres está dentro da média das mulheres brasileiras.

Dessa forma, evidencia-se o que as pesquisas de abrangência nacional mostram sobre a prevalência do excesso de peso e obesidade, que aumentam na população adulta, de forma diferenciada entre os sexos. Nos últimos anos, o excesso de peso e a obesidade foram mais prevalentes entre os homens. O excesso de peso pode levar à obesidade, que se trata de uma doença crônica e se caracteriza pelo armazenamento de gordura no organismo; atualmente está associada a riscos para a saúde em virtude da relação com diversas complicações metabólicas. Integra o grupo de doenças crônicas não transmissíveis. Segundo a OMS, a incidência de sobrepeso e obesidade entre a população de países emergentes, como o Brasil, tem crescido a taxas alarmantes, principalmente nas áreas urbanas. Atualmente, a obesidade atinge 18,9% dos brasileiros, já o sobrepeso atinge mais da metade da população, 54% (GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2006, BRASIL, 2018).

Segundo a pesquisa realizada pelo IBGE, o sobrepeso no sexo masculino saltou de 18,5% em 1974-1975 para 50,1% em 2008-2009. O instituto ainda ressaltou que os principais motivos para o aumento desses resultados são falta de uma alimentação saudável, ausência de exercícios físicos e aumento do estresse causado pelo excesso de trabalho (BRASIL, 2017).

A tabela 5 mostra a altura dos participantes segundo o sexo; a média foi de 1,67m, destacando-se o sexo masculino, 1,78m. O desvio padrão total foi de 9,39, com maior predominância dos homens. A altura mínima foi de 1,53m e a altura máxima foi de 1,92m.

Tabela 5 – Distribuição da altura dos sujeitos segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino	Feminino	Total
Altura ↓			
Média	178,5	162,75	167,72
Desvio padrão	6,91	5,32	9,39
Mínima – Máxima	166 - 192	153 - 172	153 - 192
Frequência	24 / 31,6%	52 / 68,4%	76 / 100%

Fonte: Dados da pesquisa

O resultado da pesquisa confirmou a média de altura dos brasileiros. Uma pesquisa publicada na revista científica *eLife* (2016) mapeou tendências de altura da população em 187 países desde 1914. Sobre os brasileiros, o resultado é que os homens têm em média 1,73m e as mulheres, 1,60m. Ambos registraram o mesmo crescimento desde 1914: 8,6cm.

A tabela 6 apresenta o IMC dos envolvidos na pesquisa segundo o sexo, a média total foi de 25,71; segundo a tabela do IMC, esse resultado é considerado sobrepeso. Os homens apresentaram média mais elevada, 27,67, sobrepeso, com total mínimo de 22, peso ideal, e máximo 35, obesidade de grau II. Já nas mulheres a média foi de 24,81, peso ideal, o valor mínimo foi de 19, peso ideal, e o máximo 37, obesidade de grau II. O desvio padrão foi de 4,01.

Tabela 6 – Distribuição do IMC dos sujeitos segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino	Feminino	Total
IMC ↓			
Média	27,67	24,81	25,71
Desvio padrão	3,21	4,05	4,01
Mínimo – Máximo	22 - 35	19 - 37	19 - 37
Frequência	24 / 31,6%	52 / 68,4%	76 / 100%

Fonte: Dados da pesquisa

O Índice de Massa Corpórea (IMC) define o EP, dividido em sobrepeso e obesidade, tem determinação rápida na prática clínica por meio do método do IMC,

estimado pela relação do peso sobre a altura ao quadrado (kg/m²) (WHO, 1998; CLAO, 2011).

O IMC avalia o nível de gordura de cada pessoa determinando magreza extrema / abaixo do peso normal, ou se a pessoa está dentro do limite ou acima dele. Nesse sentido, a avaliação do IMC é importante para ajudar a diminuir complicações para o risco de doenças relacionadas às alterações nos níveis de colesterol, alterações nos níveis de açúcar no sangue, sedentarismo, entre outras (WHO, 1998; CLAO, 2011; LEBRÃO; DUARTE, 2003).

A obesidade tem aumentado no Brasil nos últimos anos, o aumento atinge tanto a população masculina quanto a feminina. Esse fato pode ser atribuído à alimentação inadequada, falta de atividades físicas e, com o passar dos anos, à redução da taxa metabólica (MARINS, 2017; ALVES, 2017; GONÇALVES, 2017; BARROSO *et al.*, 2017; ROCHA, 2017).

O resultado desta pesquisa apresentou uma média total do IMC de sobrepeso, com participantes com peso ideal e outros com resultados bem acima do valor desejável, segundo a tabela. Assim, ressalta-se a importância do acompanhamento do IMC desses participantes, visto que o aumento pode levar ao desenvolvimento de diversos tipos de doenças crônicas, podendo afetar o trabalho e a qualidade de vida.

Devido aos resultados deste estudo terem apresentado predominância do IMC masculino mais elevado, optou-se por analisar mais amplamente os dados relacionados a essa população. Foram analisados os seguintes dados: a classificação do IMC do sexo masculino e do sexo feminino, os resultados do IMC do sexo masculino com o uso dos serviços de saúde nos últimos trinta dias, local das refeições na pausa para o almoço, prática de atividades físicas, tempo que se exercitavam, frequência semanal dos exercícios físicos, participação em atividades de lazer e doenças crônicas.

A tabela 7 mostra a distribuição dos resultados do IMC segundo sexo. Foi identificado que a maioria das mulheres apresentava IMC saudável (34 / 65,3%). Já nos homens houve predominância dos que estavam com sobrepeso (14 / 58,3%) e obesidade grau I (6 / 25%), o que sugere maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças crônicas.

Tabela 7 – Distribuição dos resultados do IMC segundo sexo (São Paulo, 2018)

Sexo	Masculino		Feminino		Total		
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	% Obs.
Saudável	4	16,7%	34	65,3%	38	100%	50%
Sobre peso	14	58,3%	12	23,1 %	26	100%	34,2%
Obesidade Grau I	6	25 %	5	9,7 %	11	100%	14,50%
Obesidade Grau II			1	1,90%	1	100%	1,3%
Total	24	100%	52	100%	76		100%

Fonte: Dados da Pesquisa

Esses resultados corroboram com o estudo divulgado pelo MS em 2017. A pesquisa publicou que nos últimos dez anos o sobrepeso na população brasileira cresceu 26,3%, passando de 42,6% em 2006, para 53,8% em 2016. De acordo com a pesquisa, esse crescimento tem sido mais comum entre os homens, que passou de 47,5% para 57,7%. Já entre as mulheres, de 40,2% para 49,1%. Dentre os motivos estão o aumento no consumo de gorduras, carboidratos, falta de atividades físicas, entre outros (BRASIL, 2017).

As ações de cuidados e prevenção ao sobrepeso e à obesidade muitas vezes são consideradas pelos homens como sinais de fragilidade, devido à cultura patriarcal que potencializa práticas baseadas em crenças e valores relacionados ao ser masculino. Dessa forma, muitos homens ainda não reconhecem o controle do peso como inerentes a sua própria condição de saúde (LAURENT *et al.*, 2005).

Assim, ressalta-se a importância das ações de prevenção e cuidado ao peso corporal voltadas para a população masculina, visto que o número de homens com sobrepeso e obesidade está crescendo anualmente no BRASIL.

A tabela 8 mostra a distribuição das funções exercidas segundo o sexo, observou-se que a predominância do cargo foi de analista de cadastro (37 / 48,69%).

Tabela 8 – Distribuição da função dos sujeitos segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Função exercida ↓	Masculino		Feminino		Total		
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	
Analista de Cadastro	10	27%	27	73%	37	100%	48,69%
Assessor de Investimento	12	37,5%	20	62,5%	32	100%	42,10%
Operador de Mesa	2	28,6%	5	71,4%	7	100%	9,21%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76		100%

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se também que, nessas tarefas, os trabalhadores exerciam funções administrativas e possuíam metas de produtos e serviços.

A polivalência das funções vem ocorrendo nas últimas décadas nas instituições financeiras, devido ao processo de reestruturação que vem acontecendo por meio das demissões, do investimento maciço dos bancos em automação e informática, visando à redução de custos operacionais e agilização no atendimento. Esse cenário tem trazido sobrecarga de trabalho aos funcionários; devido ao medo de perder o emprego, muitos cumprem jornadas extensas e exercem mais de uma função com o mesmo cargo e a mesma remuneração. Esses fatos vêm contribuindo para a recorrência de sentimentos negativos nos funcionários, podendo causar diversos tipos de doenças físicas e psíquicas (BRESCIANI, 1999; ANTUNES, 2003; SILVA; LUIZ, 2007; PINHEIRO; TARCISIO, 2007).

Dessa forma, os resultados encontrados nesta pesquisa confirmam as declarações dos autores citados acima, a polivalência das funções nas instituições financeiras.

A tabela 9 apresenta os dados referentes à distribuição da renda mensal segundo o sexo. Identificou-se que 23 (30,26%) recebiam entre cinco e sete salários mínimos, e predominou o número de mulheres com essa remuneração (14 / 60,9%). Observou-se que entre aqueles que recebiam 10 salários mínimos ou mais, a maioria era do sexo masculino (6 / 66,7%).

Tabela 9 – Distribuição da renda mensal segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino			Feminino			Total	
		%			%			
Renda mensal ↓	Freq.	Obs.	Desvio	Freq.	Obs.	Desvio	Freq.	Obs.
Até 3 salários mínimos	4	26,7%		11	73,3%		15	100% 19,74%
Entre 3 e 5 salários mínimos	5	23,8%		16	76,2%		21	100% 27,63%
Entre 5 e 7 salários mínimos	9	39,1%		14	60,9%		23	100% 30,26%
Entre 7 e 9 salários mínimos	0	0%	- S	8	100%	+ S	8	100% 10,53%
10 ou mais salários mínimos	6	66,7%	+ S	3	33,3%	- S	9	100% 11,84%
Total	24	31,6%		52	68,4%		76	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Nesse sentido, seis homens recebiam acima de dez salários mínimos, o que representava 7,9% do total dos participantes. Já entre as mulheres, apenas três eram remuneradas com mais de dez salários mínimos; elas representavam 3,5% do total dos participantes.

Nas últimas décadas, ao analisar a redução salarial por que a categoria bancária vem passando, observa-se que entre as mulheres fica em maior evidência a concentração em faixas salariais inferiores. Com a inserção feminina, uma mão de obra barata, os bancos puderam reduzir custos, intimidar os homens de forma a aceitarem salários cada vez mais baixos e ainda legitimar a desigualdade salarial entre homens e mulheres. Ainda, ressalta-se que a remuneração média dos funcionários admitidos nos últimos anos é de dois salários mínimos e meio, e a dos desligados é de cinco salários mínimos, resultando numa diferença de remuneração entre admitidos e desligados de 38,45% (JINKINGS, 2002).

Segundo pesquisa realizada pelo IBGE em 2018, o salário médio pago às mulheres era 77,5% do rendimento pago aos homens no Brasil. Já na categoria bancária, os resultados mostraram que a diferença salarial continua grande. Em janeiro de 2016, o salário médio das mulheres que ingressavam nas instituições

financeiras era de R\$ 3.065,92, valor que correspondia a 83% da remuneração média dos homens contratados no período. Para o IBGE, os resultados mostraram que a diferença salarial entre homens e mulheres no Brasil ainda é muito expressiva (BRASIL, 2018).

Assim, os resultados desta pesquisa corroboram as declarações do autor citado anteriormente: uma concentração maior de funcionários que recebiam a partir de 3 salários mínimos, até aqueles que recebiam de 5 e 7 salários. Porém, observou-se também uma minoria que recebia entre 7 e 9 salários (8 / 10,53%) e outra, que recebia 10 salários (9 / 11,84%). Sob a perspectiva de gênero, houve uma predominância dos homens que recebiam mais de dez salários mínimos (6 / 66,7%), em relação às mulheres, pois apenas três (33,3%) recebiam esses valores.

A tabela 10 mostra o tempo no local de trabalho segundo o sexo. Observou-se que 30 (39,48%) participantes trabalhavam há mais de 10 anos e destacou-se a predominância de mulheres com mais tempo de empresa (20 / 66,7%).

Tabela 10 – Distribuição do tempo de trabalho no local segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	
Tempo de trabalho no local ↓							
1 a 3 anos	5	27,8%	13	72,2%	18	100%	23,68%
Entre 3 e 5 anos	5	50%	5	50%	10	100%	13,16%
Entre 5 e 10 anos	4	22,2%	14	77,8%	18	100%	23,68%
Mais de 10 anos	10	33,3%	20	66,7%	30	100%	39,48%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76		

Fonte: Dados da pesquisa

Dessa forma, os números desta pesquisa corroboram os resultados levantados sobre o tempo de permanência dos trabalhadores nas instituições financeiras nos últimos anos. Uma pesquisa realizada pelo DIEESE, em 2017, divulgou que, do total de trabalhadores desligados dos bancos brasileiros, apenas 24,63% estavam no emprego há 10 anos ou mais. Os trabalhadores com até um ano somam 20,67% das demissões, e aqueles que estavam há menos de 5 anos no emprego representavam 38,55% do total das demissões. Assim, observa-se que

59,22% dos trabalhadores bancários são demitidos antes de completarem 5 anos no emprego, o que evidencia a alta rotatividade no setor (BRASIL, 2017).

A pesquisa ainda destacou que, apesar de maior número de mulheres estarem atuando na instituição há mais de 10 anos, também somam o maior número de demissões. Em 2017, as mulheres que tiveram vínculo empregatício rompido foram 9.306, já os homens foram 9.018.

A tabela 11 apresenta o tempo de trabalho no atual cargo, segundo o sexo. Identificou-se a predominância dos funcionários que exerciam a mesma função por 1 a 3 anos (33 / 43,42%), destacando-se o sexo feminino (23 / 69,7%).

Tabela 11 – Distribuição tempo de trabalho no cargo atual segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	
Tempo de trabalho no cargo atual ↓							
1 a 3 anos	10	30,3%	23	69,7%	33	100%	43,42%
Entre 3 e 5 anos	3	25%	9	75%	12	100%	15,79%
Entre 5 e 10 anos	5	29,4%	12	70,6%	17	100%	22,37%
Mais de 10 anos	6	42,9%	8	57,1%	14	100%	18,42%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76		100%

Fonte: Dados da pesquisa

Esse resultado confirma que o tempo de permanência no mesmo cargo está relacionado com o alto índice de rotatividade provocado pelas demissões. A pesquisa realizada pelo DIEESE, em 2017, divulgou que o total de bancários desligados com menos de 5 anos é de 59,22% (CAMPELLO, 2004; BRASIL, 2017).

4.1 Perfil de Saúde dos funcionários da instituição

As tabelas de 12 a 33 e as figuras de 2 a 7 sintetizam as respostas dos funcionários mediante aplicação do questionário, que identificou os seguintes fatores: uso dos serviços de saúde (nos últimos 30 dias), local das refeições, tempo suficiente depois do almoço para relaxar, acompanhamento nutricional, prática de

atividades físicas, participação em atividades de lazer, doenças crônicas, uso de medicamentos e importância do cuidado com a saúde para o trabalho.

A tabela 12 mostra os dados referentes ao uso recente (nos últimos 30 dias) de algum tipo de serviço de saúde. Observou-se que 54 (71,05%) participantes não fizeram uso dos serviços. Já entre aqueles que foram ao médico nos últimos 30 dias, a maioria era do sexo feminino (18 / 81,8%).

Tabela 12 – Distribuição do uso de serviço de saúde nos últimos 30 dias segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino			Feminino			Total	
	Freq.	% Obs.	Desvio	Freq.	% Obs.	Desvio	Freq.	% Obs.
Uso de serviço de Saúde Últimos 30 dias ↓								
Sim	4	18,2%	- PS	18	81,8%	+ PS	22	100% 28,95%
Não	20	37%	+ PS	34	63%	- PS	54	100% 71,05%
Total	24	31,6%		52	68,4%		76	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Dessa forma, comprovou-se que as mulheres usaram mais os serviços de saúde do que os homens. Uma pesquisa do Centro de Referência da Saúde do Homem de São Paulo do Sistema de Saúde Pública (SUS), divulgada em 2016, revelou que o número de homens que procuram um médico para fazer consultas preventivas ou quando sentem algum tipo de sintoma é 30% menor que o de mulheres, e que 60% dos pacientes chegam ao serviço de saúde com doenças avançadas (BRASIL, 2016).

Assim, ficou evidenciado que dos participantes que fizeram uso de algum tipo de serviço de saúde nos últimos 30 dias, a maioria era de mulheres (18 / 81,8%), confirmando os dados das pesquisas do SUS, apresentada anteriormente.

A tabela 13 apresenta os resultados do IMC dos participantes do sexo masculino segundo o uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias. Os dados mostraram que dos 24 participantes do sexo masculino (100%), quatro (16,6 %) fizeram uso recente, nos últimos 30 dias, de algum tipo de serviço de saúde e apresentaram sobrepeso. Porém, destacam-se aqueles que não foram ao médico

nos últimos 30 dias (20 / 83,4 %); desses 20 participantes, 10 (50%) estavam na categoria sobrepeso e seis (30%) na categoria obesidade Grau I, o que sugere maior vulnerabilidade para desenvolver doenças crônicas.

Tabela 13 - Distribuição do uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias dos participantes do sexo masculino segundo IMC (São Paulo, 2018)

IMC →	Saudável		Sobrepeso		Obesidade Grau 1				Total	
	Freq.	% Obs.	Fre q.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Fre q.	% Obs.	Fre q.	% Obs.
Uso dos serviços de saúde últimos 30 dias ↓										
Sim	0	0%	4	100%	0	0%	4	100%	4	16,6%
Não	4	20%	10	50%	6	30%	20	100%	20	83,4%
Total	4	16,6%	14	58,4%	6	25%	24	100%	24	100%

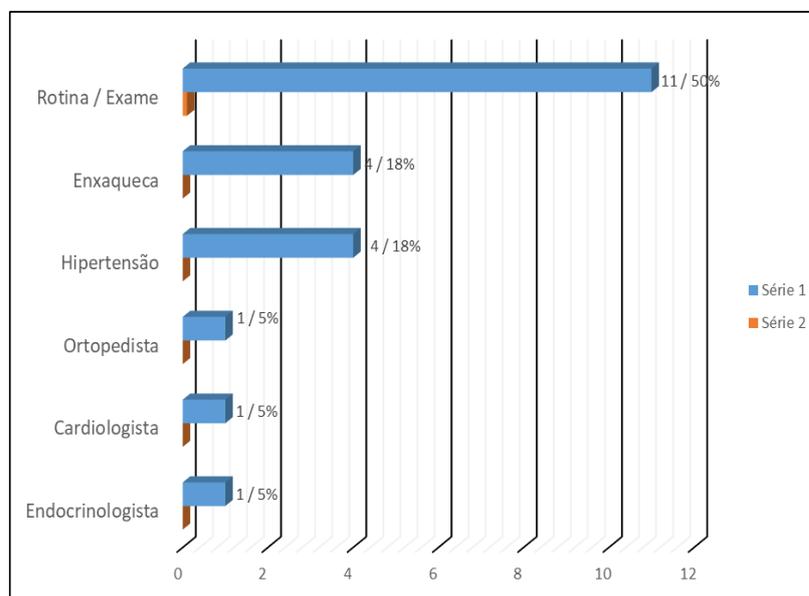
Fonte: Dados da pesquisa

Nesse sentido, estudiosos como Figueiredo (2005); Pinheiro *et al.* (2002), identificaram por meio de pesquisas comparativas entre homens e mulheres que a população masculina está cada vez mais suscetível a desenvolver doenças crônicas, e morrem mais precocemente do que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade a doenças e mortes, identificou-se que os homens não costumam buscar, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária à saúde, ocasionando, assim, maior procura dos serviços ambulatoriais apresentando diagnósticos graves, ou quando se veem impossibilitados de exercerem suas atividades laborais.

Dessa forma, por estarem os homens, cada vez mais, buscando os serviços ambulatoriais somente quando apresentam sintomas mais graves, os números de infartos e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) estão crescendo no Brasil nos últimos anos, em especial na população masculina em comparação com a feminina. Um levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) apontou que os homens morrem mais de infartos e AVCs do que as mulheres. A pesquisa ainda ressaltou que as principais causas desses diagnósticos são colesterol alto, estresse, obesidade, hipertensão, diabetes, entre outros (BRASIL, 2018).

A figura 2 apresenta os motivos do uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias; foram apontados os seguintes: exames de rotina (11 / 50%), enxaqueca (4 / 18%), hipertensão (4 / 18%), ortopedista (1 / 5%), cardiologista (1 / 5%) e endocrinologista (1 / 5%), porém, 54 (71%) participantes não responderam a questão.

Figura 2 – Motivos do uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (São Paulo, 2018)



Fonte: Dados da pesquisa

Os problemas de saúde apresentados podem estar relacionados aos níveis de estresse do trabalho executado. Trata-se de doenças de ordem física e psíquica. Por esse motivo, os bancários têm-se tornado foco de importantes estudos relacionados à saúde dos trabalhadores. As vivências de doenças associadas ao trabalho estão diretamente associadas à organização do sistema bancário, caracterizada pela competitividade, pela imposição de metas e pela sobrecarga de atividades (ANDRADE, 2001; PALACIOS DUARTE & CÂMARA, 2002; SILVA; PINHEIRO & SAKURAI, 2007; SOUSA; MESSING MENEZES; CHO, 2002; PAPARELLI, 2011; LINHARES; SIQUEIRA, 2014).

Um levantamento realizado em 2016 pelo Sindicato dos Bancários na cidade de São Paulo mostrou que, dos 4.846 entrevistados, 50% apresentaram sintomas

como dores, cansaço, fadiga muscular, entre outros. Esses sintomas podem desencadear diversos tipos de doenças crônicas, além de prejudicar a produtividade no trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores (PAPARELLI, 2011).

Sobre os participantes que não responderam a questão, este “silêncio” pode estar relacionado ao medo de expor algum tipo de doença física ou psíquica associada ao estresse do trabalho, uma vez que esta pesquisa apresentou um número considerável de trabalhadores com o IMC elevado (38 / 50 %) e também profissionais com cansaço físico e mental (49 / 64,47%).

De acordo com o Sindicato dos Bancários, em ambientes de trabalho hostis, em que há mais pressão e medo de perder o emprego, os trabalhadores não revelam seus sintomas, porém o cansaço com suas atividades profissionais pode fazer com que os profissionais desenvolvam diversos tipos de doenças físicas e psíquicas (BRASIL, 2017).

Os motivos do uso dos serviços de saúde precisam ser acompanhados, por meio de ações de incentivo e prevenção ao cuidado com a saúde dos funcionários, pois os motivos apresentados podem se tornar causas de futuros afastamentos do trabalho.

A tabela 14 mostra o local das refeições segundo o sexo. Observou-se que 43 (43 / 58,90%) participantes almoçavam em restaurantes; (30 / 69,8%) eram do sexo feminino e três participantes (3,94%) não responderam a questão.

Tabela 14 – Distribuição dos locais das refeições na pausa do almoço segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
	Freq.	Rep.	Freq.	Rep.	Freq.	Rep.	
Pausa para o almoço/ refeições		%		%		%	
↓							
Restaurantes	13	30,2%	30	69,8%	43	100%	58,90%
Traz de casa	7	28%	18	72%	25	100%	34,25%
Outros	2	40%	3	60%	5	100%	6,85%
Total	22	30,1%	51	69,9%	73		100%

Fonte: Dados da pesquisa

Em razão do tempo do horário de almoço reduzido, da dupla jornada de trabalho feminina, do pouco tempo para preparar alimentos saudáveis, e do cotidiano extremamente acelerado, no qual a ansiedade, a pressa e as longas e cansativas rotinas podem interferir em suas escolhas e padrões alimentares, a maioria das pessoas opta por alimentar-se fora do seu domicílio, o que afeta a estrutura alimentar, podendo provocar transformações nos hábitos alimentares, como aumento no consumo de carboidratos, gorduras e alimentos industrializados. Essas mudanças nos hábitos alimentares sendo incorporadas no dia a dia podem contribuir com implicações no padrão alimentar. Nesse sentido, observa-se uma associação positiva entre profissionais que consomem alimentos fora de casa com maiores taxas de prevalência de doenças crônicas (DIEZ GARCIA *et al.*, 2003; VIANA *et al.*, 2010).

Um estudo realizado pela Universidade de Campinas (UNICAMP, 2015) identificou que houve um aumento de 400% no consumo de carboidratos e alimentos industrializados. Esses números estão relacionados, segundo a pesquisa, à maior frequência das refeições consumidas fora de casa pelos trabalhadores.

Nesse sentido, os resultados mostraram que a maioria dos participantes almoçava em restaurantes, estando vulneráveis a consumir alimentos gordurosos, excesso de carboidratos e alimentos industrializados, podendo desenvolver diversos tipos de doenças crônicas.

A tabela 15 apresenta o local das refeições na pausa para o almoço dos participantes do sexo masculino segundo o IMC. Foram apresentados os seguintes resultados, dos 22 respondentes (100%), treze (59,1%) almoçavam em restaurantes. Desses participantes, nove (69,2%) estavam com sobrepeso e dois (15,4% %) com obesidade grau I. Nesse sentido, a escolha do local das refeições pode estar relacionada com o tipo de alimento que consumiam e também com o sobrepeso e a obesidade grau I.

Tabela 15 - Distribuição do local das refeições na pausa para almoço dos participantes do sexo masculino segundo IMC (São Paulo,2018)

IMC →	Saudável		Sobrepeso		Obesidade Grau 1				Total	
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Fre q.	% Obs.	Freq.	% Obs.
Pausa para o almoço/ ↓ refeições										
Restaurantes	2	15,4%	9	69,2%	2	15,4%	13	100%	13	59,1%
Traz de casa	1	14,2%	3	42,9%	3	42,9%	7	100%	7	31,8%
Outros	1	50%	1	50%	-	-	02	100%	2	9,1%
Total	4	18,2%	13	59,1%	5	22,7%	22	100%	22	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Um dos fatores que vem contribuindo para o crescimento de pessoas com sobrepeso e obesidade no Brasil decorre do fato de que nas últimas décadas, com o início da “Era tecnológica” e mudanças estruturais no mercado de trabalho, vem aumentando o número de trabalhadores que se alimentam fora de suas casas. Nesse sentido, acabam por escolher com frequência locais que oferecem alimentos ricos em gorduras e carboidratos (MARINHO *et al.*, 2003).

Segundo Grandjean, 1998; Marinho *et al.*, 2003, os trabalhadores que se alimentam em restaurantes ou *fast foods* já correspondem de 70% a 80% do total de profissionais atuantes no mercado de trabalho. Por outro lado, o número daqueles que almoçam em casa, ou levam alimentos de casa para consumirem no trabalho, tem diminuído em todos os setores da economia.

Segundo pesquisa realizada pelo IBGE, 34% dos brasileiros alimentam-se fora do seu lar. O estudo ainda ressaltou que 60,3% dos entrevistados eram do sexo masculino. Quanto ao tipo de alimentos que consumiam, os mais apontados foram os ricos em gorduras e carboidratos (BRASIL, 2017).

O local das refeições pode influenciar nas escolhas alimentares dos trabalhadores. Alimentos ricos em gorduras e carboidratos favorecem o sobrepeso e a obesidade, e conseqüentemente o risco de desenvolver doenças crônicas.

A tabela 16 apresenta se o tempo da pausa do almoço é considerado suficiente para descansar segundo o sexo. Observou-se que 46 (60,53%)

participantes responderam que o tempo é satisfatório para relaxar. Entretanto, 30 (39,47%) participantes responderam que a pausa para o almoço não é suficiente para descansar.

Tabela 16 – Distribuição sobre o tempo suficiente da pausa do almoço para descansar segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total	
Tempo da pausa p almoço suficiente? ↓	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.
Sim	17	37%	29	63%	46	100%
Não	7	23,3%	23	76,7%	30	100%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76	100%

Fonte: Dados da pesquisa

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu artigo 71 e seguintes, regulamenta a duração mínima do intervalo intrajornada para alimentação ou repouso – ou, como usualmente é conhecido, o horário de almoço. Para cada jornada de trabalho, um tempo mínimo de repouso é garantido ao trabalhador. Já está comprovado que o corpo precisa de um descanso para recompor suas forças físicas e psíquicas. Ignorar isso é expor o empregado a doenças laborais, acidentes de trabalho e reduzir drasticamente sua produtividade (CLT ART. 7º, CF/ 1988).

Apesar de esta pesquisa ter apresentado que a maioria dos participantes considerou que a pausa para o almoço é suficiente para descansar, um número significativo de funcionários respondeu que o tempo não é suficiente para alimentar-se e relaxar. Assim, observou-se um número considerável de funcionários que estão cansados e precisam de mais tempo para o descanso.

A tabela 17 mostra o acompanhamento nutricional segundo o sexo. Observou-se a predominância dos participantes que não buscavam orientação com profissionais para avaliar a sua alimentação (69 / 90,79%). Sobre aqueles que faziam acompanhamento nutricional, seis (85,7%) eram do sexo feminino.

Tabela 17 – Distribuição do acompanhamento nutricional segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total	
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.
Acompanhamento nutricional ↓						
Sim	1	14,3%	6	85,7%	7	100% 9,21%
Não	23	33,3%	46	66,7%	69	100% 90,79%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76	100%

Fonte: Dados da pesquisa

A avaliação e o acompanhamento do estado nutricional consistem em utilizar determinados procedimentos de diagnóstico, como exames de sangue, avaliação antropométrica, entre outros, com a finalidade de confirmar a existência de um processo mórbido e estabelecer condutas terapêuticas adequadas para cada pessoa ou grupo de pessoas. Em geral, o objetivo principal da avaliação nutricional consiste em diagnosticar a magnitude e a distribuição dos problemas nutricionais, identificar e analisar seus determinantes, para estabelecer as medidas de intervenção adequadas para o cuidado com a saúde, possibilitando o direcionamento de estratégias para atender as necessidades específicas, e não só reproduzir programas de alimentação prontos, que podem não ser favoráveis a um determinado indivíduo ou grupo de pessoas (BARTLETT; JONES, 2007; CASTRO, 2004; BIRCH, 1999; BRASIL, 2006).

Estudos apresentados por meio do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R; 2005) revelaram que há uma adesão maior de mulheres do que de homens às consultas de avaliação nutricional. Nesse sentido, a pesquisa ainda apresentou resultados que indicavam uma qualidade superior na dieta do sexo feminino (ASSUNÇÃO, 2015).

Uma pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo realizada em 2016 mostrou que no Brasil não há um número divulgado de pessoas que fazem acompanhamento nutricional, mas sabe-se que muitas que fazem dietas não fazem nenhuma avaliação com profissionais. Dessa forma, evidencia-se a importância do acompanhamento nutricional para a saúde física das pessoas e para melhor qualidade de vida, tanto no trabalho quanto para a vida pessoal.

A tabela 18 apresenta o tempo do acompanhamento nutricional segundo o sexo; destacaram-se aqueles com menos de um ano (6 / 85,71%), com predominância para o sexo feminino (5 / 83,3).

Tabela 18 – Distribuição do tempo do acompanhamento nutricional segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →			Masculino		Feminino		Total	
Acompanhamento								
nutricional	há	quanto	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.
tempo	↓							
Menos de 1 ano			1	16,7%	5	83,3%	6	100% 85,71%
De 1 a 3 anos			0	0%	1	100%	1	100% 14,29%
Entre 3 a 5 anos			0	0%	0	0%	0	100% 0%
Mais de 5 anos			0	0%	0	0%	0	100% 0%
Total			1	14,3%	6	85,7%	7	100%

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, para que os pacientes obtenham bons resultados por meio do acompanhamento nutricional, é preciso considerar a realidade de cada paciente, ou seja, sua atividade ocupacional, suas rotinas, seus hábitos alimentares, a identificação do funcionamento do organismo através dos exames, entre outros. E ainda: muitas pessoas que iniciam o tratamento dificilmente conseguem finalizar no tempo estabelecido pelo profissional da nutrição (BRASIL, 2010).

Assim, os resultados desta pesquisa corroboram as declarações de especialistas da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, sobre a finalização das pessoas dos tratamentos de saúde com os profissionais da nutrição.

A tabela 19 mostra a prática de atividades físicas segundo o sexo. Observou-se a predominância dos participantes que praticavam algum tipo de exercício (44 / 57,89%), com destaque para as mulheres (29 / 65,9%).

Tabela 19 – Distribuição da prática de atividades físicas segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total	
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.
Prática de atividades físicas ↓						
Sim	15	34,1%	29	65,9%	44	100%
Não	9	28,1%	23	71,9%	32	100%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76	100%

Fonte: Dados da pesquisa

A prática regular de exercícios físicos pelos indivíduos de forma constante pode trazer diversos benefícios, como o controle do peso corporal, a redução da pressão arterial, redução do estresse, diminui o risco do desenvolvimento de doenças crônicas, entre outros (MORRIS; *et al.* , 1990; PAFFENBARGER; *et al.* , 1986; BLAIR, *et al.* , 1995; ANDERSEN *et al.* , 2000).

No trabalho, programas que visam à prática de exercícios físicos, como a ginástica laboral, podem ajudar positivamente no combate à perda de desempenho e à falta de concentração, e podem promover um decréscimo dos dias de ausência, devido a doenças (ACKLAND *et al.* , 2005; COULSON *et al.* , 2008; WATTLES & HARRIS, 2003; NECK & COOPER, 2000; HOYE *et al.* , 2013).

Alguns estudos comprovaram que os bancários que praticam algum tipo de atividade física são mais ativos e percebem menor frequência de adoecimentos, quando comparados com profissionais que não praticam nenhuma atividade; porém os números de profissionais que praticam algum tipo de exercício ainda são poucos, comparados àqueles que não se exercitam (VIANA; ANDRADE; VASCONCELOS, 2010).

Considerando a perspectiva de gênero, nos últimos anos vem aumentando o número de mulheres que praticam exercícios físicos. Esse crescimento está associado à manutenção da saúde e à valorização dos cuidados com a imagem corporal (COSTA; ROSANA, 2003).

As mulheres apresentam uma percepção mais sensível do corpo, social e historicamente criada pelo processo de medicalizações, o que as deixa mais atentas do que os homens às “sensações doentias”. Elas também estão gastando cada vez

mais tempo com o tratamento e a disciplina de seus corpos, de modo que a prática de atividades físicas torna-se um “investimento social”, ligado também às oportunidades de exibição do corpo em público, e não apenas à promoção da saúde (COSTA; ROSANA, 2003; HEIBORIN; MARIA, 2003; WERNECK; GUILHERME, 2003).

Sobre os resultados apresentados nesta pesquisa, apesar de os números apresentarem a predominância de participantes que praticavam atividades físicas, ainda é elevado o número de trabalhadores que não se exercitavam (32 / 42,11%). Nesse sentido, torna-se relevante o incentivo dessa prática nas instituições financeiras, visando melhor qualidade de vida para os funcionários e benefícios para as instituições financeiras, como a redução dos afastamentos e dos custos do poder público.

A tabela 20 mostra dados referentes à prática de atividades físicas dos participantes do sexo masculino segundo o IMC. Foram apresentados os seguintes resultados, dos 24 participantes (100%), a maioria (15 / 62,5%) praticava algum tipo de atividade física. Porém, destes, 8 (53,3%) apresentaram sobrepeso e 4 (26,7%) obesidade grau I. Dos 9 (100%) participantes que não praticavam nenhum tipo de atividade física, a maioria apresentou sobrepeso (6 / 66,7 %) e obesidade grau I (2 / 22,2 %). Entretanto, entre aqueles que se exercitavam e os que não se exercitavam, houve predominância de sobrepeso e obesidade grau I.

Tabela 20 - Distribuição da prática de atividades físicas dos participantes do sexo masculino segundo IMC (São Paulo, 2018)

Prática de atividade física ↓	IMC → Saudável		Sobrepeso		Obesidade Grau I				Total	
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Fre q.	% Obs.	Freq.	% Obs.
Sim	3	20%	8	53,3%	4	26,7%	15	100%	15	62,5%
Não	1	11,1%	6	66,7%	2	22,2%	9	100%	9	37,5%
Total	4	16,7%	14	58,3%	6	25%	24		24	100%

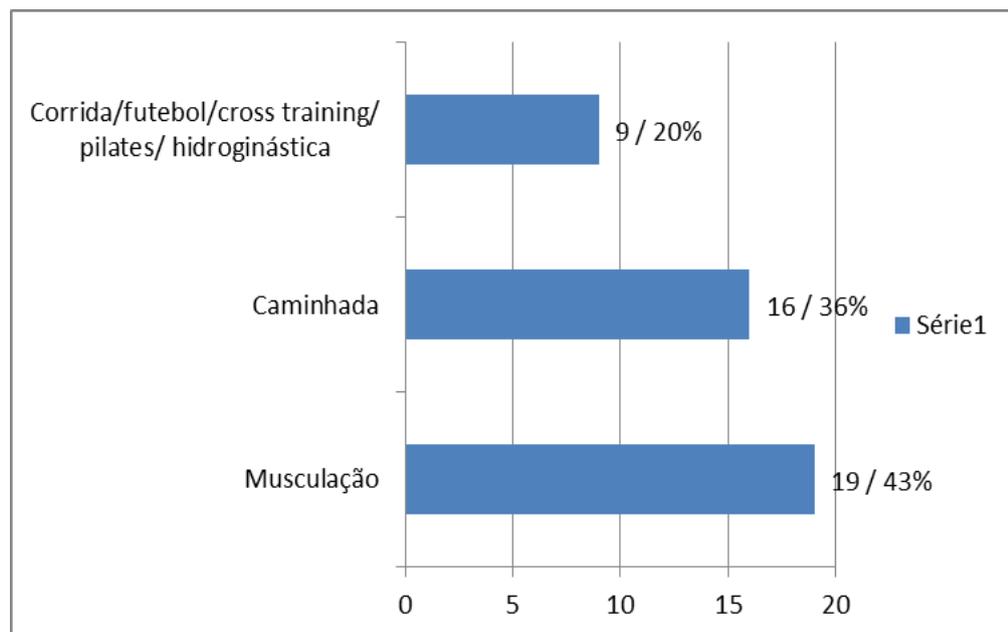
Fonte: Dados da pesquisa

A prática de atividades físicas de forma regular ajuda no controle do peso corporal; reduz a pressão arterial, o estresse; diminui a chance de desenvolvimento de doenças crônicas, entre outros (LAURENT *et al.*, 2005).

Um levantamento realizado pelo IBGE em 2017 mostrou que menos de 40% dos brasileiros praticam algum tipo de atividade física. O estudo ainda destacou que nos últimos anos vem aumentando o número de homens que praticam atividades físicas, contudo, diante do aumento das doenças crônicas, o número de pessoas do sexo masculino que se exercitam ainda é pouco (BRASIL, 2017).

A figura 3 apresenta o tipo dos exercícios físicos mais praticados; destacaram-se a musculação (19 / 43%) e a caminhada (16 / 36%).

Figura 3 - Distribuição do tipo de exercícios físicos praticados



Fonte: Dados da pesquisa

O número de pessoas que praticam a caminhada como atividade física vem crescendo anualmente. Segundo pesquisa realizada pelo IBGE, entre 71.142 participantes, em 2015, o esporte mais praticado pelos brasileiros é a caminhada, com 49,1%; já a musculação ocupa o quarto lugar, com 21,6%.

Um estudo realizado pela Universidade de São Paulo (USP, 2015) revelou que a caminhada de forma orientada durante 40 minutos diários diminui a pressão

arterial durante 24 horas; melhora as funções respiratórias e cardiovasculares; ajuda no controle de gordura, da glicemia e do peso corporal; além de promover o bem-estar psicológico e social.

A prática da musculação de forma regular traz inúmeros benefícios, como a melhora da postura corporal, a redução de gordura no organismo, a tonificação dos músculos, o aumento da densidade óssea; além disso, ajuda no combate a problemas emocionais, entre outros (MURER, 2007).

A tabela 21 mostra o tempo da prática de atividades físicas segundo o sexo; destacaram-se aqueles que se exercitavam há menos de um ano (20 / 45,46%), com predomínio do sexo feminino (13 / 65%).

Tabela 21 – Distribuição do tempo da prática de atividades físicas segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino			Feminino			Total		
Prática de atividades físicas tempo ↓	%			%			%		
	Freq.	Rep.	Desvio	Freq.	Rep.	Desvio	Freq.	Rep.	
Há menos de 1 ano	7	35%		13	65%		20	100%	45,46%
De 1 a 3 anos	2	18,2%		9	81,8%		11	100%	25 %
Entre 3 e 5 anos	0	0%		2	100%		2	100%	4,54%
Mais de 5 anos	6	54,5%	+ PS	5	45,5%	- PS	11	100%	25 %
Total	15	34,1%		29	65,9%		44		100%

Fonte: Dados da Pesquisa

Estudos mostraram que o número de frequentadores de academias vem crescendo, principalmente entre as mulheres. Uma pesquisa realizada pelo IHRSA *Global Report 2015 (Association International Health, Racquet & Sport Club)* mostrou que o Brasil possui 7,952 milhões de alunos nas academias de ginástica. Porém, o estudo ainda ressaltou que o tempo de permanência da população nas academias, ou seja, frequência por um ano ou mais, principalmente entre as mulheres, é baixo, de apenas 3,97%. Isso acontece por que muitas acabam desistindo de frequentar as aulas. Quanto à desistência feminina, na maioria das vezes é devida à dupla jornada, tendo em vista que muitas das que trabalham fora ainda cuidam da casa e dos filhos.

Dessa forma, ressalta-se a importância do incentivo diário a práticas de atividades físicas, visando diversos benefícios para a saúde física e psíquica.

A tabela 22 mostra os dados referentes ao tempo da prática de atividades físicas dos participantes do sexo masculino segundo o IMC. Foram apresentados os seguintes resultados: dos 15 respondentes (100%), a maioria (7 / 46,67%) praticava atividades físicas há menos de um ano. Porém, destes, dois (28,57%) apresentaram sobrepeso e obesidade grau I (2 / 28,57%). Dos 6 (100%) que se exercitavam há mais de cinco anos, a maioria apresentou sobrepeso (3 / 50%) e obesidade grau I (2 / 33,3%). Entretanto, entre aqueles que se exercitavam há menos de um ano e os que praticavam atividades físicas há mais de cinco anos houve predominância do sobrepeso e obesidade grau I.

Tabela 22 - Distribuição do tempo da prática de atividades físicas dos participantes do sexo masculino, segundo o IMC (São Paulo, 2018)

IMC →	Saudável		Sobrepeso		Obesidade Grau I				Total	
	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.
Prática de atividade física tempo ↓										
Há menos de 1 ano	3	42,86%	2	28,57%	2	28,57%	7	100%	7	46,67%
De 1 a 3 anos	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%	2	13,33%
Entre 3 e 5 anos	0	0%	0	0%	0	0%	-	-	0	
Mais de 5 anos	1	16,7%	3	50%	2	33,3%	6	100%	6	40%
Total	4	26,7%	7	46,6%	4	26,7%	15	100%	15	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Um estudo realizado pela *Association International Health, Racquet & Sport Club*, em 2015 (IHRSA), mostrou que o número de pessoas que se matriculam em academias e praticam atividades físicas no Brasil vem aumentando nos últimos

anos. Ainda segundo o estudo, o número de homens que praticam atividades físicas cresceu 12,5% nos últimos cinco anos. A pesquisa ressaltou que, apesar do crescimento do percentual pessoas que praticam atividades físicas, a desistência também tem sido alta. Entre os motivos de as pessoas desistiram de praticar atividades físicas destacam-se a falta de tempo e o cansaço após o trabalho (IHRSA,2015).

A tabela 23 apresenta a frequência semanal das atividades físicas segundo o sexo. Destacou-se a frequência de duas a três vezes por semana (28 / 63,64%), com predominância do sexo feminino (20 / 71,4%).

Tabela 23 – Distribuição da frequência semanal das atividades físicas segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino			Feminino			Total	
	Freq.	% Rep.	Desvio	Freq.	% Rep.	Desvio	Freq.	% Rep.
Atividade física								
vezes por semana ↓								
1 vez	1	33,3%		2	66,7%		3	100%
2 a 3 vezes	8	28,6%		20	71,4%		28	100%
4 a 6 vezes	4	36,4%		7	63,6%		11	100%
Todos os dias	2	100%	+ S	0	0%	- S	2	100%
Total	15	34,1%		29	65,9%		44	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

A OMS, 2017, recomendou pelo menos 60 minutos de atividade diária, moderada ou intensa. O resultado da questão mostrou que apenas 2 (4,54%) dos participantes praticavam atividades físicas diariamente. Assim, evidencia-se a importância de ações de incentivo para a prática de exercícios físicos diários.

A tabela 24 mostra os dados referentes à frequência semanal da prática de atividades físicas dos participantes do sexo masculino, segundo o IMC. Foram apresentados os seguintes resultados: dos 15 respondentes (100%), a maioria (8 / 53,33%) se exercitava de duas a três vezes por semana. Porém, destes, 4 (50%) apresentaram sobrepeso e 3 (37,5%), obesidade grau I. Dos 4 (100%) que praticavam atividades físicas de quatro a seis vezes por semana, a maioria apresentou sobrepeso (2 / 50%). Entretanto, entre aqueles que se exercitavam de

duas a três vezes por semana e os que praticavam atividades físicas de quatro a seis vezes por semana houve predominância do sobrepeso e obesidade grau I.

Tabela 24 - Distribuição da frequência semanal da prática das atividades físicas dos participantes do sexo masculino segundo IMC (São Paulo,2018).

IMC →	Saudável		Sobrepeso		Obesidade Grau I				Total	
	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.
Atividade física vezes por semana ↓										
1 vez	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	1	6,67%
2 a 3 vezes	1	12,5%	4	50%	3	37,5%	8	100%	8	53,33%
4 a 6 vezes	1	25%	2	50%	1	25%	4	100%	4	26,67%
Todos os dias	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%	2	13,33%
Total	3	20%	8	53,33%	4	26,67%	15		15	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

A *Association International Health, Racquet & Sport Club* (IHRSA), em 2015, revelou que nos últimos anos vem crescendo o número de homens que praticam atividades físicas. O estudo ainda destacou a importância da frequência semanal na prática de atividades físicas, visto que muitos não se exercitam regularmente como recomenda a OMS: pelo menos trinta minutos por dia cinco vezes por semana (BRASIL, 2017).

Assim, os resultados desta questão corroboram o estudo apresentado, uma vez que a maioria dos profissionais (8 / 53,33%) não praticava atividades físicas conforme as recomendações da OMS, porém praticava alguma atividade física. Chama a atenção a incidência de sobrepeso e obesidade grau I em 7 (87,5%) destes, o que gera questionamentos sobre a forma como essas atividades físicas estavam sendo realizadas, bem como o que se refere ao tipo e à quantidade de alimentação destas pessoas. Nesse sentido, a falta da prática de atividades físicas

regulares e de controle alimentar sugere maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças crônicas.

A tabela 25 mostra a motivação para atividades físicas e sociais após saírem do trabalho; 52 (68,42%) responderam que não tinham ânimo para participar desses eventos, com destaque para as mulheres (38 / 73,1%).

Tabela 25 – Distribuição da motivação para atividades físicas e sociais após o trabalho, segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Motivação atividades físicas e sociais ↓		Obs.		Obs.		Obs.
Sim	10	41,7%	14	58,3%	24	100%
Não	14	26,9%	38	73,1%	52	100%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76	100%

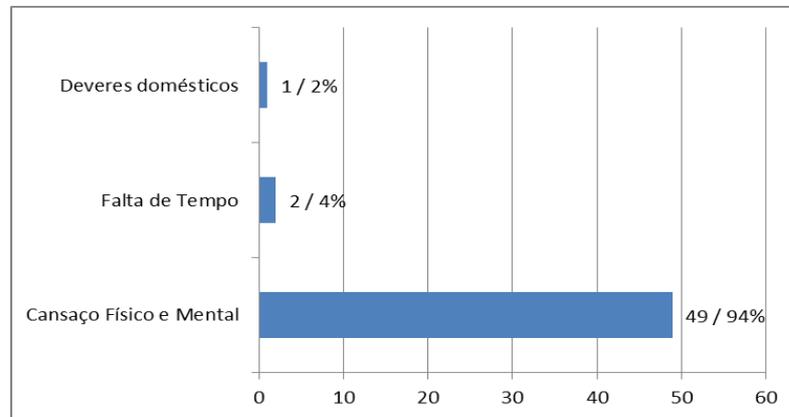
Fonte: Dados da Pesquisa

Nas últimas décadas, o processo de reestruturação produtiva que vem ocorrendo nos bancos, por meio de inovações tecnológicas e de gestão, gera fatores que vêm contribuindo para a falta de motivação para a prática de atividades físicas e sociais após o trabalho. Muitos trabalhadores ao chegarem a suas residências não conseguem “se desligar” do trabalho, levando suas preocupações diárias para casa. As mulheres, além dos problemas profissionais, em geral ainda precisam dar conta dos afazeres domésticos e do cuidado com os filhos, diante de uma sociedade, como a brasileira, em que muitos ainda consideram que as tarefas domésticas são ocupações femininas. Nesse sentido, não raro sentem-se cansados, e isso faz com que muitas não consigam praticar nenhum tipo de atividade física ou social após o trabalho diário (SALIM; 2003; HIRATA, 2001; PAPARELLI, 2011).

Dessa forma, os resultados desta questão comprovam as citações dos autores que embasam cientificamente esta pesquisa.

A figura 4 apresenta os motivos para a falta de atividades físicas e sociais após o trabalho; destacou-se o cansaço físico e mental (49 / 94%).

Figura 4 – Motivos para falta de atividades físicas e sociais após o trabalho (São Paulo, 2018)



Fonte: Dados da pesquisa

A polivalência das funções exercidas pelos funcionários, a capacidade de lidar com pressões, as jornadas de trabalho extensas e cansativas, a rapidez na entrega das metas exigidas pelos bancos e ainda o convívio com o medo da demissão são acontecimentos que fazem parte do processo de reestruturação dos bancos. Esses fatos contribuem para o aumento do cansaço físico e mental, desmotivando os funcionários a participarem de qualquer atividade após o trabalho.

O cansaço e os níveis elevados de estresse têm sido causa do desenvolvimento de diversos tipos de doenças físicas e psíquicas, em muitos profissionais de instituições financeiras (BARCAUI & LIOMONGI-FRANÇA, 2014; SHIRRMEISTER & LIMONGI-FRANÇA, 2012; PASCHOAL & TOMAYO, 2004; SEGERSTROM & OCONNOR, 2012).

Segundo dados do Ministério da Previdência Social, as doenças físicas e psíquicas alcançaram o percentual de 20,76% em 2016. São doenças originadas por fatores de riscos ergonômicos, como trabalhar muito tempo sentados e com posturas inadequadas, e sobrecarga mental pelas metas de produtos e serviços impostas, que têm sido as principais causas de afastamento do trabalho, superando mesmo os fatores traumáticos (BRASIL, 2016).

Assim, as respostas da questão em análise corroboram as declarações dos referidos autores, sendo importante o desenvolvimento de ações para a diminuição do cansaço físico e mental dos trabalhadores da instituição financeira pesquisada.

A tabela 26 mostra a participação das atividades de lazer segundo o sexo; 53 (69,74%) responderam que participavam de algum tipo de entretenimento, com predominância para as mulheres (35 / 66%).

Tabela 26 – Distribuição da participação em atividades de lazer segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
Atividade de lazer ↓	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	
Sim	18	34%	35	66%	53	100%	69,74%
Não	6	26,1%	17	73,9%	23	100%	30,26%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76		100%

Fonte: Dados da pesquisa

O lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se, ou ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais (DUMAZEDIER, 2004; CALVET, 2010; SALIS, 2004; MORAIS, 2010; MELO 2003; BACAL, 2003).

O lazer, sendo considerado como tempo de descanso, descontração e recuperação, torna-se relevante para promoção da saúde, existindo uma relação direta entre lazer e saúde, lazer e educação, lazer e qualidade de vida e lazer e trabalho (SALIM, 2003; HIRATA, 2001; PAPARELLI, 2011).

Dessa forma, considerando a relevância das atividades de lazer para a qualidade de vida dos funcionários, observou-se também um número significativo de respondentes que não participavam de nenhuma atividade de entretenimento (23 / 30,26%). Assim, ressalta-se a importância das ações de incentivo para a prática das atividades de lazer, visto que a falta de entretenimento pode favorecer o desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas.

A tabela 27 mostra os dados referentes à participação em atividades de lazer dos participantes do sexo masculino, segundo o IMC. Foram apresentados os seguintes resultados: dos 24 respondentes (100%), a maioria (18 / 75%) participava

de alguma atividade de entretenimento. Porém, destes, nove (50%) apresentaram sobrepeso e cinco (27,8%), obesidade grau I. Dos seis (100%) que não participavam de nenhuma atividade de lazer, a maioria (5 / 83,3%) apresentou sobrepeso. Entretanto, entre aqueles que participavam de algum tipo de atividade de entretenimento e os que não participavam de nenhuma atividade de lazer houve predominância do sobrepeso e obesidade grau I, o que sugere maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças crônicas.

Tabela 27 - Distribuição dos participantes da participação em atividades de lazer do sexo masculino, o IMC (São Paulo, 2018)

IMC →	Saudável		Sobrepeso		Obesidade Grau I				Total	
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Fre q.	% Obs.	Freq.	% Obs.
Atividade de lazer ↓										
Sim	4	22,2%	9	50%	5	27,8%	18	100%	18	75%
Não	0	0%	5	83,3%	1	16,7%	6	100%	6	25%
Total	4	16,7%	14	58,3%	6	25%	24		24	100%

Fonte: Dados da pesquisa

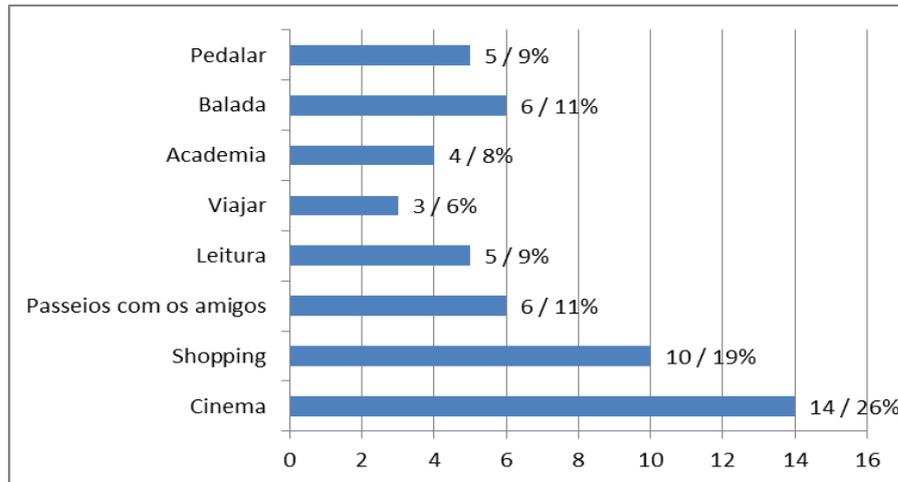
O lazer sendo considerado como tempo de descanso, descontração e recuperação, torna-se relevante para a promoção da saúde física e mental. (SALIM, 2003; HIRATA, 2001; PAPARELLI, 2011).

Um estudo realizado pela Universidade Federal de Feira de Santana (UFFS), em 2011, mostrou que os participantes que não participavam de nenhuma atividade de entretenimento apresentaram transtornos mentais, a maioria estava acima do peso e muitos já sofriam de vários tipos de doenças crônicas (BRASIL, 2012).

Por outro lado, uma pesquisa realizada pelo MS entre 2006 e 2016 mostrou que em dez anos houve aumento de 10% dos brasileiros que participam de atividades de entretenimento. Sob a perspectiva de gênero, o estudo destacou que os homens participam mais de atividades em grupos, como bares, restaurantes, jogos entre outras, e nessas atividades costumam consumir mais bebidas alcólicas e alimentos ricos em gorduras e carboidratos. Já entre as mulheres, muitas preferem atividades individuais (BRASIL, 2018).

A figura 5 apresenta os tipos de atividades de lazer mais praticadas; as mais apontadas foram o cinema (14 / 26%) e os *shoppings* (10 / 19%).

Figura 5 – Distribuição da participação do tipo de atividades de lazer (São Paulo, 2018)



Fonte: Dados da pesquisa

A observação da prática do lazer na sociedade moderna é marcada por fortes componentes de produtividade. Valorizam-se a performance, o produto, ou seja, o consumismo desenfreado em *shoppings*, entre outros lugares, e não se reconhece o processo de vivência, a cultura, o conhecimento que lhe dá origem; estimula-se a prática compulsória de atividades denotadoras de moda ou status (CAMARGO, 1998, p.71).

Nesse sentido, cabe ressaltar que, para muitos trabalhadores, existe uma sofisticada rede de produtos e serviços que liberam parte de seu tempo das tarefas diárias, uma vez que a renda familiar pode estar associada à prática de atividades de lazer (SALIM, 2003; HIRATA, 2001; PAPARELLI, 2011).

Sobre os resultados da questão, destaca-se que há necessidade de que os estudos sobre lazer dialoguem com as questões econômicas, na busca de soluções que beneficiem o acesso democrático ao lazer por toda a sociedade, a fim de distinguir um grau de desenvolvimento mais abrangente, que tenha a sociedade e os trabalhadores como centro (DUMAZEDIER, 2008).

A tabela 28 mostra a frequência do lazer segundo o sexo; predominou a escolha por somente nos finais de semana (32 / 60,4%), destacando-se o sexo feminino (35 / 66%).

Tabela 28 – Distribuição da frequência do lazer segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
Lazer frequência ↓	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	
Diariamente	1	50%	1	50%	2	100%	3,8 %
Uma vez por semana	3	27,3%	8	72,7%	11	100%	20,7%
Duas ou mais vezes	4	50%	4	50%	8	100%	15,1%
Somente nos finais de semana	10	31,2%	22	68,8%	32	100%	60,4%
Total	18	34%	35	66%	53		100%

Fonte: Dados da pesquisa

Nessa perspectiva, as extensas e cansativas jornadas de trabalho fazem com que o tempo disponível dos bancários para atividades de entretenimento restrinja-se aos finais de semana. Assim, considerando a relevância do lazer para promoção da saúde, o tempo livre vem sendo apontado como amortecedor de estresse e do cansaço físico (PONDE, 2003; BALDISSERA; BUENO, 2011)

Trata-se de uma necessidade psicossocial, cujo exercício é influenciado pela subjetividade. Destarte, as práticas de atividades de lazer com maior frequência ajudam no descanso físico e mental, podendo trazer mais saúde e qualidade de vida para os trabalhadores (DURAES; 1998, SALOMÃO, KARIN; 2015).

Nesse sentido, Paul Largue, considerado precursor dos estudos sobre tempo livre, propõe redução da jornada de trabalho e melhor distribuição de renda para toda a sociedade (RUSSEL, 1957).

A tabela 29 apresenta os dados referentes às doenças crônicas segundo o sexo. Observou-se que a maioria dos participantes não sofria nenhum tipo de enfermidade. Constatou-se também que 20 (33,3%) homens informaram não sofrer de doenças crônicas, porém, quatro (25%) referiram sofrer dessas doenças. Já entre as mulheres, 40 (66,7%) declararam não sofrer de nenhuma doença crônica, e 12 (75%) sofriam de algum tipo de enfermidade. Logo, este quadro é mais grave entre as mulheres, demandando atenção.

Tabela 29 – Distribuição das doenças crônicas segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total	
Doença crônica ↓	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.
Sim	4	25%	12	75%	16	100%
Não	20	33,3%	40	66,7%	60	100%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Apesar de os resultados desta questão terem apresentado maior número de participantes que afirmaram não sofrer de nenhum tipo de doença crônica, dados obtidos pelo INSS, em 2019, revelaram que de 2009 a 2017 a quantidade de trabalhadores bancários afastados por doenças crônicas cresceu 61,5% – tais dados reforçam a relação entre doenças crônicas e o trabalho bancário (BRASIL, 2019).

Sobre a questão de gênero, uma pesquisa realizada pelo IBGE revelou que mais de 34 milhões de mulheres no Brasil sofrem de algum tipo de doença crônica. O estudo também mostrou que o número de homens que sofrem com o problema é de 23 milhões (BRASIL; 2018).

Desta forma, o fato de a maioria (60 / 78,95%) dos participantes deste estudo não ter informado sofrer de nenhum tipo de enfermidade, eles podem estar rejeitando a possibilidade de ter algum agravo de saúde, pois muitas doenças são silenciosas, ou ainda apresentar algum sintoma, e não ter respondido esta questão devido a algum temor.

Assim, ressalta-se a importância do acompanhamento da saúde dos trabalhadores nas instituições financeiras, visto que eles apresentaram cansaço físico e mental, o que sugere maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças crônicas.

A tabela 30 mostra os dados referentes às doenças crônicas dos participantes do sexo masculino, segundo o IMC. Foram apresentados os seguintes resultados: dos 24 respondentes (100%), a maioria (20 / 83,3%) referiu não sofrer de nenhum tipo de enfermidade. Porém, destes, 13 (65%) apresentaram sobrepeso e cinco (25%), obesidade grau I. Entretanto, entre aqueles que não sofriam de nenhum tipo de enfermidade, houve predominância do sobrepeso e obesidade grau I, o que sugere maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças crônicas.

Tabela 30 - Distribuição das doenças crônicas dos participantes do sexo masculino segundo o IMC (São Paulo, 2018)

IMC →	Saudável		Sobrepeso		Obesidade Grau I				Total	
	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Fre q.	% Obs.	Freq.	% Obs.
Doença crônica ↓										
Sim	2	50%	1	25%	1	25%	4	100%	4	16,7%
Não	2	10%	13	65 %	5	25%	20	100%	20	83,3%
Total	4	16,7%	14	58,3%	6	25%	24		24	100%

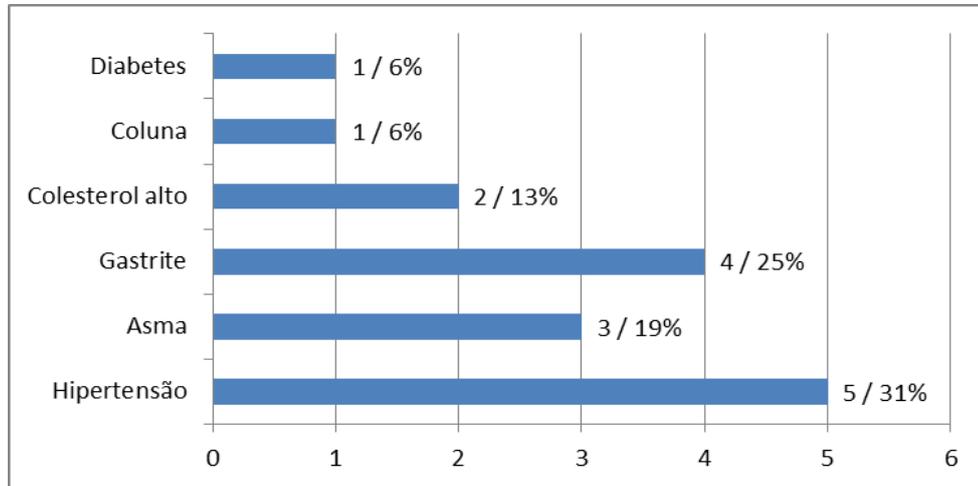
Fonte: Dados da pesquisa

O número de mortes na população masculina brasileira vem crescendo anualmente, e um dos principais motivos é o aumento das doenças crônicas. Segundo o MS, as maiores causas são o infarto e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, ressalta-se que muitos homens têm dificuldades em reconhecer a necessidade do cuidado com a saúde física e mental. Muitos cultivam o pensamento de rejeitar a possibilidade de adoecer, ou seja, mesmo que apresentem algum sintoma não costumam procurar o profissional da saúde, logo não identificam se sofrem ou não de alguma enfermidade. Esse fato ocorre principalmente em relação às doenças crônicas, e também nas ações de promoção da saúde e de prevenção, que requerem mudanças no estilo de vida, como prática de atividades físicas, alimentação saudável, entre outras (LAURENT *et al.*, 2005).

Assim, os resultados desta questão corroboram os estudos apresentados; os participantes do sexo masculino podem estar rejeitando a possibilidade de adoecer ou estavam apresentando algum sintoma e não buscaram um profissional da saúde.

A figura 6 mostra o tipo de doenças crônicas; constatou-se que a maioria sofria de hipertensão (5 / 31%) e gastrite (4 / 25%).

Figura 6 – Distribuição do tipo de doenças crônicas (São Paulo, 2018)

Fonte: Dados da pesquisa

Nas últimas décadas, com a incorporação de novas tecnologias nos bancos, jornadas de trabalho extensas e aumento das pressões para o cumprimento de metas de produtos e serviços, surgiram novos fatores de risco para a saúde dos trabalhadores. Dessa forma, houve aumento significativo das doenças crônicas, como hipertensão, gastrite, depressão, entre outras (ANTUNES, 2015; BRANDÃO; HORTA; TOMASI, 2005; PRAVAN, 2015; ALVES, 2008; CAPELAS; NETO; MARQUES, 2010; SILVA; MÁSCULO, 2002).

Diante desse cenário, com sobrecarga de trabalho, falta de funcionários, competitividade, entre outros, os trabalhadores sentem-se cada vez mais individualizados, e muitas vezes são confrontados por estratégias de gestão que capturam não só o corpo, como também a subjetividade, a identidade e os coletivos de trabalho. Isso interfere nas relações familiares, de lazer e de convivência social fora do campo profissional (ALVES, 2013).

Nesse sentido, nos últimos anos vem crescendo o número de bancários com estresse, síndrome do pânico, depressão, tendência a suicídios, entre outros. Um estudo realizado pelo Ministério Público do Trabalho revelou que um em cada três funcionários de instituições financeiras diz apresentar algum tipo de doença psicológica e doença crônica, em decorrência do trabalho cansativo. Entretanto, diante dessa premissa muitos não têm tempo para a prática de atividades físicas e de lazer, e também não consomem alimentos saudáveis (BRASIL, 2018).

Ainda segundo a pesquisa, as mulheres têm o dobro de chance de desenvolver doenças relacionadas ao trabalho, devido à instabilidade hormonal a que estão sujeitas. Uma pesquisa realizada pelo INSS em 2018 mostrou que, de 2009 a 2017, o número de trabalhadoras bancárias afastadas por transtornos mentais e doenças crônicas cresceu 61,5%; a pesquisa ainda ressalta que o número absoluto de trabalhadoras doentes pode ser ainda maior, devido à subnotificação (BRASIL, 2019).

Sobre os resultados da questão acima, entre os que possuem algum tipo de doença, 10,6% relataram depressão e 60,5% apontaram hipertensão, gastrite, enxaqueca, entre outras. O resultado comprova o que diversos autores vêm abordando nas últimas décadas: a sobrecarga de trabalho e a ausência de uma política de saúde para os trabalhadores estão prejudicando a vida de milhares de pessoas e provocando um verdadeiro quadro de adoecimento crônico.

A tabela 31 apresenta os resultados quanto ao uso de medicamentos diários segundo o sexo; destacaram-se aqueles que consumiam um tipo por dia (35 / 46,7%), com predominância para o sexo feminino (26 / 74,3%). Entretanto, sobre os respondentes do sexo feminino que fazem uso diário de algum tipo de medicamento, algumas delas podem referir o uso de contraceptivos ou vitaminas.

Tabela 31 – Distribuição do uso de medicamentos diários segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
↓	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	Freq.	% Rep.	
Uso de medicamentos diários							
Não	12	40%	18	60%	30	100%	40 %
Um tipo	9	25,7%	26	74,3%	35	100%	46,7%
Dois a três tipos	3	33,3%	6	66,7%	9	100%	12 %
Mais de três tipos	0	0%	1	100%	1	100%	1,3 %
Total	24	32%	51	68%	75		100%

Fonte: Dados da pesquisa

No decorrer das décadas, com o processo de reestruturação do trabalho nas instituições financeiras, decorrente das mudanças tecnológicas, o aumento das metas de produtos e serviços e as demissões em massa impactaram na saúde

dessa classe trabalhadora. Nos últimos anos houve um aumento significativo no uso de medicamentos pelos bancários, devido ao aumento das doenças relacionadas ao estresse causado pelo trabalho (NASCIMENTO, 2012; SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2007).

Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, em 2016, que contou com a participação de 1.117 bancários do Rio Grande do Sul, constatou que 49,9% dos participantes afirmaram utilizar algum tipo de medicação, sendo que, destes, 83,8% fazem uso diariamente, com destaque para o sexo feminino, 53,2%. Os resultados indicaram que as mulheres consomem mais medicamentos do que os homens. Os participantes ainda responderam que o uso de medicamentos está relacionado a doenças adquiridas em função do estresse no trabalho, e a utilização dos remédios é vista como estratégia defensiva ligada à necessidade de manterem-se produtivos.

A tabela 32 mostra os dados referentes à finalidade do uso de medicamentos segundo o sexo; houve predominância dos que consumiam medicamentos para hipertensão arterial (21 / 53,8%), com destaque para o sexo feminino (14 / 66,7%).

Tabela 32 – Distribuição da finalidade do uso dos medicamentos segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino			Feminino			Total	
	Freq.	% Rep.	Desvio	Freq.	% Rep.	Desvio	Freq.	% Rep.
Medicamentos finalidade ↓								
Hipertensão arterial	7	33,3%		14	66,7%		21	100% 53,8%
Doença cardiológica	0	0%		0	0%		0	100% 0%
Diabetes	0	0%		4	100%		4	100% 10,2%
Insônia	2	66,7%	+ PS	1	33,3%	- PS	3	100% 7,7%
Gastrite	1	16,7%		5	83,3%		6	100% 15,4%
Estresse	0	0%		0	0%		0	100% 0%
outros	1	20%		4	80%		5	100% 12,9%
Total	11	28,2%		28	71,8%		39	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Nos últimos anos, a categoria bancária vem sendo uma das mais vulneráveis no que diz respeito a doenças relacionadas ao estresse ocupacional. Devido às rotinas de trabalho cada vez mais cansativas, agravaram-se os problemas de saúde, e vem crescendo o uso de medicamentos; dentre os mais utilizados estão os psiquiátricos, e os destinados ao controle das dores e da pressão arterial (SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2008; BRUNO, 2011; ALVES, 2008).

Segundo o INSS, em 2014 foram afastados 21.144 trabalhadores bancários; dentre os motivos, os mais frequentes são transtornos mentais, seguidos das doenças físicas, como dores e hipertensão arterial (BRASIL, 2014).

A tabela 33 apresenta se o cuidado com a saúde produz mais disposição para trabalhar segundo o sexo; 76 (100%) participantes afirmaram que sim.

Tabela 33 – Distribuição dos sujeitos sobre se o cuidado da saúde produz mais disposição para trabalhar segundo o sexo (São Paulo, 2018)

Sexo →	Masculino		Feminino		Total		
Cuidar da saúde/disposição ↓	Freq.	% Obs.	Freq.	% Obs.	Freq.	Obs.	
Sim	24	31,6%	52	68,4%	76	100%	100 %
Não	0	0%	0	0%	0	100%	0%
Total	24	31,6%	52	68,4%	76		

Fonte: Dados da pesquisa

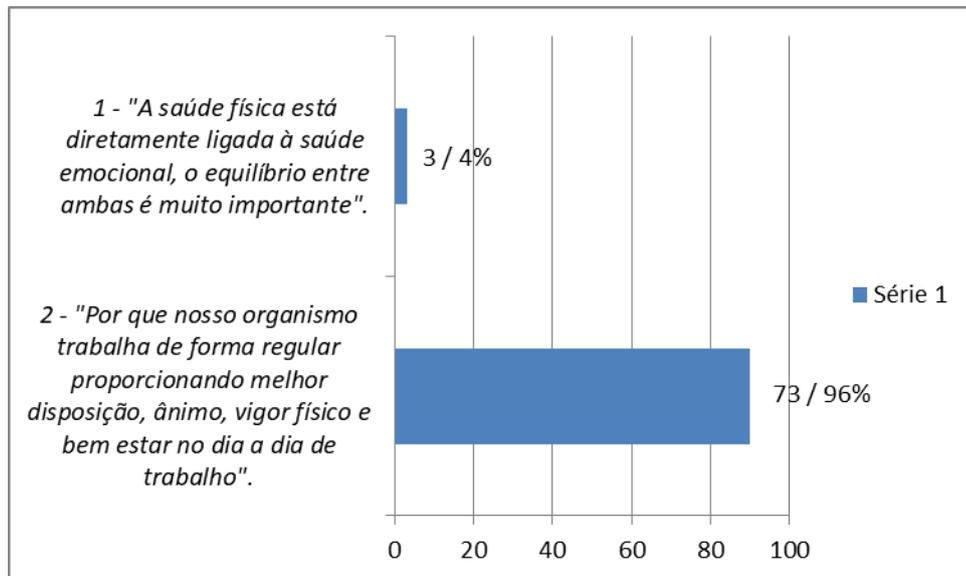
Os hábitos saudáveis, como prática de atividades físicas, lazer, alimentação rica em nutrientes, entre outros, trazem mais saúde para a realização das tarefas diárias. Estudiosos como Viana; Andrade; Vasconcelos, 2010, comprovaram que os bancários que praticavam algum tipo de atividade física, lazer e cuidavam da alimentação eram mais ativos, percebiam menor frequência de adoecimentos, quando comparados com profissionais que não praticavam nenhuma atividade; todavia, o número de profissionais que cuida regularmente da sua saúde ainda é pequeno, em comparação ao número dos que não cuidam.

Assim, ressalta-se a importância das ações de incentivo para o cuidado da saúde dos trabalhadores como um todo, ou seja, considerando a saúde como o bem-estar físico, mental e social como essenciais para a qualidade de vida dos

indivíduos. Esses fatores devem ser tratados como um processo continuado, objetivando a preservação da vida na sociedade.

A figura 7 mostra os motivos da importância do cuidado com a saúde; destacou-se o ganho de disposição (73 / 96%).

Figura 7 – Distribuição dos motivos da importância do cuidado com a saúde (São Paulo, 2018)



Fonte: Dados da pesquisa

Segundo os participantes, a maioria (73 / 96%) respondeu respostas similares à resposta apresentada na figura acima. Porém, apenas três (4%) correlacionaram o equilíbrio entre saúde física e emocional. Dessa forma, ressalta-se a importância da conscientização dos profissionais sobre as diferentes dimensões que englobam a saúde, física, psíquica, social e espiritual; para tanto se faz necessário instituir ações diversas, envolvendo esses aspectos para auxiliar as pessoas a se auto cuidarem mais e melhor.

A atenção à saúde dos trabalhadores é caracterizada pelo conjunto de ações e incentivos das empresas e do poder público, objetivando a prevenção e o diagnóstico, visando melhor produtividade no trabalho e mais qualidade de vida para os profissionais e suas famílias. No Brasil, essas ações ainda estão muito restritas, e como consequência aumenta cada vez mais o número de trabalhadores afastados e doentes, crescendo os gastos públicos e das empresas. Dessa forma, a

conscientização dos empresários e do governo sobre a importância do cuidado com a saúde física, mental e espiritual dos trabalhadores pode trazer benefícios para o poder público e para as empresas, além de melhorar a qualidade de vida dos profissionais (FONSECA; CHOR; VALENTE, 1999; ARAÚJO; COSTA-SOUZA, 2010).

5. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que os profissionais da instituição pesquisada:

- Eram na maioria do sexo feminino (52 / 68,4%);
- Tinham Idade média de 32 anos;
- Tinham peso médio de 72,8 Kg;
- A média do IMC foi de 25,7, correspondendo à categoria de sobrepeso;
- Fizeram uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (22 / 28,95%);
- Almoçavam em restaurantes (43 / 58,90%);
- Participavam de algum tipo de entretenimento (53 / 69,74%);
- Praticavam algum tipo de exercício (44 / 57,89%);
- Sofriam de doenças crônicas (16 / 21,05%).

Quanto aos resultados dos participantes do sexo masculino:

- Dos 24 respondentes (100%), a maioria (14 / 58,3%) apresentou sobrepeso;
- Fizeram uso dos serviços de saúde nos últimos 30 dias (4 / 16,6%);
- Almoçavam em restaurantes (13 / 59,1%);
- Praticavam algum tipo de exercício (15 / 62,5%);
- Participavam de algum tipo de entretenimento (18 / 75%);
- Sofriam de doenças crônicas (4 / 16,7%).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde dos trabalhadores é importante campo da área das ciências da vida e demanda maiores e melhores estudos, sendo um ramo que deve ser explorado nas pesquisas científicas.

Conhecer o perfil de saúde de trabalhadores de instituições bancárias é interessante, visto que este contexto de trabalho é geralmente estressante e pode gerar impactos na saúde, o que implica em entender não só questões relacionadas aos aspectos físicos-biológicos, mas também referentes aos comportamentos das pessoas e suas demandas de diferentes naturezas, para que seja possível se pensar em soluções e encaminhamentos para contribuir na formulação de práticas preventivas, bem como de políticas públicas relacionada à saúde dos trabalhadores.

Fica em aberto para futuros estudos a investigação de resultados referentes à implementação de ações preventivas institucionais como forma de contribuição para a melhora do perfil de saúde dos seus trabalhadores nas empresas e também no que tange a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, M.M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista Associação Médica Brasileira**. v.49, nº2, p.162-166, 2003.

ACKLAND, T.; BRAHAM, R.; BUSSAU, V.; SMITH, K.; GROVE, J. R.; DAWSON, B.; BULL, F. **Workplace Health and Physical Activity Program Review**. Western Australian Government, Department of Sport and Recreation. 2005.

ACSM – American College of Sports Medicine. **Internacional Health & Fitness Summit**. Leading. Dec 31, 2000. The Way. Disponível em: <https://www.acsm.org/>. Acesso em: 12 dez. de 2018.

ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *In: Revista do ISP*. 2002. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm. Acesso em: 07 fev. de 2018.

ALVES JÚNIOR, Edmundo; MELO, Victor Andrade de. **Introdução ao lazer**. São Paulo: Manole, 2003.

ALVES, M. **Saúde e segurança do trabalho no Brasil** / organizador: Vitor Araújo Filgueiras. - Brasília: Gráfica Movimento, 2017. 474 p.; 23 cm. 2008;

ANDERSEN, J. et al. The Gcd10p/Gcd14p. **Complex is the essential two-subunit tRNA(1-methyladenosine) methyltransferase of Saccharomyces cerevisiae**. *Proc Natl Acad Sci U S A* 97(10):5173-8. 2000.

ANDERSON, L.; DIBBLE, M. V.; TURKKI, P.R.; MITCHELL, H.S.; RYNBERGEN, H.J. **Nutrição**. 17. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1988.

ANDRADE, A. **Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: a importância do sujeito na “relação atividade física e saúde”**. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. 2001.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos**. Gerência-Geral de Regulação Assistencial Gerência de Monitoramento Assistencial Av. Augusto Severo, 84 – Glória CEP: 20021-040 – Rio de Janeiro/RJ. 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2003.

ANTUNES, Ricardo. **A Sociedade dos adoecimentos no trabalho**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.

ARAÚJO, M. A. M. et al. . Os conceitos de sentido da vida: reveladores da espiritualidade da pessoa com câncer. **Revista logos & Existência**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 189-201, 2015.

ARAÚJO, M. P. N.; COSTA-SOUZA, J.; TRAD, L. A. B. **A alimentação do trabalhador no Brasil: um resgate da produção científica nacional**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 17, n. 4, p. 975-992, 2010.

ASHAR, H.; LANE-MAHER, M. Success and spirituality in the new business paradigm. **Journal of Management Inquiry**, 13 (3), 249-260. 2004.

ATKINSON, Michael. **Tattooing and Civilizing** Processes: Body Modification as Self-control. 2004. First published: 23 January 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2004.tb02173.x>. Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie. Volume 41, Issue 2. Acesso em: 20 dez. de 2018.

AUGUSTO, L. G. **O papel estruturador da saúde do trabalhador e da vigilância em saúde para a prevenção do dano ambiental e dos efeitos nocivos à saúde**. Rio de Janeiro, 1995. Trabalho apresentado na 3ª oficina preparatória do COPASAD.

BACAL, Sarah. **Lazer e o universo dos possíveis**. São Paulo: Aleph. 2003.

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; BUENO, Sonia Maria Villela. O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde. recebido: 19/03/2010 aprovado: 30/08/2011. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(2):380-7 www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 23 set. de 2018.

BARCAUI, A.; LIMONGI-FRANCA, A. C. Estresse, Enfrentamento e Qualidade de Vida: Um Estudo Sobre Gerentes Brasileiros. **Rev. adm. Contemp.**, Curitiba, v. 18, n. 5, p. 670-694, Oct. 2014.

BARCELOS, R. C. **Acompanhamento de um programa de exercícios laborais nos funcionários do SENAI no departamento Regional de Sanyas Catarina: um estudo de caso**. 2000. Monografia (Conclusão do curso de Educação Física). CEFID/UDESC, Florianópolis.

BARROSO, Taianah Almeida; MARINS, Lucas Braga; ALVES, Renata; GONÇALVES, Ana Caroline Souza; GIRÃO BARROSO, Sérgio; ROCHA, Gabrielle de Souza. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ – Brasil. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. 2017;30(5)416-424. 2017.

BERALDO, F.C.; VAZ, I. M.F.; NAVES, M.M.V. Nutrição, atividade física e obesidade em adultos: aspectos atuais e recomendações para prevenção e tratamento. **Rev Med Minas Gerais**, 14(1): 57-62, 2004.

BIRCH, L. L. Conducta alimentar en los niños: perspectiva de su desarrollo. **In:** ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Nutrición y alimentación del niño em los primeros años de vida. Washington, D. C., 1997. p. 34-48

BLAIR, S. N. et al. **Physical activity, physical fitness, and all-cause and cancer mortality:** a prospective study of men and women. *Ann Epidemiol.*, New York, v. 6, n. 5, p. 452-7, 1995.

BMC. Health and Quality of Life Outcomes. **Revista científica BMC Public Health.** 2016. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/>. Acesso em: 22 jan. de 2019.

BONCIANI, M. Contrato coletivo e saúde dos trabalhadores. **In: Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.45, p.53-58, 1994. Disponível em: <https://portalteses.icict.fiocruz.br/transfp.php?script=thes_print&id=00000500&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. de 2018.

BRANDÃO, A. G.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de Pelotas e região: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 295-305, 2005.

BRASIL. **As cartas da promoção da saúde.** 2002. Ministérios da saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 13 fev. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde dos colaboradores é responsabilidade das empresas.** 2019. Disponível em: <https://saudebusiness.com/gestao/saude-dos-colaboradores-e-responsabilidade-das-empresas-sim/>. Acesso em: 3 abr. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e Complementares.** 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 3 abr. de 2019.

_____. **Classificação Brasileira de ocupações.** Disponível em: <https://empregabrazil.mte.gov.br/76/cbo/>. Acesso em: 14 fev. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016:** Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17>. Acesso em 10 jan. de 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira:** promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Saúde do Trabalhador**. Caderno de saúde do trabalhador. Brasília; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Senado Federal. Subsecretaria de edições técnica. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de Outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 42/2003., Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/busca?q=Artigos+196+e+200+da+Constitui%C3%A7%C3%A3o+Federal>. Acesso em: 13 fev. de 2019.

_____. NOST – **Norma operacional básica de saúde do trabalhador no SUS**. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Previdência Social. (2014). **Saúde e segurança do trabalho**: Estudo da previdência social indica mudança nas causas de afastamento do trabalho. INSS. Recuperado de <http://www.previdencia.gov.br/noticias/saude-e-seguranca-do-trabalhoestudo-da-previdencia-social-indica-mudanca-nas-causas-de-afastamento-do-trabalho/>. Acesso em: 23 jan. de 2019.

_____. Ministério da Educação. **CAPES**. Publicado: Quinta, 08 Março 2018. 12:07 | Última Atualização: Sexta, 09 Março 2018. 20:08

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

_____. Ministério da saúde. INSS. **Depressão, a doença do bancário**. 2013. Disponível em: <http://www.fragaelima.adv.br/artigos/depressao-a-doenca-do-bancario---por-leandro-colnago-frag>. Acesso em: 13 fev. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Diagnóstico e manejo das doenças relacionadas com o trabalho**: manual de procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde / OPS; 1999.

_____. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social 2011, Brasília, v. 20, p. 1-888, 2011. Disponível em: BRUNO, W. P. Bancários não são máquinas. In: SZNELWAR, L. (Org.). **Saúde dos bancários**. São Paulo: Gráfica Atitude, 2011. p. 21-31. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf. Acesso em: 13 fev. 2019.

_____. Ministério do Esporte. **Pesquisa indica alto grau de sedentarismo e reforça que investimento público em esporte é essencial**. IBGE. 2017. Disponível em: <http://www.esporte.gov.br/index.php/ultimas-noticias/209-ultimas-noticias/57492-pesquisa-indica-alto-grau-de-sedentarismo-e-reforca-que-investimento-publico-em-esporte-e-essencial>. Acesso em: 20 jan. de 2019.

_____. DIEESE – Departamento intersindical de Estatística e Estudos socioeconômicos. **A situação do trabalho no Brasil na primeira década dos anos 2000.** 2012. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/livro/2012/livroSituacaoTrabalhoBrasil.pdf>. Acesso em: 14 fev. de 2019.

_____. DIEESE – Departamento intersindical de Estatística e Estudos socioeconômicos. **Rotatividade no mercado de trabalho brasileiro.** 2017. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/livro/2016/rotatividade2016.pdf>. Acesso em: 14 fev. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população brasileira.** 2006. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-em-pauta/782-alimentacao-e-nutricao/40408-guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira>. Acesso em: 13 fev. de 2019.

_____. CASA CIVIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988:** Título V: III "Da Ordem Social", Capítulo II ("Da Seguridade Social"), Seção II ("Da Saúde"). 1988.. Disponível em: <www.planalto.gov.br/c.civil.../Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em: 20 jan. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 210 p. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf. Acesso em 13 de ago. de 2018.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.** Rio de Janeiro: ANS; 2011. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016. **Saúde Suplementar:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 157 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_saude_suplementar.pdf. Acesso em: 21 nov. de 2018.

BRENNER, R. E. **Desarrollo desigual y la larga fase descendente**: las economías capitalistas avanzadas desde e boom a estancamiento, 1950- 1998. México, Encuentro XXI, 2000.

BRESCIANI, M.S.M. Lógica e dissonância sociedade de trabalho: lei, ciência, disciplina e resistência operária. **Revista brasileira de história**. São Paulo. n.11, 1999.

BRESCIANI FILHO, E. **Processo de criação organizacional e processo de auto-organização**. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v28n1/28n1a02.pdf>>. Acesso em: 01 mar. de 2018.

BRITO, F. M. et al. Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 483-489, 2013.

BRUNO, W. P. Bancários não são máquinas. In: SZNELWAR, L. (Org.). **Saúde dos bancários**. São Paulo: Gráfica Atitude, 2011. p. 21-31.

CALVET, Theresa de Magalhães. **A Atividade Humana do Trabalho** [Labor] em Hannah Arendt. 2010. Disponível em: http://www.ufjf.br/eticaefilosofia/files/2010/03/9_1_theresa.pdf. Acesso em 22 de jan. de 2018.

CAMARGO, Luiz Otávio de Lima. **Educação para o lazer**. São Paulo: Moderna, 1998.

CAMPELLO, Jaqueline Cunha. **Cargas de trabalho e evidências de seu impacto sobre a saúde de trabalhadores em bancos**: estudo de caso em quatro instituições financeiras em Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. Mestrado Profissionalizante em Engenharia. 2004. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/4694>>. Acesso em: 23 mar. de 2018.

CAÑET, M. I. **Humanização, desafio da empresa moderna**: A ginástica laboral como um caminho. Porto Alegre: Artes e ofícios, 1996. Humanização, desafio da empresa moderna: A ginástica laboral como um caminho. Porto Alegre: Artes e ofícios, 1996.

CAPELAS, E.; HUERTAS NETO, M.; MARQUES, R. M. Relações de Trabalho e flexibilização. In: Rosa Maria Marques, Mariana Ribeiro Jansen Ferreira. (Org.). **O Brasil sob a Nova Ordem – A Economia brasileira contemporânea – Uma análise dos governos Collor a Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010, v., p.217-244.

CATTABRIGA, Leonardo; CASTRO, Nuria Fernández. **Saúde e segurança no trabalho**. Tecnologia de rochas ornamentais: pesquisa, lavra e beneficiamento/Ed. Francisco W. H. Vidal, Hélio C. 2014.

CAULFIELD, L.E.; DE ONIS, M.; BLÖSSNER, M.; BLACK, R.E. Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. **Am J Clin Nutr.** 2004 Jul;80(1):193-8.

CHALITA, Marco Antonio. **A resposta da escola na prevenção da obesidade no Estado de Alagoas:** Estudo centrado em escolas do ensino médio da cidade de Maceió. 2013. Dissertação de doutoramento apresentada à faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67091/2/23256.pdf>. Acesso em 13 fev. de 2019.

COELHO, T. **O que é ação Cultural?** São Paulo: Brasiliense. 1988.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Abril 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 02 jan. de 2019.

CONSENSO LATINO AMERICANO DE OBESIDADE. **Arq Bras Endocrinol** vol 43: 21-67.2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27301999000100003>. Acesso em 31 de dez. de 2018.

COSTA, Rosana Salles. et al. **Gênero e prática de atividade física de lazer.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S325-S333, 2003.

COSTA, L. P. Tipologia das atividades de esporte e lazer em empresas brasileiras. **In:** Ministério da Educação, Secretaria de Educação Física e Desporto: esporte e lazer na empresa, 1990.

COULSON, J.; MCKENNA, J.; FIELD, M. Exercising at work and self-reported work performance. **International Journal of Workplace Health Management.** 1(3), 176-197. 2008.

CZERESCINIA, D.; FREITAS, c. m. **orgs.** Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências [on line]. 2nd. And. Enl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 229 p. ISBN 987-85-7541-353-1. Disponível em: <https://books.scielo.org>. Acesso em: 10 abr de 2019.

DALMOLIN, B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, abr-jun, 2011.

DE MASI, Domenico. **O Ócio Criativo.** 5. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DEMO, P. **Pesquisa social.** Brasília: UnB, 2000.

DEZORZI, L. W. CROSSETTI, M. G. O. A espiritualidade no cuidado de si para os profissionais de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 212-217, 2008.

DIAS, Elizabeth Costa. **Pontos para uma reflexão sobre a atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde no Brasil**. Belo Horizonte, 1994.

DIEESE. **Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos socioeconômicos**. Desempenho dos Bancos. 2017. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/desempenhodosbancos/2018/desempenhoDosBancos2017.html>. Acesso em: 27 out. de 2018.

_____. **O emprego doméstico no Brasil**. Estudo e Pesquisa nº 68. Agosto de 2013. Disponível em <http://www.dieese.org.br/estudosetorial/2013/estPesq68empregoDomestico.pdf>. Acesso em: 14 jul. de 2019.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **PESQUISA DE EMPREGO BANCÁRIO**. Caged registra criação de 18.167 novos postos de trabalho no setor bancário. Ano 3 - nº 11 – Novembro de 2011. Disponível em: www.dieese.org.br. Acesso em: 22 jan. de 2019.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos / Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro (CONTRAF). **Saldo de empregos no setor bancário de janeiro a dezembro de 2015: análise do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho e Emprego**. 2016. Disponível em: [http://admin.contrafcut.org.br/system/uploads/ck/files/PEB_janeiro20a20dezembro_201520\(003\).pdf](http://admin.contrafcut.org.br/system/uploads/ck/files/PEB_janeiro20a20dezembro_201520(003).pdf). Acesso em: 10 set. de 2018.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos / Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro (CONTRAF). **Pesquisa de Emprego Bancário (PEB): expansão do emprego no setor bancário ultrapassa 5 em 2010, mas rotatividade tem efeito negativo sobre os salários**. 2011. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/pesquisaempregobancario/2011/empregoBancarioMarco2011.pdf> Acesso em: 10 set. de 2018.

DIEZ GARCIA, R. W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, v. 16, v. 4, p. 483-492, 2003.

DOIMO, L.A.; KOWALSKI, M.; PEREIRA, D.A. Discurso estético do corpo: O auto cuidado de mulheres. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, 3(6), 33-59. 2009.

DUMAZEDIER, Joffre. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva: SESC, 2008.

_____. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **Lazer e cultura popular**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

DURÃES, Wladimir de Oliveira. O lazer nas relações de trabalho. **In: CONGRESSO MUNDIAL DO LAZER**, São Paulo: SESC. CD-ROM. 1998.

eLIFE: um exemplo de aperfeiçoamento da avaliação por pares. **Revista eLife**. 2016. Disponível em: <https://blog.scielo.org/blog/2015/05/06/elifa-um-exemplo-de-aperfeicoamento-da-avaliacao-por-pares/#.XEIIfZfZIU>. Acesso em: 22 de jan. de 2019.

EXAME. Brasil já é um dos maiores mercados “fitness” do mundo. 26 maio 2016. **Revista Exame**. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/revista-exame/brasil-ja-e-um-dos-maiores-mercados-fitness-do-mundo/>. Acesso em 13 fev. 2019.

FALEIROS, Vicente de Paulo. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: nova Fronteira, 1986. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/6761/Leonardo+Lopes+Fontes_.pdf;jsessionid=A6F370550160CBE39E7F17708343B001?sequence=1. Acesso em: 13 fev. de 2019.

FISHER, T. Administração pública como área de conhecimento e ensino: a trajetória brasileira. **Revista de Administração de Empresas**, v. 24, n. 4, p. 278-288, 1984.

FILGUEIRAS, Luiz. **In: O Trabalho no Século XXI: Considerações para o futuro do trabalho**. Org. Álvaro Gomes, São Paulo, Anita Garibaldi; Bahia: Sindicato dos Bancários da Bahia, 2001. (p.279/299)

FIOLET, T. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: Results from NutriNet-Santé prospective cohort. **British Medical Journal**. 14 fev. 2018. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2018/03/20/alguns-efeitos-dos-alimentos-fabricados/>). Acesso em: 23 jul. 2018.

FLORES COELHO, Alexa Pupiará. **Cargas De Trabalho Em Mulheres Catadoras De Materiais Recicláveis: Estudo Convergente assistência**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre. 2016.

FONSECA, M. J. M, CHOR, D. VALENTE, J. G. Hábitos Alimentares entre funcionários de banco estatal: padrão de consumo alimentar. **Cad Saúde Pública**, 1999. 15(1): 29-39.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

GARAY, A. B. S. **Reestruturação produtiva e desafios de qualificação: algumas considerações críticas.** 2001. Recuperado em 25 janeiro, de 2003. Disponível em: <http://www.ufmt.br>. Acesso em: 31 de dez. de 2018.

GARCIA, G. C. B.; GAMBARDELLA, A. M. D.; FRUTUOSO, M. F. P. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. **Revista de Nutrição.** Campinas, v.16, n.1, p. 41-50, 2003.

GATTAI, Maria Cristina Pinto. **A importância do lazer na empresa.** Tese (Mestrado). Universidade de São Paulo. 1993.

GEMIGNANI, Janet. **Making wellness programs pay off.** Business & Health, august 1996, v14, n8, p.61.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa.** Coord. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIACALONE, R. A.; JURKIEWICZ, C. L. **Handbook of workplace spirituality and organizational performance.** Gurgaon: Spring Book. 2003.

GIGA S. I.; HOEL, H. **Violence and stress at work in financial services.** Geneva: International Labour Organization, 2003. (Working Paper, 210).

GIGA, S. I.; COOPER, C. L.; FARAGHER, B. The Development of a Framework for a Comprehensive Approach to Stress Management Interventions at Work. **International Journal of Stress Management**, 10, 280-296. 2003.

GIGANTE, Denise Petrucci; MOURA, Ery Catarina de; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos. **Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados.** Brasil, 2006 Recebido: 28/11/2008. Revisado: 28/7/2009 Aprovado: 28/8/2009. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDDTEIN, L. L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. **In:** Freitas e colaboradores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.

GRAVINA, Marcia Elena Rodrigues; ROCHA, Lys Ester. Lesões por esforços repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. **Cad Psicol Soc Trab.** 2006;9(2):41-55. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25964>. Acesso em: 13 fev. 2019.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007.

GUIRALDELLI, Reginaldo. Presença feminina no Mundo do Trabalho: História e Atualidade. **Revista de Estudos do Trabalho**. Ano I – Número I – 2007. Disponível em http://www.estudosdotrabalho.org/Guiraldelli_RET01.pdf. Acesso em 13 de julho de 2019.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia adaptando o trabalho ao homem**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 1998.

GUIMARÃES, Granadeiro. **Doenças psíquicas aumentam no ambiente de trabalho**. 2016. Disponível em: <https://www.saudeocupacional.org/2017/04/753-mil-trabalhadores-brasileiros-foram-afastados-por-depressao-em-2016.html>. Acesso em: 25 nov. de 2018.

GUTTIERREZ, M.L. et al. La promoción di salud. In: ARROYO, H. V. & CERQUEIRA, M.T. (Org.) **La Promoción de la Salldy la Educación para la Sallden America Latina**. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

HEILBORN, Maria L. Gênero: Uma breve introdução. In: Gênero e Desenvolvimento Institucional em ONGs (D. M. Costa & R. Neves, org.), pp. 914, Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos Mulher e Políticas Públicas, Escola Nacional de Serviços Urbanos, Instituto Brasileiro de Administração Municipal/Madri: Instituto de la Mujer. 2003.

HELOANI, J. R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado**: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho. São Paulo: Atlas, 2003.

HIRATA, Helena. Salariado, precariedade, exclusão? Trabalho e relações sociais de sexo-gênero. Uma perspectiva internacional. In: COLETA, M.C. (Org.). **Demografia da exclusão social**: temas e abordagens. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2001, p.105-118.

HOYE, G. V.; BAS, T.; CROMHEECKE, S.; LIEVENS, F. **The Instrumental and Symbolic Dimensions of Organisations'** Image as an Employer: A Large-Scale Field Study on Employer Branding in Turkey. *Applied Psychology*, (62)4, 543-557. 2013.

HUNTER, J. C. **O Monge e o Executivo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiador. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 3-4, 2007. Suplemento 1.

HUNTER, G. L.; GOEBEL, D. J. Salesperson's Information Overload: Scale Development, Validation, and its Relationship to Salespersons' job satisfaction and performance. **Journal of Personal Selling and Sales Management**, Abingdon, v. 28, n. 1, p. 21-35, winter 2008.

IADES. INSTITUTO DE ANÁLISES SOBRE O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO SOCIAL. Governo Do Distrito Federal Procuradoria Geral Do Distrito Federal. Procuradoria Especial da Atividade Consultiva. **Direito Tributário**. Diferencial de Alíquota do ICMS. Adquirente Optante do Simples de Matérias primas de Outras Unidades da Federação a Serem Inseridas no Processo Produtivo. Renúncia de Receita. Norma Desprovida de Eficácia. 2012. Disponível em: <http://parecer.pg.df.gov.br/arquivo/PRCON/2017/PRCON.0438.2017.pdf>. Acesso em 22 de jan. de 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça cidades e estados do Brasil**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03 mar. de 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios Contínua**. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/primeiros_resultados/analise04.shtm. Acesso em: 22 de jan. de 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios Contínua**. Disponível em: <http://www.asdfree.com/search/label/pesquisa%20nacional%20por%20amostra%20de%20domicilios%20continua%20%28pnadc%29>. Acesso em: 22 de jan. de 2019.

IIDA, I. **Ergonomia**: projeto e produção. 2. ed. amp. São Paulo: Blucher, 2005.

ISOSAKI, M. **Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois Hospitais em São Paulo**. Dissertação. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

JACQUES, M. G. C.; AMAZARRAY, M. R. Trabalho bancário e a saúde mental no paradigma da excelência. **In**: Boletim da Saúde. Porto Alegre, v. 20, n.1, p. 93-105, 2006; 20(1): 93-105.

JARDIM, L. Suor e lucros: Ginástica para operários reduz acidentes de trabalho e eleva a produtividade das empresas. **Revista Isto é**, p. 46 – 47, nov. 1992.

JINKINGS, N. **Trabalho e resistência na fonte misteriosa**: os bancários no mundo da eletrônica e do dinheiro. Campinas: UNICAMP; São Paulo: Imprensa Oficial, 2002.

KRIPPENDORF, Jost. **Sociologia do turismo**: para uma nova compreensão do lazer e das viagens. 3. ed. ver. e ampliada. São Paulo: Aleph. 2008.

LACAZ, F. A. C. **Cenário e estratégia em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994**. Brasília, mar. 1994. Texto apresentado à 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento. **O projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Organização Pan-americana de Saúde – OPAS/OMS. Brasília, 2003.

LECLERC, Emilie; MANSUR, Rodrigo B.; GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo; CORDEIRO, Quirino; KAPCZINSKI, Flavio; MCINTYRE, Roger S.; BRIETZKE, Elisa. The differential association between history of childhood sexual abuse and body mass index in early and late stages of bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 227, p. 214-218, FEB 2018. Citações Web of Science: 1. (12/11428-9).

LEITE, N. **Impacto de um plano de incentivo à demissão voluntária sobre a saúde dos trabalhadores**. 1995. Monografia (Especialização em Educação Física). Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 1995.

LINHARES, A. R. P.; SIQUEIRA, M. V. S. **Vivências depressivas e relações de trabalho**: Uma análise sob a ótica da psicodinâmica do trabalho e da sociologia clínica. *Cadernos EBAPE.BR*, 12(3), 719-740. doi: 10.1590/1679-395110385. 2014.

LOTUFO, Paulo Andrade. **Por que não vivemos uma epidemia de doenças crônicas**: o exemplo das doenças cardiovasculares? Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. palotufu@hu.usp.br. 2000. Acesso em 31 de dez. de 2018.

LOWEN, A. **Prazer**: uma abordagem criativa de viver. Trad. Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo. Summus. 1984.

MAGNANE, G. **Sociologia do esporte**. São Paulo: Perspectiva, 1969.

MARINHO; Shueila Pita et al. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista Nutrição**, v.16 n.2, p.195-201, 2003.

MARTINS, Maria da Conceição Almeida; MELLO, Jorge Manuel Cardoso Dias de. **Emoções... Emoções...** que aplicações para a saúde e qualidade de vida? 2016.

MEDEIROS, Patricia Flores de; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza M. F. **O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas**. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2005, vol.21, n.3, pp.263-269. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000300002>. Acesso em: 13 fev. de 2019.

MELO, V. A. **Introdução ao Lazer**. Barueri, SP: Manole, 2003.

MELO, Raimundo Simão de. **Direito ambiental do trabalho e saúde do trabalhador**: responsabilidades legais, dano material, dano moral, dano estético, indenização pela perda de uma chance, prescrição, São Paulo: LTr, 2005.

MELO, Victor Andrade de; ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond. **Introdução ao lazer**. Barueri, SP: Manole, 2003.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-448, maio/junho. 2004.

MENDES, R. **Medicina do trabalho**: doenças profissionais. São Paulo: Sarvier, 1980.

MINAYO-GÓMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. C. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **In: CAD - Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2) 21-32, 2008.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **FAP contribui para reduzir custo Brasil**. Notícia da Assessoria de Comunicação de 4 nov. 2009. Disponível em: <www.previdencia.gov.br>. Acesso em 12 de jan. de 2018.

_____. Secretaria de Previdência Social. **Panorama de la previsión social brasileña**. Brasília: MPS/SPS, 2008. 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Proença, R.P.C. **Inovação Tecnológica na Produção de Alimentação Coletiva**. Disponível em os/iicflv_br_consea.pdf. Acesso em 12 de jan. de 2018.

_____. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 13 de ago. 2018.

_____. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis SRTV 702, via W5 norte, Edifício PO700, 6º andar CEP: 70723-040 – Brasília/DF.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MONACO; F. F.; GUIMARÃES; V. N. Gestão da qualidade total e qualidade de vida no trabalho: o caso da gerência de administração dos correios. *In: Revista de Administração Contemporânea*. v. 4, n. 3. Curitiba, Sept./Dec. 2000.

MORAIS, José Luis Bolzan de. **A Subjetividade do Tempo**. Uma Perspectiva Transdisciplinar do Direito e da Democracia. Porto Alegre: Livraria do Advogado; Santa Cruz do Sul/RS: Edunisc, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p, 242-250, 2006.

MORRIS, R. G. M., *et al.* Ibotenate lesions of hippocampus and/or subiculum: Dissociating components of allocentric spatial learning. **European Journal of Neuroscience**, 2,1016–1028. 1990.

MURER E. Epidemiologia da Musculação Saúde. In: VILARTA, Roberto (Org.). **Coletiva e Atividade Física: Conceitos e Aplicações** Dirigidos a Graduação em Educação Física. CAMPINAS: IPES EDITORIAL,2007.

NAHAS, Markus. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceito e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina, PR: Midiograf. 2003.

_____. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina, PR: Midiograf. 2001.

NARDI, H.C. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A.D.; HOLZMANN, L. (Org.) **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2.ed. rev. Ampl. Porto Alegre: Zouk, 2011.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do. **Trajetória da sustentabilidade: do ambiental ao social, do social ao econômico**. estudos avançados 26 (74), 201252. 2012.

NECK, C. P.; COOPER, K. H. The Fit Executive: Exercise and Diet Guidelines for Enhancing Performance. **Academy of Management Executive**, 14(2), 72-82. 2000.

OGATA, A. J. N. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2014.

OIT. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO [OIT]. **História**. 2015. N.d.a. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/hist%C3%B3ria>>. Acesso em: 30 de dez. de 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Encontro Internacional. **Direito à saúde, Cobertura Universal e Integralidade possível**. 2017. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizados.pdf. Acesso em: 29 de nov. de 2018.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 18 de jan. de 2018.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAFFENBARGER, J. R. *et al.* **Physical activity and fitness for health and longevity**. Research Quarterly for Exercise and Sport, Dallas, v. 67, supl. 3, 1986, p. 11-28.

PALACIOS, Marisa; DUARTE, Francisco; CAMARA, Volney de Magalhães. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.3, pp.843-851. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300028>. Acesso em: 12 de dez. de 2018.

PAPARELLI, R. Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 36, n. 123, p. 139-146, 2011. Disponível em; <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000100013>. Acesso em: 31 de jul. de 2018.

PASCHOAL, Tatiane; TOMAYO, Álvaro. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia** 2004, 9(1), 45-52. 2004

PAUCHANT, T. **Ethics na spirituality at work**. Hopes and pitfalls of the search for meaning in organizations. Westport: Quorum. 2002.

PENELLA, Isabela. **LER**: uma jornada de sofrimento no trabalho bancário. Dissertação de mestrado em Sociologia da faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2000. 198p.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/463/489> **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília v.10 n. 3 p. julho. 2002.

PLATUM 2015-2018 : **Plano de Turismo Municipal** / Cidade de São Paulo / [elaborado pela EquipeTécnica da Diretoria deTurismo e Entretenimento da São Paulo Turismo].--São Paulo: São Paulo Turismo, 2015. Disponível em: <http://imprensa.spturis.com.br/wp-content/uploads/downloads/2015/06/platum-2015-2018.pdf>. Acesso em: 13 fev. de 2019.

PONDE, M.P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Rev Ciênc Med**. Campinas. 2003; 12 (2):163-72.

PROTEÇÃO. Capital Humano. **Revista Proteção**, 1995, 46, p28-43. * OBS: não é citado o autor do artigo Capital Humano da revista Proteção. 1995.

QUINTANILLA, S. A. R.; WILPERT, B. The meaning of working – scientific status of a concept. **In**: KEYSER, V.; QVALE, T.; WILPERT, B.; QUINTANILLA, A. R. (ed.). The meaning of work and technological options. Chischester, New York: Jonh Wiley & Sons Ltda. 1988.

REICH, Wilhelm. **Análise de caráter**. Trad. Ricardo Amaral do Rego. 3. ed. 2 tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

REQUIXA, R. **As Dimensões do lazer**. Folheto do Serviço Social do Comércio (SESC). São Paulo, Gráfica do SESC, s.d.

RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. C. Incapacidade, trabalho e previdência social. **In**: RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C. (Org.). De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores. p. 187-209, São Paulo: Diesat/Imesp. 1984.

ROSS, L. Spiritual care in nursing: na overview of research to date. **Journal of Clinical Nursing**, Pontypridd v. 15, n. 7, p. 852-862, 2006.

ROSSI, Ana Maria. **Como combater o estresse**. Disponível em: <https://www.catho.com.br/carreira-sucesso/carreira/dicas-emprego/comportamento/como-combater-o-estresse/> 2016. Acesso em: 26 set. de 2018.

RUSSEL, Bertrand. **História da filosofia Ocidental**. 1957. Disponível em: http://www.culturabrasil.org/porquenaosoucristao_bertrand_russel.htm. Acesso em: 24 de out. de 2018.

SALECL, Renata. **Sobre a felicidade**: ansiedade e consumo na era do hiper capitalismo. São Paulo: Alameda, 2013.

SALIM, R. Doenças Do Trabalho exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**, 17(1): 11-24, 2003.

SALIS, Viktor D. **Ócio Criador, Trabalho e Saúde**. Lições da Antiguidade para a Conquista de uma Vida mais Plena em nossos Dias. São Paulo: Claridade, 2004.

SALOMÃO, Karin. **11 empresas com benefícios incríveis para seus funcionários**. Publicado em 15 de set. de 2015. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/negocios/10-empresas-com-beneficios-incriveis-para-seus-funcionarios/>. Acesso em: 26 de out. de 2018.

SAMULSKI, D. M; NOCE, F. A importância da atividade física para à saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários UFMG. **Rev. Bras. Atividade Física e Saúde**. v. 5, n.1, 2000.

SANTOS, Andréia Cecília da Silva. **Investigação do índice de massa corpórea em indivíduos obesos e sua relação com a ocorrência de doenças** / Andréia Cecília da Silva Santos; Pindamonhangaba-SP: FAPI Faculdade de Pindamonhangaba, 2015. 30f.: il. Monografia (Graduação em Farmácia) FAPI-SP.

SANTOS, M. G.; MAMEDE, S. A.; PAULA, M. P. Sua experiência em destaque: as relações de saúde. *In: Revista Brasileira Saúde da Família*, Ano 15, n. 37, jan./abr. 2015. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/revista_brasileira_saude_familia_ed37.pdf. Acesso em: 11 fev. de 2018.

SARQUIS, L.M.M. **O monitoramento do trabalhador de saúde, após exposição a fluidos biológicos**. 195f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SCORZAFANE, Luiz Guilherme; MENEZES FILHO, Naércio Aquino. Participação feminina no mercado de trabalho brasileiro: evolução e determinantes. **Rev Saúde Pública**, 2009;43(Supl 2):83-9. *Pesq. Plan. Econ.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 441-478, dez. 2001.

SEGERSTROM, S. C.; O'CONNOR, D. B. Stress, health and illness: Four challenges for the future. **Psychology & Health**, 27(2), 128-140. 2012.

SEGNINI, L. R. P. **A inserção da mulher no setor terciário e no subsetor bancário**. Mulheres no trabalho bancário: difusão tecnológica, qualificação e relações de gênero. São Paulo, EDUSP, 1998.

SENDIN, Tatiana. Precisamos falar sobre estresse. 8 nov. 2018, 14h44 - Publicado em 13 maio 2016. **Revista Exame**. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/negocios/precisamos-falar-sobre-estresse/>. Acesso em 20 jan. de 2019.

SHIRRMESTER, R.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. A qualidade de vida no trabalho: Relações com o comprometimento organizacional nas equipes multicontratuais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 12(3), 283-298. 2012.

SILVA, Otavio Pinto e. A função do Direito do trabalho no mundo atual. *In: CORREIA, Marcus Orione Gonçalves. Curso de Direito do trabalho. Coleção Pedro Vidal Neto, volume I, Teoria Geral do Direito do Trabalho*. São Paulo: LTr, 2007.

SILVA, M. P.; BERNARDO, M. H.; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. *In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. v. 41. São Paulo, 2016.

SILVA, G. W.; MÁSCULO, F. S. **LER**: Epidemia silenciosa que causa reflexos na saúde dos bancários. Trabalho Completo apresentado no II Conference on

Occupational and Environmental Health - Integrating the Americas. Salvador: Autor. 2002.

SILVA, L. S.; PINHEIRO, T. M.; SAKURAI, E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: O caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 23(12), 2949-2958. Disponível em: doi: 10.1590/S0102311X2007001200016. 2007. Acesso em: 23 abr de 2019.

_____. Economic Restructuring and impacts on health and mental distress: the case of a state-owning bank in Minas Gerais, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, p. 2949-58, Dez. 2007

_____. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: Análise no período de 1998 a 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(2), 2049-2058. Disponível em: doi: 10.1590/S1413-81232008000900009. 2008. Acesso em: 23 abr de 2019.

SILVA, J. L.; NAVARRO, V. L. Organização do trabalho e saúde de trabalhadores bancários. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20. n .2, Ribeirão Preto, May/Apr.,2012.

SMITH, Adam. **A Riqueza das Nações**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SINDICATO DOS BANCÁRIOS. **Campanha 2018: saúde dos bancários pede socorro**. 2018. Disponível em: <http://spbancarios.com.br/08/2018/campanha-bancarios-2018-saude-pede-socorro>. Acesso em: 13 fev. 2019.

_____. **Como Identificar O Desgaste À Saúde Mental Em Decorrência Do Trabalho?** 20 de julho de 2017. Sindicato dos Bancários Jahu e Região. 2017. Disponível em: <http://bancariosjau.org/online/2017/07/20/como-identificar-o-desgaste-a-saude-mental/>. Acesso em: 13 fev de 2019.

SINDICATO DOS BANCÁRIOS DE BRASÍLIA. **Bancários são as maiores vítimas de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.bancariosdf.com.br/site/caixa/bancarios-sao-as-maiores-vitimas-de-doencasosteomusculares-e-do-tecido-conjuntivo>> Acesso em: 20 de jan. de 2018.

SJOGAARD, G; et al. **Implementing intelligent physical exercise training at the workplace: health effects among office workers-a randomized controlled trial**. Eur J Appl Physiol. 2016 Jul;116(7):1433-42. doi: 10.1007/s00421-016-3397-8. Epub 2016 May 28.

SOUZA, M. F. M.; MESSING, K.; MENEZES, P. R.; CHO, H. J. Chronic fatigue among bank workers in Brazil. **Occupational Medicine**, 52(4), 187-194. 2002.

UARY, R.; ALBALA, C.; KAIN, J. Obesity trends in Latin America: transiting from under-to over weight. **J Nutr** 131: 893-9, 2001.

USP. **Departamento de Nutrição**. Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo.

VASCONCELLOS, L.C.F.; PIGNATI, W. A. Medicina do trabalho: subsciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, n.4, p. 1105-1115, 2006.

VIANA, M. S.; ANDRADE, A.; BACK, A. R.; VASCONCELLOS, D. I. C. Nível de atividade física, estresse e saúde em bancários. **Revista Motricidade**, v. 6, n. 1, p. 19-32, 2010.

VOLICH, R.M. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

VOLPI, José Henrique. **Psicoterapia corporal**: um trajeto histórico de Wilhelm Reich. Curitiba: centro Reichiano. 2000.

ZANELLI, José Carlos. **Estresse nas organizações de trabalho**: compreensão e intervenção baseadas em evidências. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931986000100010>. Acesso em: 31 dez. de 2018.

ZORZANELLI, Rafaela; ORTEGA, Francisco. Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea. **Psicol. Soc.** [online]. 2011, vol.23, n.spe, pp.30-36. ISSN 0102-7182. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400005>. 2011. Acesso em: 12 jan de 2019.

WATTLES, Mathew. G.; HARRIS, Chad. The relationship between fitness levels and employee s perceived productivity, job satisfaction, and absenteeism. **Journal of Exercise Physiology**. 6(1), 24-32. 2003.

WERNECK, Guilherme. Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Revista Do Sistema Único De Saúde Do Brasil**. v. 19, n. 3 - julho / setembro de 2003 |. ISSN 1679-4974.

WHO. WORLD HEALTHY ORGANIZATION: **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. WHO Techn Rep Series, 1995.

_____. World Healthy Organization. **Ealth promotion for working populations**. Reporto f a Who Committee. Geneva. (WHO – Technical Report Series, n. 765). 1998;

_____. WORLD HEALTHY ORGANIZATION: **Obesity: preventing and managing the global epidemic**: report of a WHO consultation on obesity. WHO, 1998.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on diet, physical activity and health**. 2004. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. Acesso em: 13 ago. 2018.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO CEP / UNITAU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DE SAÚDE DE FUNCIONÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Pesquisador: DANIELA FACANHA DA SILVA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91938818.2.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.779.311

Apresentação do Projeto:

Na última década, as instituições bancárias passaram por um grande processo de reestruturação por meio das novas tecnologias e inovações organizacionais. Isso resultou em mudanças que refletiram na saúde dos trabalhadores, modificando não só a relação do trabalho em si, mas, a expectativa do trabalhador diante da sua atividade. Dessa forma, esta pesquisa busca conhecer o perfil de saúde de funcionários de uma instituição financeira. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quantitativa. A coleta de dados será realizada com 65 funcionários de uma instituição financeira por meio de questionário contendo 21 questões de múltiplas escolha, a ser enviado por correio eletrônico. A análise dos dados será realizado após a tabulação e serão apresentados em números absolutos e percentuais e discutidos a luz da literatura sobre a temática em questão. Com a pesquisa, espera-se obter respostas para a compreensão das implicações das relações do trabalho no mundo financeiro com a saúde do trabalhador. Espera-se ainda que os dados coletados possam contribuir para a implementação de ações preventivas e de controle para a saúde dos trabalhadores. (transcrito do projeto)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o perfil de saúde dos funcionários de uma instituição financeira.

Objetivo Secundário:

- Conhecer as funções desempenhadas pelos funcionários de uma instituição financeira.

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210

Bairro: Centro

CEP: 12.020-040

UF: SP

Município: TAUBATÉ

Telefone: (12)3635-1233

Fax: (12)3635-1233

E-mail: cepunitau@unitau.br



Continuação do Parecer: 2.779.311

- Levantar os dados antropométricos dos pesquisados tais como: peso, altura dos funcionários e Índice de Massa Corporal (IMC).
- Identificar quais são os padrões alimentares adotados pelos funcionários.
- Verificar quais são as práticas de lazer e de atividade física realizadas pelos funcionários.(transcrito do projeto)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O possível risco que a pesquisa poderá causar aos voluntários é mínimo, e que os mesmos poderão se sentir desconfortáveis, inseguros ou não desejarem fornecer alguma informação pessoal solicitada pelo pesquisador, por meio de, aplicação de questionários. Com vistas a prevenir os possíveis riscos gerados pela presente pesquisa, aos participantes ficam-lhes garantidos os direitos de anonimato; de abandonar a qualquer momento a pesquisa; de deixar de responder qualquer pergunta que ache por bem assim proceder; bem como solicitar para que os dados por ele fornecidos durante a coleta não sejam utilizados

Benefícios:

O benefício esperado com o desenvolvimento da pesquisa será o fato de oferecer aos participantes e à comunidade acadêmica maiores informações e conhecimentos acerca dos aspectos que compõem Perfil de Saúde de Funcionários de uma Instituição Financeira. Cabe aqui ressaltar também que, pelo aspecto interdisciplinar que se pretende abordar no presente estudo, os conhecimentos gerados por meio da pesquisa poderão despertar o interesse de profissionais, instituições, pesquisadores e fundamentar estudos em outras áreas do conhecimento no que diz respeito ao presente objeto de pesquisa. Contudo, os principais benefícios do presente estudo poderão se apresentar somente ao final do mesmo, quando das conclusões do mesmo.(transcrito do projeto)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante a saúde e bem estar de profissionais reflete no desempenho de suas atividades, não foram observados óbices éticos no estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATE
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** ospunitau@unitau.br



UNITAU - UNIVERSIDADE DE
TAUBATÉ



Continuação do Parecer: 2.779.311

Apresentou todos os termos.

Recomendações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté recomenda a entrega do relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 20/07/2018, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1159947.pdf	18/06/2018 14:37:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	18/06/2018 14:34:18	DANIELA FACANHA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	18/06/2018 14:33:07	DANIELA FACANHA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/06/2018 14:31:23	DANIELA FACANHA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Institucional.pdf	15/06/2018 16:31:08	DANIELA FACANHA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	15/06/2018 16:28:25	DANIELA FACANHA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210

Bairro: Centro

CEP: 12.020-040

UF: SP

Município: TAUBATE

Telefone: (12)3635-1233

Fax: (12)3635-1233

E-mail: cepunitau@unitau.br



Continuação do Parecer: 2.779.211

TAUBATÉ, 20 de Julho de 2018

Acolhido por:
José Roberto Corbelli
(Coordenador)

Endereço: Rua Visconde de Rio Branco, 210
Cidade: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATÉ
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br

APÊNDICE

APÊNDICE I – ENTREVISTA**APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA AOS FUNCIONÁRIOS DE
UMA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA****1) Levantamento dos dados de identificação dos funcionários da instituição**

a) Sexo:

 Feminino Masculino

b) Idade:

 20 anos a 30 anos 41 anos a 50 anos 31 anos a 40 anos Acima de 51 anos

c) Escolaridade:

 Segundo grau completo Superior incompleto Superior completo Pós-graduado

d) Estado civil:

 Solteiro Casado Viúvo Separado/Divorciado**2) Levantamento dos dados antropométricos**

a) Qual o seu peso? _____

b) Qual a sua altura? _____

3) Funções desempenhadas na instituição

a) Função exercida nesta instituição financeira

 analista de cadastro assessor de investimento

operador de mesa

b) Renda Mensal

até 3 salários mínimos

entre 3 a 5 salários mínimos

entre 5 e 7 salários mínimos

entre 7 e 9 salários mínimos

10 ou mais salários mínimos

c) Há quanto tempo trabalha neste local?

de 1 a 3 anos

entre 3 e 5 anos

de 5 a 10 anos

mais de 10 anos

d) Tempo de trabalho no atual cargo:

de 1 a 3 anos

entre 3 e 5 anos

de 5 a 10 anos

mais de 10 anos

4) Perfil de Saúde dos funcionários da instituição

a) Você fez uso recente (nos últimos 30 dias) de algum tipo de serviço de saúde?

Sim. Qual o motivo? _____

Não

b) Na pausa para o almoço, você costuma fazer as refeições:

em Restaurantes

Traz de casa

Outros. Explique: _____

c) A pausa para o almoço é suficiente para alimentar-se e relaxar?

Sim

Não

d) Você faz acompanhamento nutricional?

Sim. Com qual profissional? _____

Não

Se sim, há quanto tempo?

- menos de 1 ano de 1 a 3 anos
 entre 3 e 5 anos mais de 5 anos

e) Você pratica alguma atividade física?

- Sim. Qual atividade? _____
 Não

Se sim, há quanto tempo?

- menos de 1 ano de 1 a 3 anos
 entre 3 e 5 anos mais de 5 anos

Quantas vezes por semana?

- 1 vez por semana 2 a três vezes por semana
 4 a 6 vezes por semana todos os dias da semana

f) Você se sente motivado para realizar práticas de atividades físicas ou atividades sociais após sair do seu trabalho?

- Sim
 Não

Se não, por quê? _____

g) Você costuma participar de alguma atividade de lazer?

- Sim
 Não

Se sim, quais são suas atividades de lazer rotineiras?

Descreva: _____

Com qual frequência?

- Diariamente
 Uma vez por semana
 Duas ou mais vezes
 Somente nos finais de semana

h) Você sofre de alguma doença crônica?

() sim

() não

Se sim, qual? _____

i) Com relação ao uso de medicamentos, você utiliza diariamente?

() não faz uso de nenhum tipo medicamento

() faz uso de 1 tipo de medicamento por dia

() 2 a 3 medicamentos por dia

() mais de três medicamentos por dia

Se sim, para qual finalidade o uso do(s) medicamento(s)?

() hipertensão arterial

() doença cardiológica

() diabetes

() insônia

() gastrite

() estresse

() outros. Qual? _____

j) Você considera que quando as pessoas cuidam da sua saúde elas trabalham mais dispostas e produzem melhor?

() sim

() não

Se sim, descreva em poucas palavras por quê:
