

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SOCIO-ORGANIZACIONAL  
NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da  
Saúde de Lisboa - IPL

(DR – II Série, N.º 250 de 29 de Outubro de 2002)

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE  
ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**Comportamento alimentar e excesso de peso em  
profissionais do sector da saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Patrícia Marina dos Santos Almeida Nunes e Sobral de Matos

Orientador:

Professora Doutora Maria Isabel Augusta Cortes do Carmo

Évora/Lisboa

Julho de 2010

Comportamento alimentar e excesso de peso em profissionais  
do sector da saúde

Estratégias para a promoção de saúde no local de trabalho



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Isabel do Carmo:

Quero agradecer da forma mais profunda e sincera o inextinguível apoio nas diferentes fases do presente estudo, desde a preparação do protocolo até ao acompanhamento do trabalho de campo e revisão da tese. O seu acompanhamento, disponibilidade, incentivo e motivação em todos os dias da minha prática clínica hospitalar servem de motivação para o meu trabalho diário. O meu sincero e profundo obrigado.

Ao Professor Doutor Carlos Silva:

Por toda a disponibilidade, ajuda, ensino e acompanhamento em todas as fases do mestrado, com particular relevância na fase final, o meu agradecimento. Só com a sua atitude pedagógica, apoio, incentivo e disponibilidade foi possível chegar a esta fase.

Ao centro hospitalar pelo apoio e incentivo à formação pós-graduada que tanto tem contribuído para o desenvolvimento do meu percurso académico e pessoal.

Às colegas Elisabete Ferreira, Sara Policarpo e em especial à Inês Jardim Ferreira:

A quem tanto devo, pela amizade, disponibilidade e apoio incondicional na realização deste trabalho, nunca me deixando perder o ânimo.

A todos os colaboradores que permitiram a recolha de dados para a realização desta investigação.

Aos meus pais:

Por tudo o que lutaram para que eu chegasse até aqui.

A minha família e em especial aos meus filhos Rodrigo e Madalena:

Pelas longas ausências da mãe.

E a todos aqueles que sem estarem aqui mencionados contribuíram de forma directa e indirecta para a realização deste trabalho.

## **Abreviaturas e siglas**

AO – Assistente operacional

CEE – Comunidade económica europeia

cm – centímetro

dp – desvio padrão

DGS – Direcção Geral de Saúde

E - Enfermeiro

GPOW – Guidelines for the prevention of obesity at workplace

g - grama

IDICT – Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISO – International Standardization Organization

kcal – kilocaloria

kg – kilograma

M - Médico

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Perímetro de cintura

QFA – Questionário de Frequência Alimentar

Rs – Rho de Spearman

SDN – Serviço de Dietética e Nutrição

SHST – Segurança, higiene e segurança no trabalho

SO – Saúde Ocupacional

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

TDT – Técnico de diagnóstico e terapêutica

## Índice Geral

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	xi
Introdução.....	1
I. Enquadramento teórico .....	5
1. Alimentação e estilos de vida saudável .....	5
1.1. Orientações para uma alimentação saudável.....	9
1.2. Actividade física.....	12
2. Excesso de peso e obesidade – <i>status quo</i> .....	13
2.1. Diagnóstico da situação em Portugal .....	15
3. Gestão e promoção da saúde .....	16
3.1. Saúde e Educação para a Saúde.....	17
3.2. O contributo das organizações para a saúde.....	18
3.3. Qualidade em saúde e responsabilidade social .....	21
4. Promoção de saúde no local de trabalho .....	23
4.1. O local de trabalho e o binómio saúde/doença .....	29
4.2. Papel da Saúde Ocupacional nas organizações.....	31
4.3. Contributo do dietista para a promoção de saúde no local de trabalho	36
I. Problemática de investigação.....	41
II. Objectivos.....	43
1. Gerais.....	43
2. Específicos .....	43
III. Aspectos metodológicos .....	45
1. Fundamentos metodológicos .....	45
1.1 Problemática da pesquisa .....	45
2. Tipo de estudo .....	46

2.1	População alvo .....	46
2.2	População em estudo .....	46
2.3	Dimensão da amostra .....	46
	<b>2.4 Critérios de inclusão e de exclusão.....</b>	<b>47</b>
<b>3.</b>	<b>Instrumentos de recolha de dados .....</b>	<b>48</b>
	<b>3.1 Caracterização dos indivíduos e estilos de vida .....</b>	<b>48</b>
	<b>3.2 Avaliação antropométrica.....</b>	<b>48</b>
	<b>3.3 Caracterização dos hábitos alimentares.....</b>	<b>49</b>
<b>4.</b>	<b>Variáveis .....</b>	<b>50</b>
<b>5.</b>	<b>Procedimentos.....</b>	<b>52</b>
<b>6.</b>	<b>Análise estatística .....</b>	<b>53</b>
<b>IV.</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>55</b>
	<b>1. Caracterização dos parâmetros antropométricos e estilos de vida.....</b>	<b>55</b>
	<b>2. Caracterização dos hábitos alimentares .....</b>	<b>69</b>
<b>V.</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>87</b>
	<b>1. Antropometria e estilos de vida em profissionais do sector da saúde .87</b>	
	<b>2. Hábitos alimentares dos profissionais do sector da saúde.....</b>	<b>92</b>
<b>VII.</b>	<b>Conclusões e considerações finais.....</b>	<b>99</b>
<b>VIII.</b>	<b>Recomendações e plano de intervenção sócio-organizacional.....</b>	<b>103</b>
	<b>Plano de intervenção sócio-organizacional .....</b>	<b>103</b>
	<b>1. Estratégias ao nível dos espaços destinados às refeições dos colaboradores</b> <b>104</b>	
	<b>2. Estratégias ao nível do Centro de Formação .....</b>	<b>106</b>
	<b>3. Actividade Física.....</b>	<b>107</b>
	<b>4. Parceria entre o Serviço de Dietética e Nutrição e o Serviço de Saúde</b> <b>Ocupacional .....</b>	<b>107</b>
<b>IX.</b>	<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>113</b>

<b>X. Apêndices</b> .....	xiii
Apêndice I – Instrumento de caracterização da amostra .....	xiii
Apêndice II – Instrumento de caracterização dos hábitos alimentares .....	xv
Apêndice III – Diagramas de caule-e-folhas para a distribuição das variáveis idade, IMC, massa gorda, massa muscular e perímetro de cintura .....	xviii
Apêndice IV – Comparação dos parâmetros antropométricos entre categorias profissionais .....	xxi
Apêndice V – Percentagens de modas de consumo por categoria profissional.....	xxvi
Apêndice VI – Plano de sessão .....	xlvi
<b>XI. Anexos</b> .....	I
Anexo I - Procedimentos para medição de estatura, peso corporal e perímetro de cintura .....	I

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal.....	13
Tabela 2 - Risco cardiometabólico de acordo com o perímetro de cintura.....	14
Tabela 3 - Funções do dietista na comunidade.....	38
Tabela 4 - Codificação da frequência alimentar .....	50
Tabela 5 - Identificação das variáveis em estudo.....	51
Tabela 6 - Interpretação dos resultados para a percentagem de massa gorda.....	52
Tabela 7- Valores médios da idade, anos de serviço e carga horária semanal por categoria profissional.....	59
Tabela 8 - Características antropométricas da amostra .....	61
Tabela 9 - Análise de variância entre as categorias profissionais para os parâmetros antropométricos.....	64
Tabela 10 - Moda para o período do dia com mais apetite por categoria profissional .....	66
Tabela 11 - Correlação entre os anos de serviço e os parâmetros antropométricos .....	67
Tabela 12 - Correlação entre a idade e os parâmetros antropométricos.....	68
Tabela 13 - Frequência de consumo de produtos lácteos pela amostra .....	69
Tabela 14 - Frequência de consumo de carnes, peixes e ovos pela amostra .....	70
Tabela 15 - Frequência de consumo de gorduras e óleos.....	71
Tabela 16 - Frequência de consumo de pão, cereais e derivados.....	72
Tabela 17 - Frequência de consumo de bolos, bolachas, sobremesas e doces.....	73
Tabela 18 - Frequência de consumo de hortaliças, legumes e frutas .....	74
Tabela 19 - Frequência de consumo de bebidas .....	75
Tabela 20 - Frequência de consumo de comida rápida e molhos.....	76
Tabela 21 - Moda de frequência de consumo de produtos lácteos por categoria profissional .....	77
Tabela 22 - Moda de frequência de consumo de carnes, peixes e ovos por categoria profissional .....	78

Tabela 23 - Moda de frequência de consumo de gorduras e óleos por categoria profissional.....	79
Tabela 24 - Moda de consumo de pão, cereais e derivados por categoria profissional...80	
Tabela 25 - Moda de frequência de consumo de bolos, bolachas, sobremesas e doces por categoria profissional.....	81
Tabela 26 - Moda de frequência de consumo de hortaliças, legumes e frutas por categoria profissional.....	82
Tabela 27 - Moda de frequência de consumo de bebidas por categoria profissional .....	83
Tabela 28 - Moda de frequência de consumo de comida rápida e molhos por categoria profissional .....	84
Tabela 29 - Cronograma do plano de intervenção socio-organizacional.....	110

## Índice de figuras

Figura 1 - Possíveis determinantes das escolhas alimentares .....	8
Figura 2 - Pirâmide dos alimentos mediterrânica .....	9
Figura 3 - Roda dos Alimentos .....	11
Figura 4 - Componentes da intervenção no local de trabalho.....	25
Figura 5 – Funções de um serviço de saúde ocupacional orientado para a prevenção...	33
Figura 6 - Actuação do Serviço de Saúde Ocupacional .....	36
Figura 7 - Processo de selecção da amostra .....	47
Figura 8 - Etapas do procedimento de recolha de dados .....	53
Figura 9 - Vínculo laboral à instituição .....	55
Figura 10 - Distribuição do Índice de Massa Corporal .....	56
Figura 11 - Distribuição da amostra por idades agrupadas .....	57
Figura 12 - Dados antropométricos médios do peso, IMC, massa gorda, massa muscular e perímetro de cintura por género.....	58
Figura 13 - Prevalência de diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia na amostra .....	59
Figura 14 - Antecedentes familiares por categoria profissional.....	60
Figura 15 - Distribuição do IMC nos assistentes operacionais.....	62
Figura 16 - Distribuição do IMC nos enfermeiros .....	62
Figura 17 - Distribuição do IMC nos médicos.....	63
Figura 18 - Distribuição do IMC nos técnicos de diagnóstico e terapêutica.....	63
Figura 19 - Tentativas de perda ponderal por categoria profissional.....	64
Figura 20 - Estilos de vida por categoria profissional .....	65



## **Comportamento alimentar e excesso de peso em profissionais do sector da saúde – Estratégias para a promoção de saúde no local de trabalho**

### **Resumo**

A prevalência da obesidade está a aumentar nos países desenvolvidos e Portugal não é excepção. O presente trabalho teve como principal objectivo caracterizar a situação relativamente aos parâmetros antropométricos e hábitos alimentares de várias categorias profissionais do sector da saúde de uma instituição hospitalar do distrito de Lisboa. Com efeito, verificou-se que existem diferenças ao nível do Índice de Massa Corporal (IMC), da massa gorda e muscular e do perímetro de cintura entre as profissões estudadas (assistentes operacionais, enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica). De acordo com a classificação do IMC, o grupo estudado situou-se no *cut-off* superior do 'peso normal' (IMC de 24,9 kg/m<sup>2</sup>). A obesidade esteve presente em 29% dos assistentes operacionais, 9% nos médicos e 5% nos enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Também se observaram diferenças entre os géneros feminino e masculino, já que neste último o IMC foi de 26,5 kg/m<sup>2</sup> e no primeiro foi de 24,6 kg/m<sup>2</sup>. Quanto aos hábitos alimentares, através do questionário de frequência alimentar (QFA) e após comparar com as recomendações da pirâmide dos alimentos mediterrânica e com a roda dos alimentos, foi notório o desvio do padrão alimentar face ao que é preconizado por estas representações. Assim, a maioria dos indivíduos não ingere produtos lácteos, pão, cereais e derivados com a frequência que seria adequada. Também se observaram diferenças no reporte de ingestão dos mesmos alimentos entre as categorias profissionais, salientando que todas estas apresentam padrões de ingestão desviantes das recomendações defendidas pela pirâmide dos alimentos mediterrânica e pela roda dos alimentos. Na sociedade actual, o local de trabalho é cada vez mais obesogénico devido quer à mudança na natureza do trabalho, quer às condições em que este decorre. Face aos resultados obtidos foi elaborado um plano de intervenção sócio-organizacional que visa promover hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis.

**Palavras-chave:** promoção da saúde, local de trabalho, excesso de peso e obesidade, hábitos alimentares

## **Food behaviour and overweight in health sector professionals – Worksite strategies for health promotion**

### **Abstract**

Obesity prevalence is increasing all over developed countries, and Portugal is no exception. The present study had as major objective to describe the situation relative to anthropometric measures and dietary habits of several job strains operating in the health sector of a Lisbon district's central hospital. Indeed, it has been verified that there are differences as concern to Body Mass Index (BMI), fat and muscle mass and waist circumference among the job strains studied (operational assistants, nurses, physicians and diagnostic and therapeutic technicians). According to BMI classification, the sample showed to be lined up with the superior BMI cut-off value for "normal weight" (BMI of 24,9 kg/m<sup>2</sup>). Obesity was present in 29% of operational assistants, 9% in physicians, 5% in nurses and diagnostic and therapeutic technicians. There were differences in both feminine and masculine genders, as in the latter the BMI was 26,5 kg/m<sup>2</sup> and in the first, 24,6 kg/m<sup>2</sup>. As concern to dietary habits, through the application of the food frequency questionnaire (FFQ), after comparing with mediterranean food pyramid and wheel of foods it was notorious the deviation of dietary habits from these representations. Thus, most individuals do not consume dairy products, bread, cereals and derivates with an appropriate eating frequency. There were also differences in eating reporting of the same foods between job strains, focusing that all of these show eating patterns that deviates from the recommendations argued by mediterranean food pyramid and wheel of foods. In the present societies, workplace appears to be obesogenic due to the changes in labour's nature and to the conditions that this one takes place. Towards the results obtained, it was developed a social and organizational intervention which entails to promote healthy eating habits and lifestyles.

**Key-words:** health promotion, workplace, excess weight and obesity, food habits

## Introdução

A escolha e abordagem deste tema resulta de expectativas pessoais e profissionais ligadas à área do comportamento alimentar, que na actualidade carecem de grande interesse e expectativa, uma vez que a sua avaliação influencia claramente o rendimento profissional, social e psicológico dos profissionais do sector da saúde.

A pertinência deste estudo tem precisamente a ver com a premissa de que, através do conhecimento dos hábitos e comportamentos alimentares dos profissionais do sector da saúde, poderá ser possível definir formas de intervenção sócio-organizacionais possíveis de gerar processos de mudança, que é no fundo o que se pretende num futuro próximo para as organizações de saúde, mudanças essas, essenciais quer para a diminuição da prevalência de doenças, quer na melhor gestão dos serviços a que estes profissionais recorrem no sentido de obterem um tratamento e acompanhamento eficaz.

Actualmente, a obesidade é entendida como uma epidemia de proporções à escala mundial que abrange todas as faixas etárias e classes sócio-económicas e que se reveste de um carácter crónico, constituindo um problema *major* de saúde pública. Por conseguinte, intervir neste campo afigura-se prioritário quer ao nível individual quer ao nível comunitário. Neste último inserem-se as possíveis estratégias a ser desenvolvidas nos locais de trabalho, devendo estes partilhar a preocupação e responsabilidade nas áreas da prevenção e promoção da saúde.

O local de trabalho foi reconhecido pela OMS, como sendo estratégico para a promoção da saúde. Contudo, esta não implica apenas a diminuição da exposição aos riscos e perigos existentes, tornando-se assim importante proteger os trabalhadores contra os mesmos. Deste modo, o local de trabalho pode ser visto como uma plataforma de sensibilização com o objectivo de adoptar hábitos alimentares saudáveis, contribuindo assim para incrementar o rendimento e a produtividade e diminuir o absentismo ao nível dos trabalhadores e empresas.

O propósito geral deste trabalho pode dividir-se em dois campos de actuação, um a nível clínico e outro, a nível social:

- Do ponto de vista clínico – proceder à caracterização antropométrica e à determinação da prevalência de excesso de peso e obesidade numa população operante no sector da saúde.

- Do ponto de vista social - desenvolver um plano estratégico de promoção da saúde, visando a prevenção da obesidade bem como o incremento da prática de actividade física, e, por outro da responsabilização social da entidade/instituição.

O interesse do estudo reside, assim, em relacionar os hábitos alimentares com a obesidade e na exploração de mecanismos de interacção presentes no domínio da cooperação institucional, na perspectiva da criação de um plano de intervenção.

Realizar este trabalho constitui um desafio que tem como objectivo investigar uma questão que há muito me desperta interesse.

### **1 – Razões do estudo**

A obesidade constitui um problema transversal a todas as faixas etárias que desde há muito suscita interesse para a ciência. Se antes a obesidade era entendida como um problema estético, actualmente é entendida como um problema de saúde pública. A obesidade é uma doença de carácter crónico, de etiologia multifactorial que coloca a saúde em risco e que necessita de ser colocada em primeiro plano nas intervenções das políticas governamentais.

Um dos factores que contribui para o desenvolvimento da obesidade prende-se com os hábitos alimentares. A alimentação é um acto de sobrevivência revestido de simbolismo cultural, mas tal não significa que se adopte a máxima “viver para comer”. Muito pelo contrário, deve-se apelar ao “comer para viver”, através da sensibilização para as práticas alimentares mais saudáveis, com escolhas que se coadunem com os estilos de vida característicos dos países ocidentais.

### **2 – Objectivos do estudo**

São conhecidas várias taxas de prevalência principalmente ao nível global, nomeadamente de países ou populações bem identificadas. Contudo, interessa também conhecer o comportamento da prevalência da obesidade mais detalhadamente, principalmente em subgrupos da população que possam ser de risco. Posto isto, e atendendo a que a população activa despende elevado número de horas no local de trabalho, afigura-se de extrema importância caracterizar o estilo de vida, as práticas alimentares e o estado nutricional de um grupo de profissionais que são eles próprios responsáveis por *cuidar* da saúde dos restantes – os profissionais do sector da saúde.

Devido à importância das razões expostas, a pesquisa realizada apresenta pertinência no contexto da intervenção sócio-organizacional na saúde, uma vez que não se pretende apenas determinar a prevalência do excesso de peso, nem apenas a sua relação com os hábitos alimentares, mas sim elaborar uma estratégia de intervenção para análise e prevenção desta problemática. Tendo em conta o tema da investigação, assim como a necessidade de clareza, exequibilidade e pertinência colocaram-se as seguintes questões que servem como ponto de partida:

- Como será a prevalência de excesso de peso e obesidade nos profissionais de saúde?
- Como serão os hábitos alimentares destes mesmos profissionais?

Assim, para dar resposta às questões supracitadas, delinearam-se os seguintes objectivos gerais para o presente estudo em profissionais do sector da saúde:

- ❖ Determinar a prevalência de excesso de peso e obesidade;
- ❖ Caracterizar os estilos de vida, nomeadamente a prática de actividade física e os hábitos tabágicos;
- ❖ Caracterizar os hábitos alimentares.

### **3 – Organização da estrutura**

O presente documento está dividido em diversas partes remetidas para o índice. Na primeira parte encontram-se os agradecimentos, as abreviaturas e siglas. Posteriormente, segue-se a introdução que se compõe por várias temáticas, em concreto: as razões do estudo, os objectivos e a organização da estrutura do trabalho.

Para além disto, o documento é composto por onze capítulos, em que o primeiro é dedicado ao enquadramento teórico e está subdividido em quatro partes. A primeira é de natureza conceptual no qual estão incluídas as orientações para uma alimentação saudável e a actividade física. Na segunda, aborda-se a temática da prevalência de excesso de peso e obesidade em Portugal e no mundo, com particular enfoque na classificação e nos riscos cardiometabólicos associados. A terceira parte debruça-se sobre a gestão e promoção da saúde ao nível das organizações e de que forma estas podem modelar as escolhas alimentares. Neste capítulo, o *empowerment* é um conceito descrito como fundamental para a criação das estratégias de promoção de saúde. Neste contexto, e associado à cultura organizacional, é preponderante a reflexão sobre a responsabilidade social nas organizações. A quarta parte é respeitante à promoção da

saúde no local de trabalho e como esta se tem focado em fomentar a saúde do trabalhador através da redução de comportamentos considerados de risco. De facto, a promoção da saúde no local de trabalho é recomendada desde a década de 50 e defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Da estratégia da promoção de saúde faz parte a necessidade de englobar, nos locais de trabalho, os serviços de saúde ocupacional e o serviço de dietética e nutrição, que em sinergia com as políticas administrativas da empresa, podem desenvolver e implementar estratégias para obter ganhos em saúde.

Quanto à restante estrutura, após o enquadramento teórico, apresenta-se a problemática de investigação, seguida dos objectivos gerais e específicos. Para dar resposta aos objectivos, delineou-se uma abordagem metodológica fundeada nos métodos científicos. A seguir, descreve-se o tipo de estudo e, dentro deste determinou-se a população a estudar e a dimensão da amostra a recolher, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Após o tipo de estudo, estão descritos os instrumentos da recolha de dados, as variáveis, a descrição dos procedimentos tomados na recolha de dados e, por fim, a análise estatística.

A seguir estão descritos os resultados obtidos e, no capítulo seguinte apresenta-se a discussão. As conclusões a retirar constituem outro capítulo, ao qual se segue as recomendações e plano de intervenção sócio-organizacional direccionado em três vertentes: 1. Estratégias ao nível dos espaços destinados às refeições dos colaboradores, 2. Estratégias ao nível do Centro de Formação, 3. Actividade física e 4. Parceria entre o Serviço de Dietética e Nutrição e o Serviço de Saúde Ocupacional.

As referências bibliográficas, os apêndices e os anexos constituem os últimos capítulos do documento.

## I. Enquadramento teórico

Nas últimas décadas tem-se assistido, nas sociedades europeias, a grandes alterações e desenvolvimentos que comportam repercussões na esfera social, comportamental, laboral e emocional dos indivíduos. A influência da alimentação na saúde dos indivíduos sempre foi reconhecida pela maioria das culturas. As associações entre alimentação e saúde formaram a base de inúmeras teorias e práticas médicas. A saúde, como qualidade ou estado pessoal, tem sido continuamente muito valorizada e pretendida ao longo da história da Humanidade. Em 480 AC Hipócrates já também reconhecia que muitos aspectos do que hoje denominamos “estilo de vida” deveriam ser reunidos com o “objectivo de compor um organismo saudável”.

### 1. Alimentação e estilos de vida saudável

A nutrição é um pilar fundamental da vida humana, influenciando a saúde e o desenvolvimento ao longo de todo o ciclo de vida. Desde os estadios mais precoces de desenvolvimento fetal, nascimento, infância, adolescência até à idade adulta e velhice, é essencial uma alimentação equilibrada e um bom estado nutricional para a sobrevivência, crescimento físico, desenvolvimento psíquico, produtividade, saúde e bem-estar (WHO 2000).

A nutrição saudável pressupõe a ingestão adequada de energia na forma de macro nutrientes, bem como a ingestão adequada de nutrientes essenciais, que incluem vitaminas, oligoelementos, minerais, e água. As necessidades individuais de nutrientes estão directamente relacionadas com as necessidades de energia, à idade, género, peso, altura e actividade física.

Nenhum alimento isoladamente, contém todos os nutrientes em quantidades ideais e nas proporções adequadas e essenciais para a manutenção de um bom estado de saúde geral, com excepção do leite materno, durante um curto período de vida da criança.

Deste modo, a nutrição saudável só é possível com a ingestão de uma variedade de alimentos que ofereçam o equilíbrio necessário dos nutrientes. A OMS, como refere Silva *et al*, tem vindo a alertar para o desequilíbrio nutricional das nossas sociedades e a delinear uma ideologia de responsabilização individual e colectiva, pela saúde em que o equilíbrio alimentar surge como elemento dominante (Silva *et al*, 2000).

A investigação sobre o estilo alimentar, enquanto factor determinante do padrão de ingestão, adquiriu ultimamente grande relevância. Este conceito remete para a categorização do comportamento alimentar, considerado como o resultado da influência de factores psicológicos e sociais. Importa fazer a distinção entre comportamento alimentar e padrão de ingestão. Assim, enquanto o primeiro envolve o acto de ingestão e ainda aspectos qualitativos associados à selecção e decisão de que alimentos consumir, o segundo alude aos aspectos quantitativos implícitos na ingestão, como o valor calórico dos macronutrientes, e a energia ingerida (Moreira 2001).

A selecção dos alimentos, particularmente em função da composição energética de cada um, a quantidade e a frequência com que são ingeridos interagem com outros factores como o peso e o modo como o próprio corpo é percebido. O estilo alimentar refere-se a padrões de comportamento face à alimentação classificáveis estes de acordo com tendências ou combinações de tendências relacionadas com os conceitos descritos (i.e. restrição e desinibição). Os instrumentos utilizados na avaliação deste padrão, assim como os conceitos implícitos nestes, também estabelecem diferentes classificações do estilo alimentar. A importância do constructo “estilo alimentar” reside no seu potencial contributo para a investigação sobre o comportamento alimentar especialmente quando estão implicadas dietas, o que se nos demonstra como fundamental na educação e prevenção. As mudanças no estilo de vida são difíceis de conseguir dada as interacções deste com diversos outros aspectos do quotidiano e da vida urbana como seja: falta de tempo e de tranquilidade e, portanto, ansiedade, bem como o difícil acesso a padrões de comportamento e de consumo mais satisfatórios do ponto de vista da saúde. As dificuldades em alterar os hábitos de vida são manifestas também no que se refere à alimentação. Apesar de serem conhecidas as implicações para a saúde do consumo excessivo de lípidos e proteínas animais, ou algumas dietas desequilibradas e deficitárias em nutrimentos, alterar os hábitos alimentares é tarefa difícil de conseguir. Mais difícil ainda será manter as mudanças entretanto realizadas. Adquirir e conseguir manter um novo comportamento requer mais esforço do que continuar com os velhos hábitos enraizados e ligados a outros factores de ordem social e cultural (Viana 2002).

Entre hábitos e comportamentos promotores da saúde e consequentemente preventivos da doença contam-se, com especial impacto, os hábitos alimentares. Uma alimentação racional que tenha em soma as necessidades do organismo e tome em consideração as propriedades preventivas de alguns nutrientes é, actualmente, um aspecto determinante de um estilo de vida saudável.



A alimentação humana envolve aspectos fisiológicos, socioculturais e psicológicos, sendo vista como um fenómeno de enorme complexidade. A alimentação humana e o seu estudo são considerados como um elemento importante para o entendimento da sociedade e do seu desenvolvimento (Abreu, Viana *et al.* 2001).

Na perspectiva de Romanelli (2006), a alimentação é uma categoria muito marcante através da qual as sociedades edificam representações sobre si próprias, revelando a sua identidade em relação a outras, das quais se diferenciam nos hábitos alimentares, constituindo elementos significativos para se considerar a identidade social dos seus consumidores (Romanelli. 2006).

Para Silva *et al* (2000), a alimentação é considerada “um acto de cultura, onde o consumo de alimentos, está intimamente ligado a significados, usos, rituais, situações e comportamentos colectivamente imaginados e que constituem um verdadeiro sistema de comunicação codificado de acordo com uma lógica simbólica. Através dessa lógica e da alimentação, os grupos comunicam a partilha de uma identidade interpretativa da existência” (Silva, Vieira *et al.* 2000).

É a realidade social que orienta a escolha dos alimentos e modela o gosto de acordo com o que é definido como bom para comer. As sociedades rejeitam vários alimentos, como não sendo bons para ingerir, de acordo com um sistema social de classificação que originariamente considera impuro tudo o que não se inclui ou adapta ao seu sistema social (Silva, Vieira *et al.* 2000). Para Romanelli, “o acto de comer é sempre mediado por normas dietéticas, cujas origens e finalidades são múltiplas e são elaboradas a partir de diversas formas de saber, tais como o conhecimento científico, o senso comum, as religiões, que criam impedimentos para eliminar do cardápio alimentos vistos culturalmente como prejudiciais”. Ainda para este autor, a alimentação, na sua dimensão sócio-cultural é uma via para marcar identidades e de estabelecer fronteiras entre segmentos sociais (Romanelli. 2006).

Com toda a informação disponível sobre alimentação e a sua relação com a saúde, os indivíduos criam as suas escolhas alimentares em função de vários factores, entre eles as preferências e suas representações paralelamente aos factores físicos e sócio-económicos presentes. A alimentação é influenciada pelos produtos que se obtêm do meio ambiente e a disposição destes, e ainda dependente de factores físicos, económicos e políticos, que se conjugam com factores culturais, religiosos, sociais e psicológicos.

O primeiro factor que influencia a escolha alimentar é a disponibilidade física, isto é a sua existência para consumo. São vários os factores desta ordem que o influem, nomeadamente a possibilidade e existência de solo (para cultivo), água, a presença e controlo de pragas, bem como, o clima. Contudo, nos nossos dias, nas sociedades industrializadas, estes tendem a ser minimizados face entre outros, as melhores condições de produção, conservação, utilização de transportes internacionais, colocando sem expressão a questão da sazonalidade como factor condicionante no consumo alimentar (figura 1). Outro factor importante é a influência dos meios de comunicação, nomeadamente, a publicidade, com uma atribuição simbólica ao consumo de determinados hábitos alimentares (Almeida and Afonso 1997).

Todo o envolvimento social e cultural de um indivíduo influencia o seu comportamento alimentar, tendo o núcleo familiar, principalmente durante a infância e adolescência, um papel fundamental.

As alterações nas estruturas familiares e na ocupação laboral, tem sido factores de mudança de hábitos alimentares, uma vez que cada vez mais parte do tempo é passado no local de trabalho, as questões relacionadas com a disponibilidade da oferta de alimentos nesse mesmo espaço ou no circundante, as crenças e hábitos dos pares, são fortes determinantes da escolha alimentar, sendo por isso o local de trabalho, importante na génese das práticas alimentares (Almeida and Afonso 1997).

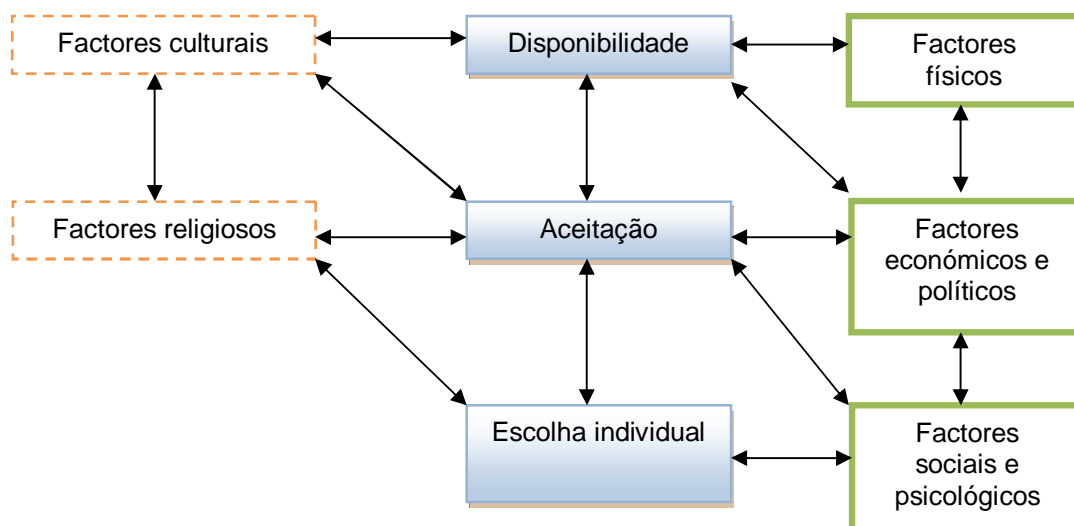


Figura 1 - Possíveis determinantes das escolhas alimentares  
 Fonte: Adaptado de Escolhas Alimentares (Curry 1998).

### 1.1. Orientações para uma alimentação saudável

A maioria dos países desenvolvidos tem estabelecido e desenvolvido algumas ferramentas importantes na área da alimentação com o objectivo de auxiliar a promoção e educação nutricional.

De acordo com a American Medical Association (2002), estão disponíveis três ferramentas de apoio às práticas de uma alimentação equilibrada: as recomendações dietéticas, a rotulagem nutricional dos alimentos e a pirâmide alimentar. O objectivo das recomendações dietéticas é a informação à comunidade das instruções relativas à prática de uma alimentação equilibrada e saudável. A rotulagem nutricional fornece informação sobre macro e micronutrientes, por 100 g ou por porção, esta última ainda pouco usual no nosso país. A concepção através de uma forma geométrica de uma pirâmide visa promover e informar através dos seus níveis e porções (figura 2), facilitando assim a selecção alimentar, deste modo os alimentos foram distribuídos por oito níveis, de acordo com a importância do seu consumo. Para cada nível da pirâmide, as porções foram estabelecidas através da equivalência no aporte energético (kcal) (AMA 2002).



Figura 2 - Pirâmide dos alimentos mediterrânica  
 Fonte: [www.alimentacaosaudavel.org](http://www.alimentacaosaudavel.org) (AlimentaçãoSaudávelHoje. 2008)

Definir e compreender a alimentação e dieta Mediterrânica nem sempre é tão simples como parece, uma vez que são vários os países que limitam a bacia mediterrânica. O

enfoque na dieta mediterrânica tem assumido, nas últimas décadas, um destaque especial devido ao facto de estudos epidemiológicos referirem menor incidência de doenças crónicas e elevada esperança média de vida atribuída às populações que tradicionalmente ingerem alimentos da dieta mediterrânica.

Acredita-se que a dieta se comporta como um factor de risco para o desenvolvimento de várias doenças, incluindo a diabetes, e vários estudos têm demonstrado que o padrão de ingestão alimentar desempenha um papel importante na prevenção das doenças cardiovasculares (Trichopoulou, Costacou *et al.* 2003; Esposito, Marfella *et al.* 2004; Knoop, de Groot *et al.* 2004; Martinez-Gonzalez and Sanchez-Villegas 2004; Estruch, Martinez-Gonzalez *et al.* 2006). Admite-se também que a dieta mediterrânica possa ser protectora quanto à diabetes. As características 'protectoras' incluem a ingestão elevada de fibras e de gorduras de origem vegetal, por oposição a um baixo consumo de ácidos gordos *trans*, e um consumo moderado de álcool (Schulze, Schulz *et al.* 2007). Para além disto, outra particularidade desta dieta é a utilização do azeite como gordura para cozinhar e temperar, devendo a frequência de consumo ser diária. Assim, os grupos de alimentos que podem ser consumidos diariamente são: o pão, cereais, massas, arroz, batata, fruta, leguminosas e frutos oleaginosos, vegetais, azeite, queijos e iogurtes. Já os grupos de alimentos que devem ser consumidos semanalmente são os peixes, as aves, os ovos e os doces. Apenas as carnes vermelhas devem ter um consumo mensal.

Apesar do seu elevado conteúdo em lípidos, o padrão alimentar da dieta mediterrânica caracteriza-se por elevado teor em ácidos gordos monoinsaturados e baixo em saturados, o que contribui para um melhor perfil lipídico e controlo glicémico nos indivíduos com diabetes (Paniagua, de la Sacristana *et al.* 2007). De facto, Martinez-González *et al.* chegaram à conclusão, através de um estudo de coorte prospectivo que a adesão à dieta mediterrânica estava associada a uma diminuição significativa do risco de desenvolver diabetes (Martinez-Gonzalez, de la Fuente-Arrillaga *et al.* 2008).

No nosso país, em 1977, com a campanha de educação alimentar "Saber Comer é Saber Viver", foi criada a Roda dos Alimentos (figura 3), um instrumento concebido para a população portuguesa e que permite informar sobre os aspectos básicos da alimentação. Os alimentos incluídos na roda dos alimentos estão associados nos vários grupos em que esta se divide, de acordo com as suas afinidades nutricionais. A evolução dos padrões de consumo de bens e serviços que se verificou nos últimos anos aplica-se igualmente aos alimentos uma vez que assistimos em paralelo a uma maior disponibilidade de diversificação alimentar. Face a estas realidades, surgiu em 2005 uma

nova Roda dos Alimentos adaptada às necessidades alimentares e nutricionais da população do nosso país. Sob o lema “Coma Bem, Viva Melhor”, a nova roda apresenta-se como um guia para a escolha alimentar diária, sendo constituída por sete grupos de alimentos, de distintas dimensões, correspondente ao peso que devem ter na alimentação diária: gorduras e óleos - 2%, leguminosas - 4%, carnes, pescado e ovos – 5%, lacticínios – 18%, fruta – 20%, hortícolas 23%, cereais, derivados e tubérculos – 28% (DGS 2005).



Figura 3 - Roda dos Alimentos  
 Fonte: Direcção Geral de Saúde, 2005

De acordo com instituto Nacional de Estatística (INE), têm ocorrido alterações nos hábitos alimentares dos portugueses. Assistimos, assim, a um aumento significativo do consumo alimentar *per capita*, como consequência do desenvolvimento económico e do crescente poder de compra das famílias portuguesas na década de 90. O grupo de alimentos que entre 1990 e 2002, registou um maior aumento *per capita* foi o do leite e dos derivados (+41%), seguido do consumo de produtos de origem animal com os alimentos do grupo da carne e ovos (+32%). Verificaram-se também, aumentos mais moderados no que reporta ao consumo de alimentos do grupo frutos e dos produtos hortícolas (+8%) e dos óleos e gorduras vegetais (+8%). Assistiu-se a um decréscimo de 12% *per capita*, no que diz respeito ao consumo dos alimentos constituintes do grupo dos cereais, arroz, leguminosas e batata (INE 2006).

Portugal, sofreu um processo célere no que diz respeito à globalização, com acesso a ofertas alimentares distintas. Contudo, paralelamente desde a mesma época, surgiram as normas relativas à alimentação saudável. Face a toda a informação disponível sobre alimentação e a sua relação com a saúde, as opções individuais na escolha alimentar variam de acordo com o gosto, das representações associadas ao seu consumo, para além de todos os factores sócio-económicos envolvidos (Silva, Vieira *et al.* 2000).

A opção de uma alimentação saudável não está apenas dependente do acesso a uma informação nutricional adequada. A selecção de alimentos tem a ver com as preferências desenvolvidas relacionadas com o prazer ligado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família, bem como a outros factores psicológicos e sociais. Torna-se assim indispensável compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, crenças e outros factores psicossociais que conjuntamente influenciam este processo de decisão, tendo como intuito a elaboração e implementação de medidas eficazes para a promoção da educação e a melhoria de hábitos e comportamentos (Viana 2002).

## 1.2. Actividade física

A OMS estima que nos países desenvolvidos, mais de dois milhões de mortes são atribuídas ao sedentarismo, e que 60 a 80 % da população mundial não é suficientemente activa para obter benefícios na saúde (WHO 2002). Esta realidade aplica-se também à Europa e particularmente a Portugal, considerado o país mais sedentário dos países da união europeia (Aittasalo 2008).

Não existem dúvidas que o sedentarismo que caracteriza a nossa cultura é, em grande medida, responsável pelo aumento da prevalência da obesidade (Kruger, Yore, Kohl, 2008), em união a outros factores, como um maior aporte de gorduras na alimentação. No último século passou-se de uma sociedade baseada no sector primário, a uma progressiva industrialização, dando origem a mudanças de estilo de vida, com uma diminuição importante ao nível do dispêndio de energia.

Considera-se actividade física, toda a actividade muscular ou motora, que um indivíduo realize. Esta poderá ser espontânea (informal, não estruturada ou não organizada), ou programada (formal, estruturada ou organizada). Os efeitos da actividade física podem ser encarados ao nível da saúde, no controle de peso e na aptidão física. Os dois últimos repercutem-se também na saúde, sendo consensual que a actividade física formal deve configurar como complemento de hábitos de actividade física espontânea. A inactividade

física contribui de forma substancial para o aparecimento da sobrecarga ponderal e das comorbilidades a ela associadas, contribuindo para o incremento dos gastos em saúde (Bensimhon, Kraus *et al*, 2006).

Alguns autores têm afirmado que, nos últimos anos, o maior responsável pela epidemia global da obesidade tem sido o sedentarismo. Contudo estudos mais recentes tendem a culpabilizar o aumento da ingestão calórica. Acresce que os efeitos do sedentarismo são em grande parte potenciados pelos erros alimentares concomitantes e vice-versa pelo que a prática da actividade física deve ser complementada por modificação alimentar, facilitando deste modo o novo balanço energético (Berentzen, Sorensen, 2007).

Presentemente é consensual a grande importância para a saúde da actividade física, desde que regular e adequada, torna-se por isso importante integrá-la nos programas de promoção de estilos de vida saudável.

## 2. Excesso de peso e obesidade – *status quo*

A obesidade é uma doença metabólica universal com uma prevalência crescente e que, ao longo do tempo, tem vindo a adquirir dimensões epidémicas, constituindo um dos problemas de saúde pública da sociedade moderna (Behn and Ur 2006; Wyatt, Winters *et al*. 2006).

De acordo com a OMS, o excesso de peso e a obesidade definem-se como a anormal ou excessiva acumulação de gordura que pode acarretar efeitos nefastos para a saúde. O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida simples que relaciona o peso para a altura e que melhor se aplica quando se quer medir o excesso de peso e obesidade ao nível populacional pois é igualmente aplicável em ambos os géneros (Kuczmarski and Flegal 2000; OMS 2006) e numa faixa etária abrangente (OMS 2006). O IMC divide-se por classes desde a magreza até à obesidade de grau III, como ilustra a tabela 1.

Tabela 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal

<b>Classificação</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de co-morbilidade</b>
<b>Baixo peso</b>	<18.5	Baixo (mas com outros riscos associados)
<b>Normal</b>	18.5 – 24.99	Médio
<b>Pré-obesidade</b>	25.00 – 29.99	Aumentado

Tabela 1a – Classificação do Índice de Massa Corporal (continuação)

<b>Obesidade Grau I</b>	30.00 – 34.99	Moderado
<b>Obesidade Grau II</b>	35.00 – 39.99	Severo
<b>Obesidade Grau III</b>	≥ 40	Muito severo

Fonte: Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO. 2000

O IMC não fornece informação da morfologia da obesidade, isto é, da distribuição da massa gorda. Vários estudos epidemiológicos têm verificado que a gordura visceral, abdominal ou andróide está mais associada a excesso de risco de morbilidade e mortalidade do que a gordura depositada nas ancas, coxas e região glútea, ou de distribuição ginóide. Deste modo às medições da altura e do peso, devem também ser adicionadas as medições da cintura e anca. Apesar de terem sido estabelecidos inicialmente níveis relativos ao índice cintura/anca, a prática leva a considerar como medida suficiente e mais precisa o perímetro de cintura (Lean, Han *et al.* 1995).

Desta forma, o perímetro de cintura é também uma medida que, embora não relacionada com a altura, correlaciona-se com o IMC e utiliza-se como um índice de medição de gordura intra-abdominal e gordura corporal total. Não somente, alterações no perímetro de cintura reflectem mudança nos factores de risco de doença cardiovascular. De facto, existe um risco aumentado de complicações metabólicas nos homens quando o PC é ≥ 102 cm e nas mulheres quando o PC é ≥ 88cm (WHO 2000) (tabela 2).

Tabela 2 - Risco cardiometabólico de acordo com o perímetro de cintura

Risco cardiometabólico	Perímetro da cintura (cm)	
	Homem	Mulher
<b>Elevado</b>	≥ 94	≥ 80
<b>Muito Elevado</b>	≥ 102	≥ 88

Fonte: Obesity: Preventing and managing the global epidemic. WHO 2000.

A obesidade associa-se a tão grande número de co-morbilidades que a implantação de medidas preventivas poderá exercer uma diminuição ou melhoria do controlo na prevenção de determinadas patologias como a diabetes, a hipertensão e a doença cardiovascular, entre outras que se sabem estar relacionadas com o excesso de peso e obesidade (WHO 1998).



Os estudos de prevalência da obesidade procuram apresentar a totalidade de indivíduos obesos numa determinada população. Estes são de extrema importância para a definição de políticas de saúde, desde a elaboração de estratégias eficazes de prevenção, quer ao nível do tratamento, com a criação de locais específicos de avaliação e acompanhamento da doença. A prevalência da obesidade não tem parado de aumentar, sendo considerada pela OMS desde 1998 como uma epidemia global, com sérias implicações na saúde pública devido à mortalidade e morbilidade associadas (WHO 1998). De acordo com a OMS, a prevalência desta doença varia entre os 5% e 30% conforme os países, enquanto o excesso de peso estime-se que já afecte entre 25% a 75% da população adulta (WHO 2005).

### 2.1. Diagnóstico da situação em Portugal

Em Portugal, têm sido realizados diversos estudos regionais que incluíram a avaliação da prevalência da obesidade, contudo poucos são considerados representativos da população em geral. À semelhança do observado, um pouco por todo o mundo, Portugal tem uma elevada prevalência de excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), ascendendo aos 53,6% da população (Carmo I 2006). Contudo, Marques-Vidal e Dias (2005) no estudo que realizaram entre 1998-9 utilizando amostras representativas da população residente em Portugal continental, apuraram taxas de prevalência de excesso de peso e obesidade respectivamente de 37,0% e 12,9%. Os mesmos autores revelaram que a prevalência de obesidade era superior no género feminino do que no género masculino e, que de um modo geral, a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentava com a idade, atingindo um valor máximo entre os 50 e 59 anos. Outro aspecto referido por Marques-Vidal e Dias (2005) foi que, em ambos os géneros, a prevalência de excesso de peso e obesidade diferia de acordo com os hábitos tabágicos e nível educacional (Marques-Vidal and Dias 2005).

Quando comparado com outros países europeus, no estudo realizado por Carmo *et al*, Portugal tem uma taxa de prevalência de obesidade similar a Espanha, contudo mais elevada do que a encontrada para a Holanda, França e Suécia e menor do que na Alemanha e antigos países de Leste (Carmo I 2006).

Em muitos dos indivíduos, a obesidade está associada a várias doenças crónicas ou mesmo incapacidade. Os obesos e, em particular, as mulheres têm maior probabilidade de sofrer contrariedades pessoais, sociais e profissionais (Swinburn, Caterson *et al*.

2004), bem como de ver as suas oportunidades de trabalho e progressão na carreira diminuídas (Seidell 2005). Para além disso, a obesidade também encurta a esperança média de vida. Estima-se que aos 40 anos, um indivíduo obeso possa viver menos 6 a 7 anos do que um normoponderal (Peeters, Barendregt *et al.* 2003).

A associação entre a prevalência de obesidade e o grau académico bem como a situação ocupacional/ profissional comprova as conclusões de outros estudos realizados em países desenvolvidos, os quais advogam que um menor grau educacional e menor poder económico associa-se uma maior prevalência de obesidade (Cota, Vicennati *et al.* 2001).

### **3. Gestão e promoção da saúde**

Ao longo dos séculos têm sido propostos vários conceitos de saúde. Em 1946, uma definição proposta pela OMS estabeleceu que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Este conceito foi criticado por ser demasiado idealista, pelo que foi alterado para a seguinte definição e que continua a ser aceite actualmente: “a saúde é a extensão na qual um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar desejos e satisfazer necessidades e, por outro, de mudar ou lidar com a envolvente”. Deste modo, a saúde é vista como um recurso presente diariamente e não como um objectivo a atingir. A saúde passa, assim, a ser um conceito positivo que enfatiza os recursos individuais e sociais, e também as capacidades físicas de cada um e de todos. Para tal, a Carta de Ottawa apontou como condições e recursos fundamentais para a saúde a existência dos seguintes requisitos: paz, abrigo, educação, alimentação, rendimento, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A Carta de Ottawa estabelece que só se poderá aumentar o nível de saúde de um indivíduo ou grupo de indivíduos quando se satisfaçam as condições tidas como fundamentais (WHO 1986).

As condições de saúde podem ser avaliadas pela média de esperança de vida, pela taxa de mortalidade, de doenças e de incapacidade física, e pelo registo de percepções subjectivas do significado “saúde” e de vários indicadores de qualidade de vida.

### 3.1. Saúde e Educação para a Saúde

Tal como o conceito de saúde, a Educação para a Saúde tem sofrido ao longo das épocas variações no seu significado. Inicialmente a Educação para a Saúde foi intitulada por educação sanitária. Esta definição tem em conta a educação para a saúde informal focalizando já a dimensão cognitiva dos conhecimentos, das atitudes e dos comportamentos. Contudo, não faz referência às crenças e aos valores individuais, às necessidades sentidas, bem como a participação comunitária. Posteriormente Seppilli (1989), citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., (2006), vem proferir que a Educação para a saúde é um processo de comunicação interpessoal, de forma a gerar informação que permite uma análise crítica dos problemas de saúde, promovendo a responsabilização dos grupos sociais e individualmente, na escolha de comportamentos que possam influenciar directa ou indirectamente a saúde física e psíquica das pessoas e da comunidade. Seppilli (1989) introduz assim um dado chave importante: a comunicação. A informação, contudo continua a ser a base deste processo, dando particular ênfase ao papel da vítima como responsável, não tendo em conta a influência do meio ambiente (Carvalho A and G 2006).

Green *et al*, também citado por Carvalho, A. e Carvalho, G., (2006), define Educação para a Saúde como “uma combinação” de práticas de aprendizagem delineadas, com o objectivo de facilitar a mudança de forma voluntaria de comportamentos saudáveis. Com a utilização desta denominação, surge a necessidade de utilização de diversos métodos educativos que facilitem a sua aprendizagem. Este processo de aprendizagens estruturadas acentua o processo de reflexão sistemático, anterior à elaboração do projecto de Educação para a saúde (Carvalho A and G 2006).

Na perspectiva de Gonzalez (2002) a informação, em conjunto com a formação, são duas chaves importantes da intervenção comunitária na promoção da saúde, sem as quais não é possível uma participação real dos grupos e instituições nas acções a desenvolver (Gonzalez 2002).

Em conjunto todas estas definições abordam e incluem alguns aspectos importantes como os valores individuais, a auto-estima individual e a sua auto-capacidade (“*empowerment*”), que se pensa ter um papel essencial no processo de Educação para a Saúde. Não obstante, a Educação para a Saúde deve ter a capacidade de ser intencional e conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença, levando a mudanças no conhecimento, no entendimento e nas formas de pensar. Podendo

influenciar a aquisição de competências e ainda conduzir a mudanças de comportamento e estilo de vida (Carvalho A and G 2006).

Considera-se que quer a saúde, como a doença são influenciadas, consideravelmente pelos factores sociais e ambientais. É fundamental para Educação para a Saúde esta visão dinâmica, uma vez que no presente a perda de saúde e conseqüentemente a morte está intimamente ligada com o estilo de vida (Carvalho A and G 2006). Um estilo de vida saudável deverá ser definido como aquele que proporciona ao indivíduo um óptimo nível de saúde física e mental.

### 3.2. O contributo das organizações para a saúde

O conceito de organização remete-nos para um objecto social e para um processo social, podendo ser entendido como função e parte integrante do processo administrativo (Lemos 2005). Para Boudon, (1995) as organizações “são conjuntos humanos formalizados e hierarquizados com vista a assegurar a cooperação dos seus membros no cumprimento de determinados fins” (Boudon 1995), sendo entidades sociais com fronteiras delimitadas e definidas. Uma organização saudável é, no contexto actual, aquela que consegue responder de forma adequada às necessidades e expectativas do presente e simultaneamente preparar e garantir o futuro (Neves 2002).

É consensual que as organizações de saúde foram surgindo como organizações burocráticas de características específicas (Monteiro 1999). As organizações de saúde diferem grandemente das burocracias mecânicas, na medida em que são organizações muito diferenciadas vertical e horizontalmente (Mintzberg 1995), com uma cultura profissional própria, transmitida durante a formação e exercício profissional. Para as organizações de saúde são recrutados profissionais com formação adequada e é-lhes conferida grande autonomia para a execução do seu trabalho, sendo a sua formação e socialização coordenadas pelo centro operacional, o segmento de maior importância na organização (Monteiro 1999).

Um trabalho que estudou a gestão dos hospitais franceses identificou a existência de mudanças no seio das organizações de saúde, que possuíam repercussões ao nível das crenças e comportamentos dos colaboradores. Estas mudanças deram-se principalmente ao nível de três paradigmas: o paradigma da medicina, com a abordagem do Homem na sua globalidade biológica, psicológica e social; o paradigma do serviço

público, na medida em que com o reconhecimento da ineficácia dos serviços públicos e a constatação de que o sistema pensado para servir a justiça social se tornou numa fonte de iniquidade, existe uma obrigatoriedade de procura de novas soluções e, por último, o paradigma do profissional, dado que, sob a influência das constantes mudanças tecnológicas, assiste-se a uma rápida desactualização dos saberes e práticas, com necessidade de uma acção mais interdependente e multidisciplinar (Monteiro 1999).

Estas mudanças provocaram alterações nas representações, símbolos, valores, crenças e regras vividas em comum pelos membros da organização, ou seja, na cultura da organização.

O conceito de cultura organizacional é de origem recente e assume diferentes significados. Assim, a definição mais consensual do conceito assenta numa "estrutura composta por diferentes camadas de elementos (valores, normas, pressupostos fundamentais, padrões de comportamento, artefactos), unidos por um significado comum" (Neves 2001). A cultura organizacional pode ser entendida como "o conjunto de valores e crenças desenvolvidos pela organização ao longo da sua história, de acordo com a natureza da sua acção e práticas de liderança, que influenciam os comportamentos e decisões e a maneira de pensar e aprender nas organizações" (Neves 2002).

Reconhece-se que as organizações são algo mais que recursos financeiros, estruturas físicas, equipamentos e organogramas. São também estruturas de cariz humano e social, que crescem, desenvolvem-se e adaptam-se às exigências das envolventes interna e externa. A cultura de uma organização, na medida em que permite uma certa convergência de interesses das diferentes partes e facilita a evolução harmoniosa do grupo social para os seus objectivos, é pois constituída a partir da cultura dos diferentes colaboradores que nela trabalham, tendo este aspecto maior relevância e interesse quando se trata de profissionais com habilitações académicas específicas para o desempenho da profissão, no sentido em que a cultura organizacional será uma mistura da cultura da empresa com a cultura dos grupos profissionais que a influenciam (RE Quinn 1983)

Neste sentido, a análise da especificidade da cultura organizacional das organizações de saúde, ultrapassa a mera descrição dos artefactos simbólicos presentes na organização, na medida em que intersecta a noção de identidade profissional com os modelos

culturais perfilhados, pois falar de cultura organizacional é falar das culturas profissionais (Silva 2004).

Em resumo, as organizações de saúde sofrem a influência das mudanças em curso nos sistemas de saúde. Estas alterações têm influência directa na gestão, tendo esta por base a valorização da competência, inovação e cooperação, devendo a gestão dos recursos humanos passar a ser encarada como uma gestão de pessoas, da mudança e da qualidade ” (Silva 2004). Os novos modelos e práticas organizacionais dos hospitais pressupõem o desenvolvimento de novos valores, suporte de uma nova cultura organizacional (Neves 2002), que deve ser encarada como uma forma de modelar o grau de empenhamento dos trabalhadores.

As doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho bem como as doenças preveníveis relacionadas com o trabalho são responsáveis pela redução da capacidade do mesmo, aumento da incapacidade temporária e permanente, diminuição da esperança média de vida, reforma antecipada e morte prematura. O desenvolvimento precoce e a elevada prevalência das doenças crónicas contribuem para os gastos dos sistemas de saúde bem como para os subsídios atribuídos em caso de invalidez. Não somente, o sector industrial e outras entidades empresariais que não apostem em medidas de prevenção e controlo estão a contribuir, entre outros aspectos, para a poluição ambiental e, por conseguinte, a predispor a população a maiores riscos de saúde (WHO 2002).

Na maioria dos países desenvolvidos, a saúde ocupacional surgiu como consequência da revolução industrial. Em 1950, a OMS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) postularam uma definição de saúde ocupacional e descreveram o conteúdo essencial dos serviços de saúde ocupacional. Esta definição estabelece que “a saúde ocupacional deve: promover e manter o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as actividades laborais, protegê-los contra os riscos provenientes do local de trabalho, colocar e manter os trabalhadores num ambiente adaptado às capacidades físicas e psicológicas e, sumariamente, adaptar o trabalho ao indivíduo e vice-versa. O enfoque principal da saúde ocupacional assenta em três objectivos: (i) a manutenção e promoção da saúde dos trabalhadores e da sua capacidade laboral; (ii) melhoria no ambiente para que este promova a segurança e a saúde; (iii) desenvolvimento de organizações e de culturas de trabalho que estimulem a saúde e a segurança no trabalho, e que ao fazer isto, promovam um clima de positividade social e aumentem a produtividade nas empresas” (WHO 2002).

### 3.3. Qualidade em saúde e responsabilidade social

A *Internacional Standardization Organization* (ISO) designa qualidade como a totalidade de características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas (Lança 2005). Por outro lado, a Qualidade em Saúde é vista actualmente como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo considerada como um seu atributo essencial. A missão de todas as organizações que prestam cuidados de saúde é fornecer serviços de qualidade que satisfaçam as necessidades dos seus utentes. Pode dizer-se que um serviço tem qualidade quando “atende as necessidades e expectativas dos seus utilizadores”, contudo aquilo que pode ser qualidade para alguns pode não ser apropriado para outros, desta forma, a boa qualidade é, de uma forma geral, reconhecida por todos (Leitão 1999).

Pode considerar-se que “quanto mais elevados forem os padrões de qualidade de uma organização, melhores serviços ou produtos essa organização produz, e é da exigência dos clientes que nasce esta evolução, dado que são eles os vectores de pressão sobre os fornecedores de bens e serviços, sendo então a exigência dos clientes fundamental para essa evolução” (Cruz 2003).

A gestão da qualidade tem assumido particular relevo na área da saúde e da prestação de cuidados de saúde, sendo que a avaliação da efectividade da prestação dos cuidados de saúde requer sempre a medição dos ganhos em saúde (França 2000). Fomentar e sustentar a contínua melhoria da prestação de cuidados de saúde é um imperativo que exige novas estratégias de gestão, sendo este o princípio da melhoria contínua da qualidade em saúde.

As organizações de qualidade devem colocar em primeiro lugar os funcionários que nela trabalham, desenvolvendo estratégias de formação, de forma a atingir uma melhoria dos níveis de competências dos profissionais, de forma a acompanharem o avanço tecnológico e a responderem mais adequadamente às necessidades dos cidadãos em particular e da sociedade em geral.

Neste sentido, e para Mezomo (2001), a qualidade exige uma mudança de pensamento e de atitudes que só com um conhecimento consolidado pode provocar (Mezomo 2001).

Era importante que se continuasse a explorar, cultivar e fomentar a ideia de que uma procura contínua do aumento da qualidade no sistema de saúde português é parte integrante de uma interiorização do significado do trabalho dos seus profissionais, dos seus objectivos, e das mudanças que achamos necessárias para a resolução de

problemas diários. É deste conjunto que nasce a reflexão e busca da melhoria da qualidade.

Segundo Luís Pisco (2001), é difícil a definição devendo-se ao facto da qualidade ser multidimensional, em que a contribuição de múltiplos e diversos factores, e a sua interacção condicionam o que podemos definir como qualidade num determinado momento (Pisco 2001).

Em todos os campos que nos rodeiam a busca da qualidade é e deverá ser um factor emergente, contudo pensamos que no que diz respeito aos cuidados de saúde esta devesse ser pilar fundamental, aqui a multidimensionalidade baseia-se em factores tais como, a eficiência, eficácia, efectividade, adequação, satisfação quer de utentes quer dos próprios profissionais do sector da saúde e por último a qualidade técnico-científica, assumindo assim a gestão da qualidade particular destaque nos nossos dias.

Garantir a segurança dos utentes e do pessoal e promover qualidade tem-se tornado um objectivo importante nos sistemas de saúde. A maioria dos indivíduos acha necessário implementar programas de controlo de qualidade, contudo a questão prática de como efectuar e avaliar esses programas torna-se tarefa difícil.

São várias as estratégias para promover qualidade e segurança e várias as estratégias para encorajar os hospitais a fazê-lo. As estratégias de qualidade de um hospital podem não ser aplicável a outro, em que as necessidades dos seus intervenientes são diferentes. Deste modo identificar, planear e implementar são passos vitais para adoptar a melhor estratégia, sendo este um processo contínuo, em que os factores humanos, onde se incluem a motivação, são fundamentais (Lança 2005).

A garantia da qualidade é a medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços para os modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços, tendo em conta os resultados dessa medição (Sale 1998). Pode, contudo, ser aplicável aos serviços de saúde, no sentido de estender a missão da organização que visa exceder e atender as expectativas dos seus utentes no que diz respeito à qualidade (Lança 2005).

Com a diminuição da burocracia dentro das organizações, estas estão a tornar-se mais empreendedoras, flexíveis e dinâmicas, surgindo organizações constituídas por equipas multidisciplinares (Drucker *et al*, 1998, Moura 2001) O aparecimento de novas formas de organização, em que existe, por um lado, um maior ênfase no acesso à informação por parte dos trabalhadores, e por outro uma maior preocupação com os valores, cultura e



informação do cliente, bem como com o ambiente e a sustentabilidade tem levado ao aparecimento de novos modelos de gestão. (Drucker *et al*, 1998)

É neste contexto, e associado à cultura organizacional, que é preponderante reflectir-se sobre responsabilidade social. Este conceito pode definir-se como uma forma de alcançar os objectivos organizacionais, sem descuidar os valores éticos, bem como o respeito pelo próximo e pelo ambiente (Tsoutsoura, 2004) na medida em que é hoje do conhecimento que as organizações têm outro tipo de responsabilidades, em adição às suas responsabilidades económicas.

No entanto, a responsabilidade social é também encarada como uma forma de estratégia, na medida em que as organizações ao adoptarem políticas de responsabilidade social estão simultaneamente a promover os seus interesses, uma vez que vão produzir resultados favoráveis à organização (Burke e Langsdon, 1996)

#### **4. Promoção de saúde no local de trabalho**

No que respeita à promoção de saúde no local de trabalho, os Estados Unidos iniciaram trabalhos nesta área na década de 70, enquanto a Europa apenas iniciou o seu programa de investigação na promoção da saúde no trabalho no fim dos anos 80. Contudo, importa primeiro perceber o que é exactamente a promoção da saúde no local de trabalho. Assim, a OMS definiu cinco princípios de abordagem da promoção da saúde geral, fundamentados no modelo ecológico de saúde. Estes princípios foram adaptados para aplicação no local de trabalho, e baseiam-se no seguinte: (1) pode ser aplicada a todos os grupos de trabalhadores; (2) é dirigida às causas subjacentes da falta de saúde; (3) combina vários métodos de abordagem; (4) tem como objectivo a participação efectiva dos trabalhadores e (5) não é primariamente uma actividade médica, mas deverá fazer parte da organização do trabalho e das condições de trabalho na Europa (WHO 2002).

A promoção da saúde no local de trabalho tem-se focado, sobretudo, em promover a saúde no trabalhador através da redução de comportamentos considerados de risco, tais como os hábitos tabágicos, utilização de substância ilícitas, estilo de vida sedentário, maus hábitos alimentares, factores precipitantes de *stress* e reacções a este, entre outros comportamentos de saúde preventivos. Através do local de trabalho torna-se possível influenciar os comportamentos de saúde a dois níveis: directamente através de

esforços directos na educação para a saúde, aumentando a disponibilidade de alimentos saudáveis e oportunidades para a prática de actividade física; ou indirectamente através de suporte e normativas sociais que promovam comportamentos de saúde saudáveis. O local de trabalho tem sido internacionalmente reconhecido como o cenário apropriado para promover a saúde. A importância da promoção da saúde no local de trabalho foi reconhecida em 1950 e posteriormente ajustada pela Organização Internacional do Trabalho/OMS em 1995. Desde esta altura que a promoção da saúde no local de trabalho tem sido amplamente recomendada pelos organismos internacionais através de numerosas cartas e declarações. Destaca-se a Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Trabalho que tem emitido várias declarações neste âmbito, incluindo ainda a Declaração de Luxemburgo para a Promoção da Saúde no Trabalho na União Europeia, a Declaração de Lisboa sobre a Saúde no Trabalho nas Pequenas e Médias Empresas e a Declaração de Barcelona sobre o Desenvolvimento de Boas Práticas de Saúde no Trabalho na Europa (Quintilliani L 2008).

De acordo com a Declaração de Lisboa, a promoção da saúde no local de trabalho engloba o esforço conjunto dos empregadores, do Estado e da sociedade civil para melhorar a segurança, a saúde e o bem-estar no trabalho, objectivo esse que pode ser atingido através da melhoria da organização e das demais condições de trabalho, da participação efectiva e concreta dos trabalhadores bem como do seu desenvolvimento pessoal (Quintilliani L 2008).

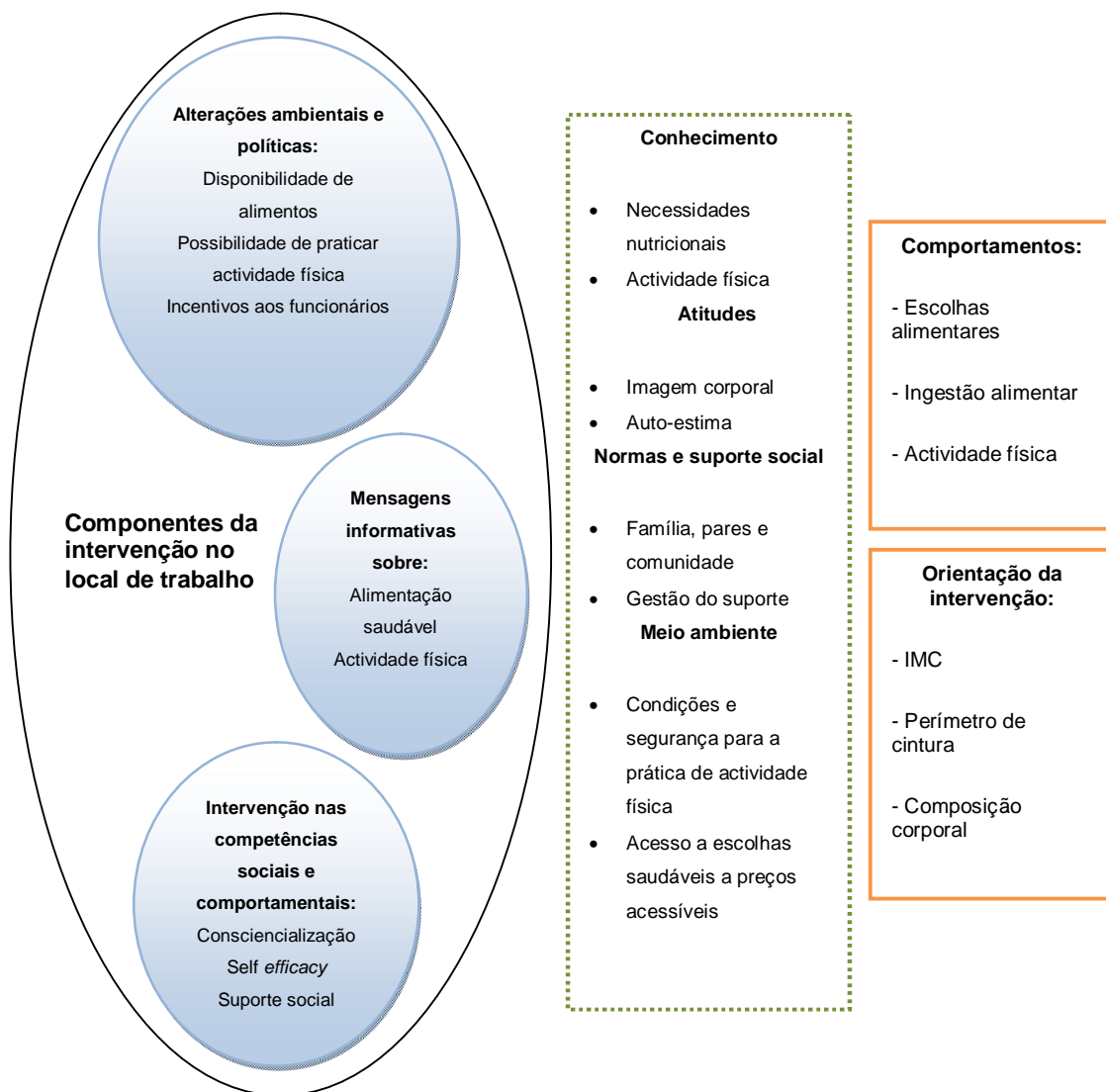


Figura 4 - Componentes da intervenção no local de trabalho  
 Fonte: Anderson, L. M., T. A. Quinn, *et al.* (2009).

Os programas de intervenção no local de trabalho mostraram ser relativamente pouco dispendiosos (Forster, Jeffery *et al.* 1985), para além de apresentarem potencial na redução do absentismo e nos custos com a saúde, o que se pode traduzir em maior poupança para os trabalhadores (Forster, Jeffery *et al.* 1985; Jeffery, Forster *et al.* 1993). São várias as componentes que entram em linha de conta na intervenção no local de trabalho (figura 4). A revisão efectuada por Chapman sobre estudos de impacto económico da promoção da saúde no local de trabalho conclui que estes programas resultam na redução de 25% a 30% nos custos médicos e de absentismo se continuados por um período superior a 3 anos (Chapman 2005).

Outra vantagem de utilizar o local de trabalho como veículo de acções de promoção da saúde consiste na facilidade com que se consegue avaliar a eficácia dessas acções, pois geralmente encontram-se à disposição sistemas integrados de recolha e análise de dados (Goetzel and Ozminkowski 2006). Existe, igualmente, a oportunidade de monitorização, avaliação e *follow-up* dos participantes (Anderson, Palombo *et al.* 1998; Glanz, Patterson *et al.* 1998).

No contexto da prevenção primária e do tratamento da obesidade, têm sido desenvolvidas várias intervenções no local de trabalho (Glanz and Mullis 1988; Wetter, Goldberg *et al.* 2001). A teoria sociocognitiva de Bandura (1986) tem sido base para diversos programas de intervenção no local de trabalho, na qual é fundamental que para que os indivíduos alterem o seu comportamento, se sintam auto-confiantes em relação à sua capacidade de mudança (Bandura 2004). Para isso é necessário, dar aos indivíduos as capacidades, o conhecimento, os recursos necessários e o meio envolvente adequado, que serão o mediador para iniciar e manter a alteração comportamental (GPOW 2008).

Para que as estratégias de promoção da saúde sejam eficazes na mudança de comportamentos de saúde e sustentem a mudança, estas devem adoptar uma perspectiva ecológica, incluindo não só a educação ou comunicação, mas também modificações ambientais. Assim, as intervenções não devem concentrar-se apenas nas pessoas mas sim nas relações interpessoais, organizacionais, sociais e ambientais, e nos factores que afectam o comportamento de saúde (Anderson, Palombo *et al.* 1998; Engbers, van Poppel *et al.* 2005).

As sessões de formação são consideradas uma estratégia útil para orientar as intervenções no local de trabalho e a sua eficácia tem sido observada quando se promove o aconselhamento individual e/ou formação em grupo sobre nutrição, exercício e modificação de comportamental. A realização de sessões individualizadas com os participantes foi analisada na maioria das intervenções que foram avaliadas como bem-sucedidas (Abramson, Aldana *et al.* 2006; Aittasalo and Miilunpalo 2006; Aldana, Barlow *et al.* 2006; Groeneveld, Proper *et al.* 2008; Togami 2008), pois permitem aos especialistas e aos participantes enfrentar as barreiras - individuais e principalmente ambientais e organizacionais – de forma a promover a modificação comportamental e a aumentar as oportunidades para as escolhas saudáveis (Brug, Steenhuis *et al.* 1999; Campbell, Tessaro *et al.* 2002; Irvine, Ary *et al.* 2004; Aldana, Barlow *et al.* 2006).

Teixeira da Silva, num estudo em profissionais de saúde refere que aumentar o conhecimento e a sensibilização por si só, não conduz a uma mudança comportamental sustentável. O autor refere também ser fundamental ter as consultas de *follow-up*, a modificação do meio ambiente e uma equipa multidisciplinar que promove a saúde no local de trabalho de forma a melhorar a adesão aos programas de saúde (da Silva, Martins *et al.* 2008).

O contexto ambiental e organizacional afecta o desenvolvimento e a manutenção da mudança de comportamento (GPOW 2008). Além disso, a autorização de promoção da saúde no local de trabalho pela gestão, e seu apoio e compromisso com o programa são considerados parte da abordagem ecológica e características desejáveis para as intervenções de promoção da saúde no local de trabalho (Israel, Baker *et al.* 1996; Arneson and Ekberg 2005).

As intervenções no local de trabalho na área da promoção da saúde em nutrição devem incluir não só a sensibilização dos funcionários, mas também aplicar estratégias de mudança de comportamental em relação aos factores que influenciam as escolhas e a ingestão alimentar e a pratica de actividade física. Assim, vários autores referem que programas multidisciplinares obtêm melhores resultados, possivelmente pela variedade dos seus componentes, que apela para as diversas necessidades dos participantes (Brug, Steenhuis *et al.* 1999; Beresford, Thompson *et al.* 2001; Irvine, Ary *et al.* 2004; Kwak, Kremers *et al.* 2007; Williams, Vogt *et al.* 2007).

Robroek *et al.*, 2009, numa meta-análise recente conclui, com base nos estudos revistos, a existência de taxas de participação nos programas de promoção de saúde abaixo de 50%. O mesmo autor refere também terem sido observadas maiores taxas de participação entre os trabalhadores do género feminino, no entanto nos programas que consistiam apenas de actividade física a mesma relação não foi observada. A revisão mostrou que os programas que oferecem (1) incentivos, (2) estratégias multidisciplinar e (3) enfoque em diferentes estratégias comportamentais tem maior adesão do que aqueles que abordam apenas a promoção da actividade física. Poucos estudos avaliaram a influência da saúde, dos estilo de vida e dos factores relacionados com o trabalho com a participação, o que dificulta a percepção de quais os determinantes subjacentes na participação inicial nos programas de promoção da saúde local de trabalho. Essa percepção é essencial para desenvolver soluções de intervenção, de forma a alcançar os objectivos e de abranger maior número de trabalhadores (Robroek, Van Lenthe *et al.* 2009).

Em relação à eficácia dos diferentes programas de promoção de saúde Anderson *et al*, realizaram uma revisão de estudos sobre intervenções em nutrição e actividade física no local de trabalho com o objectivo de promover um peso saudável. Os resultados foram analisados tendo por base as recomendações da *Task Force* para os serviços comunitários, e verificaram que a maioria dos estudos combinam informação e estratégias comportamentais que influenciam a alimentação e actividade física, poucos estudos modificam os ambientes de trabalho (ex: cafetarias, espaços para actividade física) de forma a promover as escolhas saudáveis (Anderson, Quinn *et al*. 2009). Desenvolvida em 1998, a *U.S. Preventive Services Task Force* é constituída por um painel independente de especialistas que sistematicamente revê as evidências de eficácia das diversas acções de promoção de saúde e desenvolve recomendações.

Nos Estados Unidos da América foi desenvolvida uma iniciativa de promoção de saúde no local de trabalho designada *The Healthy People 2010*, que define dois objectivos específicos para a promoção da saúde no local de trabalho: aumentar o número de locais de trabalho que oferecem programas de promoção de saúde global para os seus trabalhadores, visando atingir os 75% de participação até o ano de 2010, e aumentar a proporção de trabalhadores que participam nos programas de promoção da saúde, tendo também como objectivo taxas de 75% de participação até o ano de 2010.

Também na Europa, foi criada a *European Network for Workplace Health Promotion* que tem como objectivo desenvolver e promover boas práticas de saúde no local de trabalho. Desde o seu início em 1996, diversas iniciativas foram desenvolvidas para colocar a promoção de saúde como um dos objectos da agenda europeia. Os diversos modelos de boas práticas desenvolvidos podem ser utilizados como modelo de promoção de saúde.

A associação de Dietistas do Canada refere que, os dietistas estão envolvidos em diversos programas de promoção de saúde, particularmente em indivíduos com elevado risco cardiovascular em que foram demonstrados melhorias na redução de peso, no colesterol e na pressão arterial (DC 2009). No entanto, em relação à eficácia destas intervenções em termos de custos associados à produtividade e absentismo existe pouca informação sobre os seus resultados, isto porque as empresas preferem investir os seus recursos humanos e financeiros nos programas de promoção de saúde do que na realização de estudos controlados que envolvem tempo e recursos financeiros (Peregrin 2005). Assim, a literatura existente refere resultados da promoção de saúde realizada por dietistas no local de trabalho, sem no entanto utilizar grupos de controlo ou custos associados às intervenções, produtividade, absentismo ou imagem da empresa (DC 2009).

Apesar deste desafio, as evidências sugerem que a intervenção dos dietistas no local de trabalho pode ser conduzida a um custo razoável e com melhorias significativas na saúde.

#### 4.1. O local de trabalho e o binómio saúde/doença

A actividade física e o comportamento alimentar dos trabalhadores é determinado não só pelas escolhas feitas em consciência, mas também por processos inconscientes ou hábitos. O aumento do conhecimento (i.e. pela educação ou aconselhamento no local de trabalho) sobre as vantagens de um certo comportamento saudável influencia as escolhas conscientes. A alteração da envolvente física de forma a influenciar os comportamentos conscientes e inconscientes é também útil na adopção de comportamentos saudáveis. Os estímulos que visem influenciar os comportamentos e hábitos inconscientes podem fazer parte das estratégias ligadas à envolvente. Estas têm como objectivo reduzir as barreiras ou aumentar as oportunidades de fazer escolhas saudáveis tais como aumentar o leque de opções saudáveis, torná-las mais acessíveis e estabelecer medidas que englobem escolhas saudáveis ou que restrinjam as opções menos saudáveis (Dunn, Andersen *et al.* 1998).

Outra condição essencial para a promoção da saúde no local de trabalho é o *empowerment*, o qual visa aumentar a capacidade de um indivíduo ou grupo para que este se capacite e influencie as condições económicas e sociais e fortaleça as aptidões que afectam a selecção de comportamentos de saúde (Nutbeam 1998). Através do *empowerment*, os indivíduos tornam-se mais capazes de moldar a sua própria saúde e, à medida que ganham mais controlo sobre as acções e decisões, o seu nível de saúde aumenta (Arneson and Ekberg 2005).

A literatura define *empowerment* como um processo social multidimensional que ajuda as pessoas a adquirirem um controle sobre as suas próprias vidas. Este é um processo que aumenta a capacidade de realização individual, tendo como objectivo a melhorias das suas vidas e das comunidades onde estão inseridos, com recurso a acções sobre temas e problemáticas consideradas importantes (Rodrigues, Pereira *et al.* 2005)

Segundo este mesmo autor, a teoria do *empowerment*, quando aplicada às actividades da promoção da saúde, tem como objectivo converter os indivíduos mais desfavorecidos, com menor dependência e ao mesmo tempo com maior capacidade na tomada de decisões sobre as suas vidas, tendo em vista a adopção de estilos de vida saudáveis e a

criação de situações favoráveis à mudança social, deste modo os recursos de saúde são vistos como bens distribuídos desequilibradamente, sendo essencial a participação comunitária, para que os processos de tomada de decisões, quer nas organizações de saúde, quer na comunidade publica em geral tenham acesso a mesma de forma linear como processo de aquisição de competências (Rodrigues, Pereira *et al.* 2005).

Considera-se que o *empowerment* funciona como uma forma benéfica do crescimento individual aumentando a sua participação na comunidade. Ao nível da promoção na saúde, o *empowerment* é fundamental para que a comunidade consiga promover e implementar os conceitos e objectivos da mesma.

Em sùmula, o conceito de *empowerment* na promoção da saúde é definido como a educação sobre problemas de saúde, colocando os interesses e necessidades individuais no centro do processo, sendo estes sujeitos activos e participantes em todas as fases do mesmo. Este permite mais e melhores benefícios em saúde promovendo uma visão holística e integradora dos problemas de saúde. Através deste, os indivíduos tornam-se mais capazes de moldar a sua própria saúde e, à medida que ganham mais controlo sobre as acções e decisões, o seu nível de saúde aumenta (Arneson and Ekberg 2005).

No que diz respeito à obesidade, esta resulta de fenómenos sociais e biológicos complexos, mas é frequentemente vista como o resultado dos comportamentos do indivíduo. A doença ocupacional e a prevenção de acidentes são primariamente tidas como responsabilidade da entidade empregadora. Neste sentido, são necessárias estratégias que combinem protecção contra o risco ocupacional através de programas que encorajem a mudança individual de forma a minorar os riscos para a saúde associados à obesidade (Schulte, Wagner *et al.* 2007).

Estima-se que um adulto com actividade laboral passe, em média, um terço a um quarto da sua vida no local de trabalho, e as pressões e exigências por este possam afectar os hábitos alimentares e a produtividade, o que pode conduzir ao aumento de peso e obesidade (Niedhammer, Lert *et al.* 1996). Admite-se que intervenções no local de trabalho que visem implementar hábitos alimentares e actividade física, contribuem para uma imagem positiva da empresa, reduzem o absentismo, estimulam a produtividade, diminuem as 'baixas' por doença e os custos com subsídios por incapacidade (Chapman 2005), na medida em que a obesidade, pela sua elevada morbidade e mortalidade,



acarreta elevados custos financeiros nos países desenvolvidos (Gortmaker, Must *et al.* 1993).

Os gastos em saúde de problemas médicos relacionados com a obesidade têm custos directos com o diagnóstico, tratamento e controlo das patologias associadas à obesidade, e custos indirectos, que reflectem a perda de produtividade devida à obesidade (Colditz 1992); (Heithoff, Cuffel *et al.* 1997). Estes custos indirectos (ou de produtividade) representam uma medida de valor da produção perdida decorrente dos episódios de doença, da incapacidade ou de morte prematura (Pereira J 2003).

A obesidade parece, pois, estar positivamente associada ao absentismo, o qual é medido em termos de dias de trabalho perdidos (Bungum, Satterwhite *et al.* 2003; Schmier, Jones *et al.* 2006) e esta associação tem sido demonstrada em alguns trabalhos (Moreau, Valente *et al.* 2004); (Narbro, Jonsson *et al.* 1996; Burton and Conti 1999); (Bungum, Satterwhite *et al.* 2003). Com efeito, Tucker e colaboradores estimam que os trabalhadores obesos têm 1,7 vezes mais probabilidade de ter um absentismo elevado (definido como 7 ou mais ausências devido a doença num período de 6 meses), e que têm 1,6 vezes mais probabilidade de incorrer no absentismo moderado (3 a 6 ausências por doença devido a doença num período de 6 meses) (Tucker and Friedman 1998).

Segundo Pereira e colaboradores, em Portugal, o peso económico relacionado com a obesidade foi estimado em 3,5%, do total de gastos com a saúde (Pereira *et al.* 1999). De facto, ao somar as estimativas de custos directos e indirectos, Pereira e Mateus calcularam que a obesidade tenha custado ao país, apenas em 2002, quase 500 milhões de euros. Esta quantia estava repartida entre 82,3 milhões de euros para o tratamento em ambulatório da obesidade e co-morbilidades, 87 milhões de euros para o internamento, 128 milhões de euros para o consumo de medicamentos, 83 milhões de euros em perdas de produtividade associadas à produtividade e incapacidade temporária e 116,6 milhões de euros em perdas económicas relacionadas com a mortalidade prematura (Pereira J 2003).

#### 4.2. Papel da Saúde Ocupacional nas organizações

A crescente evolução verificada no mundo do trabalho, mais especificamente as novas tecnologias, acompanhou-se de queixas, referidas pelos seus utilizadores. Tornou-se

assim, importante definir procedimentos para evitar alterações na saúde dos profissionais de saúde, a fim de lhes proporcionar mais conforto e melhores condições de vida e de saúde.

Desde o século XIX, que se sabe que o bem-estar e a saúde dos trabalhadores é o primeiro factor de êxito para as empresas de hoje em dia, as Nações Unidas proclamam o direito à saúde e à segurança no local de trabalho como um dos básicos direitos humanos, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), estima-se que anualmente ocorram 250 milhões de acidentes de trabalho com 330 mil mortes; 160 milhões de portadores de doenças relacionadas com o trabalho, com custos directos de 4% do PIB mundial e custos indirectos incalculáveis (OIT 1994).

Em Portugal, e segundo dados recolhidos do Livro Branco do Instituto do Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT), entre 1990-1996, ocorreram 200 a 300 mil acidentes de trabalho, com 250 a 370 mortos por ano, 20 mil pensionistas com incapacidade permanente por acidente de trabalho e por doença profissional, com custos directos e indirectos de 600 milhões de contos.

Face à situação, na década de 90 (1994) a OMS, em conjunto com a OIT, desenvolveu um programa propondo uma estratégia para atingir uma Saúde Ocupacional para Todos, consagrada na Declaração de Geneva (ICIDT 1999).

Em 1989, foi adoptada em termos de Estados Membros da União Europeia, a Directiva-Quadro (Directiva 89/391/CEE) que veio estabelecer os grandes princípios que devem reger a política de segurança e saúde no trabalho. Esta Directiva veio estabelecer um conjunto de obrigações no que respeita definição dos serviços de prevenção, profissionais de segurança e saúde no trabalho, obrigações das entidades empregadoras e dos trabalhadores (Graça 1999).

Em 1996, a OMS, apresentou uma estratégia global da Saúde Ocupacional, com os seguintes indicadores: reforço nacional e internacional das políticas de saúde ocupacional; promoção de ambiente de trabalho saudável, práticas de trabalho saudáveis e saúde no trabalho; reforço dos serviços de saúde ocupacional; serviços de suporte para a saúde ocupacional; padrões de saúde ocupacional baseados na avaliação científica dos riscos; desenvolvimento dos recursos humanos; sistema de registo de dados e de informação; reforço da investigação (1997).

Segundo o Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas (IDICT, 1999), a gestão da prevenção percorre os seguintes domínios fundamentais: avaliação e planeamento; organização e medidas de prevenção e de protecção.

Na figura 5 destacam-se as funções de um serviço orientado para a prevenção.

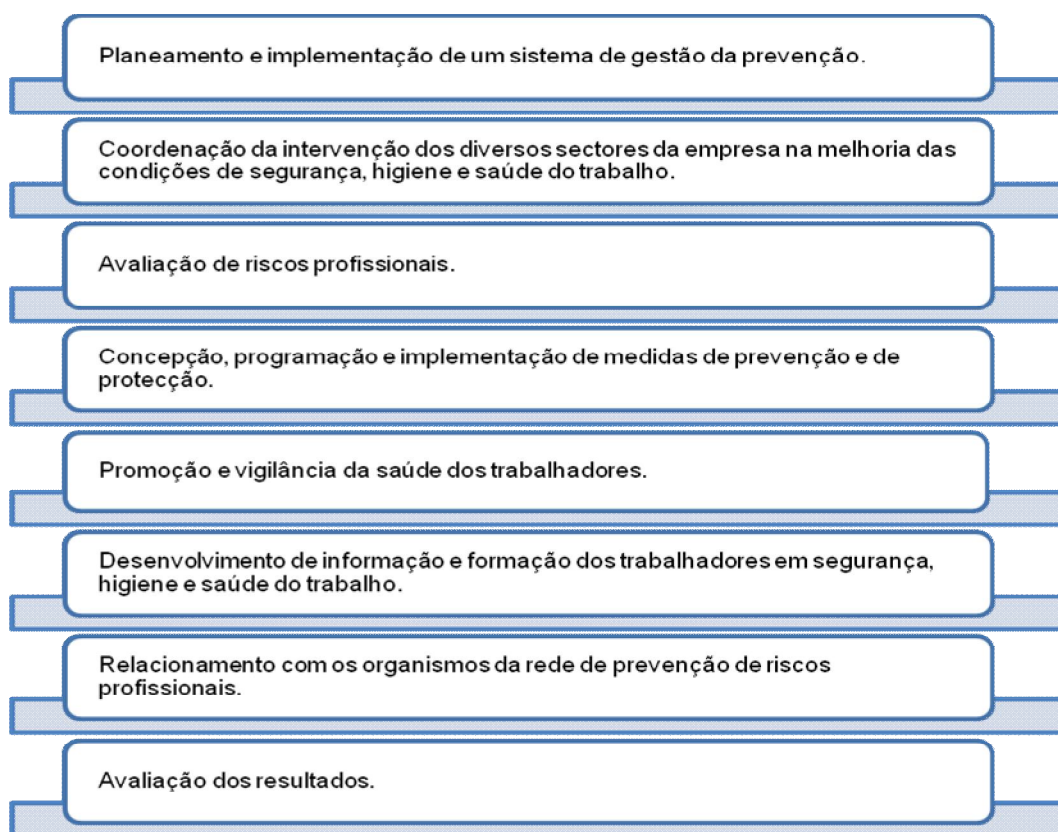


Figura 5 – Funções de um serviço de saúde ocupacional orientado para a prevenção  
Fonte: ICIDT, 1999

O trabalho por turnos constitui um factor de desregulação dos ritmos biológicos normais, que obrigam o organismo a esforços de adaptação, conduzindo a diversas situações de desgaste e fadiga, promovendo degradação a longo prazo, com diminuição da força muscular e aumento de astenia, bem como, alterações no aparelho digestivo e alterações da vida social e familiar (ICIDT 1999).

Os objectivos da saúde ocupacional (SO) são: a avaliação (individual e colectiva) da influência dos factores sobre a saúde dos trabalhadores; avaliação da capacidade de trabalho, adaptação do trabalho ao profissional de saúde, tornando-o compatível com a

saúde deste; identificar, avaliar e controlar riscos, melhoria das condições de trabalho e prevenção de acidentes de trabalho (Chikotas, Parks *et al.* 2007).

A acção da SO e as actividades da equipa do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) centra-se no sistema de trabalho e nos factores periféricos que afectam a saúde o bem-estar pessoal e produtividade, nos serviços de saúde. Têm vindo a ser criados alguns SSO, desde a segunda metade dos anos 90, e na actualidade, são já vários os hospitais que contam na sua estrutura com serviços de saúde ocupacional, a comprovação da existência de factores de risco de natureza profissional em hospitais, tornou improrrogável, a organização dos meios necessários à gestão desses mesmos riscos, levando à criação dos SSO. A definição da sua política baseia-se num conjunto de valores e normas que assentam em documentos de organismos nacionais e internacionais, em suma, a finalidade dos Serviços Ocupacionais é a promoção e manutenção do mais elevado grau de bem-estar físico, mental e social dos profissionais (Uva and Faria 2001).

Relativamente às consequências provenientes dos factores de risco, o mesmo autor classifica-as em quatro grupos: acidentes de trabalho, doenças profissionais, doenças relacionadas com o trabalho e doenças agravadas pelo trabalho. No contexto do valor essencial que é a saúde dos trabalhadores e em particular os profissionais de saúde, é importante minimizar todos estes factores de risco, devendo para tal existir um serviço de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho (SHST) ou de Saúde Ocupacional e uma intervenção dos próprios profissionais, através da informação e participação activa directa ou indirectamente, sendo estes os elementos principais para caracterizar os objectivos de um Serviço da Saúde Ocupacional (Uva and Faria 2001).

### **Áreas de intervenção dos SSO e programas de vigilância da saúde dos trabalhadores**

Relativamente aos programas desenvolvidos pelo SSO, estes encontram-se obviamente enquadrados nos principais factores de risco característicos do meio hospitalar, assim como nos aspectos da promoção da saúde, Santos refere como principais objectivos dos Programas da SO (Santos 2005):

- Identificar e avaliar nos locais de trabalho e em particular nos serviços de saúde todos os agentes químicos, físicos, mecânicos, biológicos e psicossociais;

- Garantir que os esforços físicos e mentais impostos aos trabalhadores pelos empregos correspondem as suas aptidões, necessidades, características anatómicas, fisiológicas e psicológicas;
- Promover medidas eficazes para proteger os indivíduos especialmente sensíveis às condições de trabalho desfavoráveis, e aumentar a sua resistência;
- Identificar condições de trabalho que podem contribuir para o mau estado de saúde geral dos trabalhadores;
- Desenvolver a educação de administrações e dos trabalhadores com o objectivo de assumirem as suas responsabilidades relativamente à protecção e promoção da saúde. Verifica-se que os SSO centram a sua actividade na participação e envolvimento dos profissionais, na identificação das necessidades em termos da saúde individual e colectiva e do ambiente. Por este motivo a representação, o envolvimento e a participação dos profissionais é crucial para uma adequada implementação das actividades planeadas e para atingir os objectivos definidos (Santos 2005).

Segundo Uva (2005), torna-se fundamental a necessidade de aplicar programas de prevenção das doenças ligadas ao trabalho que respeitem a inclusão dos aspectos de saúde ocupacional, nas boas práticas dos profissionais, substituindo a cultura do "imprevisto", por uma cultura de numa fase inicial de prevenção de risco profissional e posteriormente por uma cultura em que o trabalho seja observado como um elemento promotor de saúde (Uva 2005).

Os serviços de saúde ocupacional deverão promover e manter níveis físicos, mentais e sociais dos trabalhadores.

A nutrição é incluída pela Organização Internacional do Trabalho, como um dos elementos a ter em conta no local de trabalho, com o objectivo de potenciar a saúde, prática de actividade física e saúde mental (Wanjek 2005).

A figura 6 ilustra dois momentos importantes para intervir na promoção da saúde no trabalho.

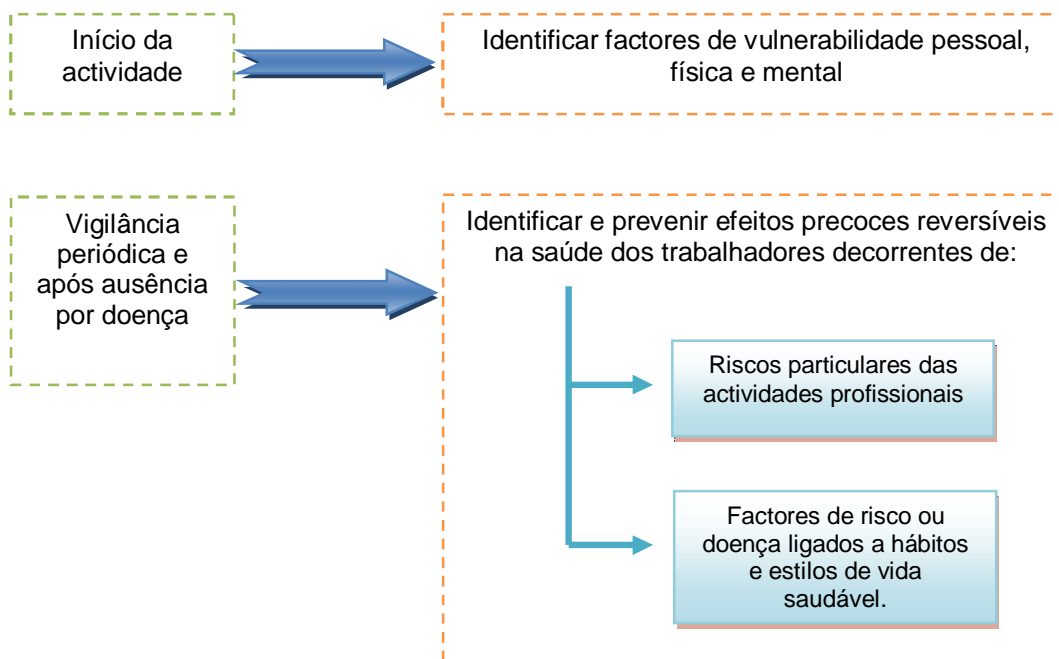


Figura 6 - Actuação do Serviço de Saúde Ocupacional  
 Fonte: do autor

Poucos são os hospitais com projectos de promoção de saúde em que a componente da nutrição é alvo de desenvolvimento. Face a isto, na organização alvo de estudo iniciou-se em Janeiro de 2008 um protocolo entre o SSO e o Serviço de Dietética e Nutrição (SDN), com a colaboração semanal de um dietista a realizar consulta de dietética e nutrição, como forma de promoção da saúde no local de trabalho e para a manutenção da capacidade laboral. Deste modo, pensamos ser uma mais-valia a dinamização desta parceria já existente, com a articulação emergente de outros programas e protocolos a implementar na instituição.

A avaliação nutricional, o cálculo de IMC e as patologias associadas aos estilos de vida deverão ser incluídos nos programas de avaliação de saúde, quer no início da actividade laboral quer posteriormente nos programas de vigilância periódica de saúde.

#### 4.3. Contributo do dietista para a promoção de saúde no local de trabalho

As estratégias de promoção de saúde são desenvolvidas com o objectivo de melhorar comportamentos e estilos de vida assim como as consequências em saúde nos funcionários. As intervenções na área da nutrição e da actividade física podem ocorrer

separadamente ou como parte integrante de programas de promoção de saúde e estilos de vida saudáveis, como é exemplo programas de cessação tabágica, ou gestão de stress, ou redução do perfil lipídico, entre outros (Anderson, Quinn *et al.* 2009).

Para a associação dos Dietistas do Canada a nutrição é um factor de promoção e manutenção da saúde. Este grupo profissional é treinado para o ganho de competências, nas áreas da alimentação e sua relação com a saúde ao longo do ciclo da vida, bem como para comunicar com os prestadores de cuidados de saúde, educadores, políticos e à comunidade no seu todo. Desta forma, a finalidade da promoção nutricional na prevenção da doença é promover e manter a saúde das populações nas suas comunidades, com o objectivo de aumentar a qualidade de vida, reduzir a incidência e a gravidade de doenças, bem como os custos efectivos dos cuidados de saúde (DC 2009).

Block, Franklin e colaboradores afirmam que as estratégias de informação nutricional podem também ser realizadas através de correio electrónico, concluindo que este tipo de estratégias pode representar alterações significativas ao nível da modificação de hábitos alimentares (Block *et al.*, 204; Franklin *et al.*, 2006). Em particular, Block e *et al.* verificaram um acréscimo estatisticamente significativo no consumo de fruta e vegetais e na redução no consumo de gordura (Block *et al.*, 2004).

A área de intervenção do dietista na saúde pública assume um papel relevante e contribui para a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos membros da comunidade (tabela 3). Brauer *et al.* (2006), referem ainda que o enfoque dado por estes profissionais na nutrição e nos estilos de vida saudáveis, pode contribuir para o adequado desenvolvimento da promoção da saúde e de programas de prevenção da doença (Brauer, Schneider *et al.* 2006). Segundo Winterfield *et al.* (2005), a nutrição comunitária é um campo de acção, onde o dietista interage com a comunidade e os seus grupos, para a promoção da saúde e na prevenção da doença (Winterfield, Bogle *et al.* 2005), estando desta forma perfeitamente enquadrado no plano nacional de saúde, uma vez que um dos seus objectivos é “ obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases dos ciclos da vida e reduzindo o peso da doença” (DGS. 2005).

Tabela 3 - Funções do dietista na comunidade

<b>Dietista na Promoção de Saúde</b>	<b>Funções</b>
	Promover uma alimentação saudável entre indivíduos, grupos e comunidades
	Consciencializar acerca da ligação entre nutrição e saúde
	Compreender política de saúde pública a nível nacional e europeu
	Conhecer os aspectos económicos, sociais e psicológicos das iniciativas de nutrição e de promoção de saúde
	Planificar, gerir, coordenar e avaliar a componente nutricional nas políticas de saúde pública

Adaptado de: Benchmark da Dietética (EFAD 2005).

No Canadá, a associação de dietistas tem realizado diversas intervenções na área da prevenção e da promoção da saúde assim como no seu tratamento (DC 2009).

Na Saúde Ocupacional o dietista desempenha funções relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença através do implementação de estratégias que conduzem à promoção de comportamentos alimentares saudáveis em indivíduos e/ ou grupos com ou sem excesso de peso (EFAD 2005; Stitzel 2006).

A manutenção do balanço entre o consumo energético e o dispêndio energético tem-se assumido como um problema emergente entre os trabalhadores. Estima-se que este desequilíbrio possa ser atribuível ao tipo de trabalho (de “escritório”, linha de montagem fabril), horários pouco flexíveis e acesso a alimentos ditos *fast food* e *snacks* pouco saudáveis nas cantinas das empresas e instituições. A manutenção do balanço energético desempenha um papel importante ao nível da prevenção do excesso de peso e das doenças relacionadas (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares e alguns tipos de neoplasias) (Engbers, van Poppel *et al.* 2005).

No âmbito desta dissertação parece-nos pertinente referir que o profissional da dietética está devidamente posicionado para promover comportamentos saudáveis em profissionais de saúde, com ou sem excesso de peso. Segundo Winterfield *et al* (2005), a nutrição comunitária é um campo de acção, onde o dietista interage com a comunidade e os seus grupos, para a promoção da saúde e na prevenção da doença (Winterfield, Bogle *et al.* 2005), estando desta forma perfeitamente enquadrado no plano nacional de



saúde, uma vez que um dos seus objectivos é obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases dos ciclos da vida e reduzindo o peso da doença.



## **I. Problemática de investigação**

Face ao supracitado, torna-se pertinente estudar as características antropométricas e os hábitos alimentares dos indivíduos que trabalham numa instituição hospitalar do Distrito de Lisboa. Deste modo, levantam-se as seguintes questões:

- ❖ Como será a prevalência de excesso de peso e obesidade nos profissionais do sector da saúde?
- ❖ Como serão os hábitos alimentares dos profissionais que operam no sector da saúde?



## **II. Objectivos**

### **1. Gerais**

Com o intuito de caracterizar a população em estudo e de propor um plano de intervenção sócio-organizacional definiram-se como objectivos gerais para o presente estudo em profissionais do sector da saúde:

- ❖ Determinar a prevalência de excesso de peso e obesidade;
- ❖ Caracterizar os estilos de vida, nomeadamente a prática de actividade física e os hábitos tabágicos;
- ❖ Caracterizar os hábitos alimentares.

### **2. Específicos**

- ❖ Caracterizar os parâmetros antropométricos indicadores de excesso de peso e de risco cardiovascular nos diferentes grupos em estudos;
- ❖ Identificar a prática de actividade física regular;
- ❖ Identificar os hábitos tabágicos;
- ❖ Relacionar os parâmetros antropométricos com os estilos de vida;
- ❖ Descrever qualitativamente a frequência de consumo dos principais grupos alimentares.



### **III. Aspectos metodológicos**

#### **1. Fundamentos metodológicos**

A metodologia científica consiste num conjunto de procedimentos utilizados para a aquisição de informação de modo a contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos gerais sobre um dado fenómeno em estudo e, como tal, deve ser ordenada e disciplinada (Bell 1997). De facto, os métodos organizam as práticas de investigação. A função do método, na perspectiva científica, consta na operação de selecção das técnicas de pesquisa a aplicar por referência ao objecto e à teoria que o constrói, em determinar-lhes os limites e as condições úteis do exercício, em relacionar e integrar os resultados obtidos (Almeida and Pinto 1995) .

Atendendo à problemática de investigação, parece adequado optar um paradigma quantitativo. Os objectivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre as variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos (Carmo and Ferreira 1998). O método quantitativo caracteriza-se por ser um processo sistemático e colheita de dados observáveis e quantificáveis. Com efeito, baseia-se na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflecte um processo complexo que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. O método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, para além de que oferece a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos (Fortin 1999).

##### **1.1 Problemática da pesquisa**

Um aspecto que se prende com a problemática da pesquisa tem que ver com o facto de se presumir que os comportamentos e atitudes dos profissionais do sector da saúde funcionam como comportamentos e atitudes “modelo” face aos demais trabalhadores (Pak, Olsen *et al.* 2000). Deste modo, admite-se que os profissionais do sector da saúde podem actuar como propulsores ou inibidores de determinados comportamentos, como já foi descrito em estudos sobre o controlo de hábitos tabágicos (OMS 2005). Por este motivo, deve-se encorajar os profissionais do sector da saúde a agirem pro-activamente como modelagem positiva (Andersen, Bauman *et al.* 2008).

Assim, a problemática assenta na caracterização do estado nutricional em termos de prevalência do excesso de peso e do comportamento alimentar dos indivíduos que trabalham numa instituição de saúde de forma a estabelecer um plano de intervenção organizacional.

## **2. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, exploratório e transversal cujo período de recolha de dados decorreu entre Maio e Outubro de 2009.

### **2.1 População alvo**

A população alvo foi constituída pelos profissionais do sector da saúde de um hospital que integra um Centro Hospitalar de referência da área da grande Lisboa.

### **2.2 População em estudo**

A população em estudo são profissionais do sector da saúde de um hospital central do Distrito de Lisboa a exercer actividade durante o ano civil de 2009 e que detêm um número mecanográfico atribuído pela instituição.

### **2.3 Dimensão da amostra**

Foram seleccionadas quatro categorias profissionais mais representativas dos profissionais que trabalham num contexto hospitalar. O cálculo da dimensão da amostra foi feito tendo em conta um intervalo de confiança de 95%, assumindo uma frequência de 20% com um *worst* de 10%, após se ter pedido à instituição a relação de indivíduos contratados por categoria profissional (entenda-se aqui categoria profissional como médico, enfermeiro, técnico superior ou outro).

Assim, partiu-se de um total de indivíduos de 3642 distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: médicos (n=1116), enfermeiros (n=1453), assistentes operacionais (n=1073) e técnicos de diagnóstico e terapêutica (n=374), com o objectivo de recolher dados relativos a 55-60 indivíduos.

O grupo a estudar equipara-se a uma amostra de conveniência por convite à participação no estudo.



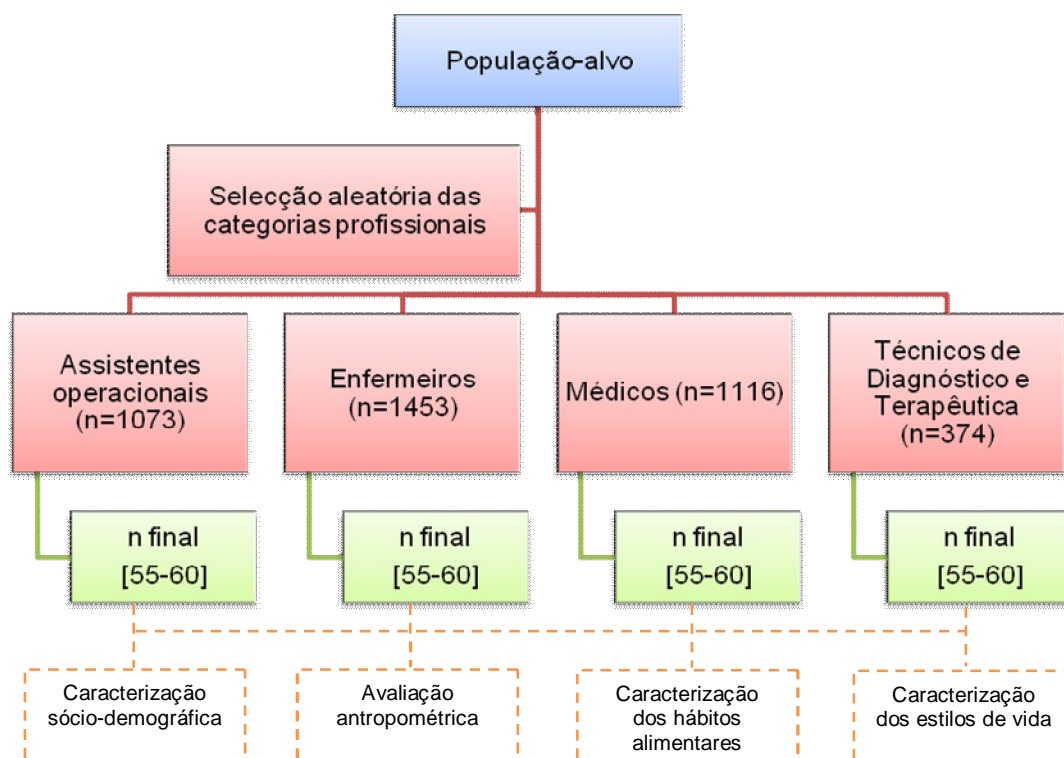


Figura 7 - Processo de selecção da amostra

## 2.4 Critérios de inclusão e de exclusão

### ❖ Critérios de inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão: ter contrato de trabalho com a instituição há pelo menos 6 meses e ter entre 20 e 65 anos de idade.

### ❖ Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os indivíduos portadores de *pacemaker*, mulheres grávidas, ou outra condição que constituísse uma contra-indicação para realização de bioimpedância (Kyle, Bosaeus *et al.* 2004; Kyle, Bosaeus *et al.* 2004). Para além destes, ainda se excluíram os indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica (gastrobandoplastia, *sleeve*, *by-pass*, ou outra cirurgia bariátrica).

### 3. Instrumentos de recolha de dados

Ao todo foram utilizados dois instrumentos para recolha de informação sobre a população em estudo.

Um dos instrumentos de recolha de dados compreendia três secções. A primeira incorporava os dados de caracterização do indivíduo, a segunda secção era respeitante aos antecedentes pessoais e familiares e a terceira incorporava o registo dos parâmetros antropométricos. Os indivíduos eram também questionados sobre a prática ou não de actividade física e sobre os hábitos tabágicos (Apêndice I). O segundo instrumento é referente ao QFA como se verá adiante.

#### 3.1 Caracterização dos indivíduos e estilos de vida

Foram conceptualizadas as seguintes variáveis:

- ❖ De caracterização sócio-demográfica: género, a idade, o número de anos de serviço (definido como o número de anos em que exerce funções na Instituição de Saúde, determinado com recurso ao ano de início do vínculo), o tipo de vínculo à instituição (definido como a relação jurídica contratual que se estabelece entre a instituição de saúde e cada um dos profissionais e que inclui o contrato a termo certo e contrato sem termo, destacando dentro deste aqueles que pertencem aos “quadros técnicos”), e a categoria profissional (definida como o tipo de funções que desempenha na Instituição de Saúde, onde se incluem os Técnicos de Diagnósticos e Terapêutica, Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais).
- ❖ De caracterização de antecedentes pessoais e familiares: que se referem à presença de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e/ou dislipidemia no entrevistado ou em algum familiar de 1º grau, bem como medicação habitual.
- ❖ De estilos de vida: a prática de actividade física e a existência de hábitos tabágicos.

#### 3.2 Avaliação antropométrica

Foram conceptualizadas as seguintes variáveis:

- ❖ De caracterização de parâmetros antropométricos: estatura (em cm e m), peso actual e reportado pelo entrevistado (em kg), massa gorda e massa muscular

corporal (em %), Índice de Massa Corporal (em kg/m<sup>2</sup>) e perímetro da cintura (em cm).

### 3.3 Caracterização dos hábitos alimentares

As metodologias para caracterização da ingestão alimentar são frequentemente postas em causa, sendo questionada a validade dos dados obtidos com recurso a estas. Este facto advém da imprecisão relativa dos dados obtidos, por estes métodos, face aos métodos experimentais (Willett 1998). Porém, a suspeição relativamente aos instrumentos da epidemiologia nutricional, contribui para a sua evolução e conduziu ao desenvolvimento de metodologias de avaliação da sua fiabilidade e validade (Willett 1998).

Actualmente, é amplamente reconhecido que, fruto da existência de metodologias de avaliação da ingestão alimentar muito diversificadas, a precisão e o rigor dos dados obtidos é muito variável (Nelson and Bingham 2000). Desta forma, a escolha da metodologia a utilizar para a caracterização da ingestão alimentar reveste-se de uma elevada complexidade, pois está dependente dos dados que se pretendem obter. Existem quatro aspectos essenciais a considerar aquando da escolha do tipo de instrumento a utilizar, que são: o objectivo do estudo, a precisão exigida ao método, a população-alvo e os recursos disponíveis (Bingham, Nelson *et al.* 1988).

O questionário de frequência alimentar (QFA) é uma das metodologias passíveis de ser utilizada para avaliar a ingestão alimentar, entre outros, como o registo alimentar ou o inquérito alimentar às 24 horas anteriores. No caso do QFA, é pedido aos inquiridos que reportem a frequência de consumo de um conjunto de alimentos, discriminados numa lista, durante um período de tempo específico. O questionário pode ser auto-administrado ou por entrevista, garantido uma elevada taxa de resposta, por não exigir aos inquiridos elevado nível educacional nem elevado grau de motivação (Willett 1995; Nelson and Bingham 2000).

Em particular, na caracterização dos hábitos alimentares foi utilizado um questionário de frequência de consumo alimentar que se reporta aos 6 meses anteriores, devidamente validado para a população portuguesa, desenvolvido com base no questionário de frequência de consumo utilizado no *Nurses Health Study* e com base no questionário de Barros e *et al* (Carmo *et al.*, 2008).

Foram conceptualizadas as seguintes variáveis:

- ❖ De caracterização de hábitos alimentares: através de um questionário de frequência de consumo de 71 alimentos presentes no QFA.

Este questionário é constituído por 71 itens, distribuídos por 8 secções: produtos lácteos (itens 1 a 8); carnes, peixes e ovos (itens 9 a 23); óleos e gorduras (itens 24 a 29); pão, cereais e derivados (itens 30 a 37); bolos, bolachas, sobremesas e doces (itens 38 a 45); hortaliças, legumes e frutas (itens 46 a 56); bebidas (itens 57 a 66) e comida rápida e molhos (itens 67 a 71). O QFA disponibilizava também um espaço em branco para os inquiridos referirem mais algum alimento que não estivesse contemplado nos itens anteriores (Apêndice II).

Ao entrevistado era solicitado que indicasse a frequência de consumo de cada item nos últimos 6 meses. Para cada item, existiam 9 possibilidades de resposta, que foram codificadas de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 - Codificação da frequência alimentar

Frequência de Consumo	<1 Vez por mês ou nunca	1-3 Vezes por mês	1 Vez por semana	2-4 Vezes por semana	5-6 Vezes por semana	1 Vez por dia	2-3 Vezes por dia	4-5 Vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Codificação	0	1	2	3	4	5	6	7	8

#### 4. Variáveis

Os instrumentos são compostos por questões fechadas e abertas. A tabela 5 descreve as variáveis.

Tabela 5 - Identificação das variáveis em estudo

Variável em estudo	Valor	Tipo de variável
Idade	20 a 65 anos	Numérica
Género	0: feminino; 1: masculino	Nominal
Nacionalidade	0: portuguesa; 1: Outra	Nominal
Freguesia de residência		Nominal
Categoria profissional	0: médico; 1: médico-cirúrgica; 2: cirurgião; 3: enfermeiro; 4: dietista; 5: T. Anatomia PCT; 6: T. Farmácia; 7: T. Cardiopneumologia; 8: T. Análises clínicas; 9: T. Fisioterapia; 10: T. Radiologia; 11: AO; 12: Outro	Nominal
Vínculo à instituição	0: contrato sem termo; 1: contrato termo certo; 2: quadros	Nominal
Anos/meses de serviço		Numérica
Turnos	0: Sim; 1: Não	Nominal
Turno mais frequente	0: Manhã; 1: tarde; 2: noite	Ordinal
Urgências	0: Sim; 1: Não	Nominal
Horário de trabalho	0: 35h; 1: 40h; 2: 42h; 3: Outro	Ordinal
Jornada	0: contínua; 1: descontínua	Nominal
Deslocação para o trabalho	0: transporte próprio; 1: a pé; 2: transportes públicos; 3: Outro	Nominal
Antecedentes pessoais de diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia	0: Sim; 1: Não	Nominal
Medicação habitualmente	0: Sim; 1: Não	Nominal
Que medicação	0; para diabetes; 1: para HTA; 2: para dislipidémia; 3: outra	Nominal
Familiares com obesidade, diabetes tipo 2, HTA, dislipidémia	0: sim; 1: não	
Que familiares	0: irmãos; 1: mãe; 2: pai; 3: avó materna; 4: avô materno; 5: avó paterna; 6: avô paterno	Nominal
Altura, peso actual, peso habitual, IMC, perímetro de cintura, %massa gorda e massa muscular		Numérica
Tentativa de perda ponderal	0: sim; 1: não	Nominal
Quantas tentativas	0: uma; 1: duas; 2: três; 3: ≥ quatro	Ordinal
Com acompanhamento de dietista	0: sim; 1: não	Nominal
Período do dia com mais apetite	0: manhã; 1: meio-manhã; 2: almoço; 3: tarde; 4: noite; 5: nunca; 6: sempre	Nominal
Pratica actividade física	0: sim; 1: não	Nominal
Fumador	0: sim; 1: não	Nominal
Quantos cigarros		Numérica

## 5. Procedimentos

Todos os parâmetros antropométricos foram obtidos com recurso a procedimentos inerentes ao “Anthropometry And Physical Activity Monitor Procedures Manual” (Lohman R 1988) do National Health and Nutrition Examination Survey (Anexo I).

Para cada um dos indivíduos que participaram no estudo, determinou-se o peso actual, em kg, através de uma balança OMRON® BF500 Body Composition Monitor com uma aproximação de 0,1kg e a altura, em cm, com uma aproximação de 0,1cm com recurso a um estadiómetro portátil Leichester. Com estes parâmetros obteve-se o IMC através da relação peso em quilogramas/altura em metros quadrados. Classificaram-se os participantes, em função do valor de IMC obtido, de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS 2006).

Recolheram-se os valores do perímetro da cintura através de uma fita métrica inelástica, com 0,1cm de aproximação.

Utilizando a balança, que mede simultaneamente a percentagem de massa gorda e massa muscular (OMRON® BF500 Body Composition Monitor) com uma aproximação de 0,1%, determinou-se a percentagem de massa gorda corporal, sendo os indivíduos classificados como abaixo do normal, normal, acima do normal ou muito acima do normal de acordo com os valores estipulados pelo fabricante (Tabela 6).

Tabela 6 - Interpretação dos resultados para a percentagem de massa gorda

Género	Idade (anos)	Baixa (%)	Normal (%)	Elevada (%)	Muito elevada (%)
Feminino	20-39	<21,0	21,0-32,9	33,0-38,9	≥39,0
	40-59	<23,0	23,0-33,9	34,0-39,9	≥40,0
	60-79	<24,0	24,0-35,9	36,0-41,9	≥42,0
Masculino	20-39	<8,0	8,0-19,9	20,0-24,9	≥25,0
	40-59	<11,0	11,0-21,9	22,0-27,9	≥28,0
	60-79	<13,0	13,0-24,9	25,0-29,9	≥30,0

Fonte: (Gallagher, Heymsfield *et al.* 2000).

Os procedimentos para medição da estatura, peso corporal e perímetro de cintura encontram-se no anexo I e baseiam-se nas recomendações da OMS (OMS 1995).

A figura 8 ilustra os procedimentos efectuados para recolha dos dados.

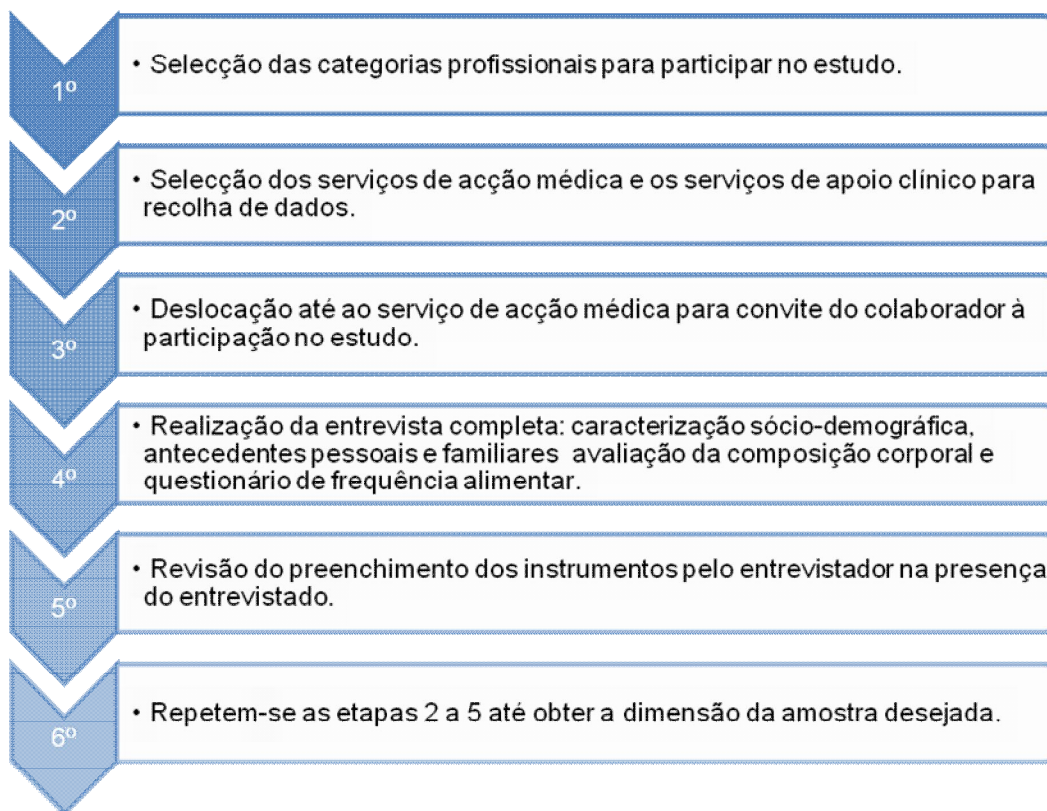


Figura 8 - Etapas do procedimento de recolha de dados

## 6. Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso à aplicação informática Statistical Program for Social Science (SPSS®) for Windows, versão 15.0. Assumiu-se ao longo do estudo um nível de significância estatístico de 5% ( $\alpha=0,05$ ) para os testes estatísticos. Procedeu-se a uma análise estatística descritiva e exploratória, na qual constaram modas, médias, desvios-padrão, medianas, mínimos, máximos e ainda análise de variância, testes não paramétricos (coeficiente de correlação de Pearson e Spearman e Qui-quadrado para a independência), e análise de variância (ANOVA).





## IV. Resultados

A amostra final estudada foi constituída por 228 funcionários de um hospital central, maioritariamente de nacionalidade portuguesa (96%) residentes no distrito de Lisboa, pertencentes a quatro categorias profissionais: assistentes operacionais (n=57), enfermeiros (n=58), médicos (n=55) e técnicos de diagnóstico e terapêutica (n=58), sendo que 81% são do género feminino, e 19% do género masculino.

Em média, os inquiridos têm  $37,3 \pm 11,4$  anos, cujas idades estão compreendidas entre os 20 e os 65 anos e trabalham há  $11,1 \pm 10,1$  anos ao serviço do hospital, sendo que a maioria pertence aos quadros técnicos da instituição (Figura 9).

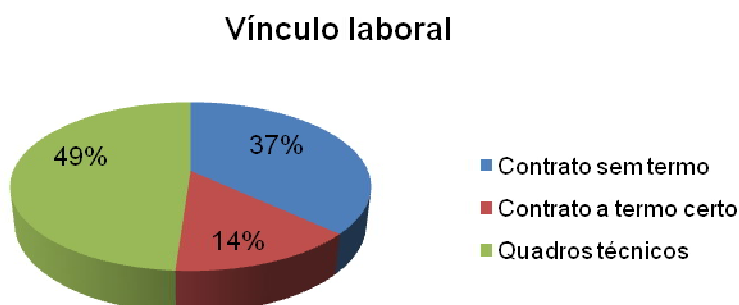


Figura 9 - Vínculo laboral à instituição

A maior parte dos indivíduos (91,4%) trabalha em jornada contínua, isto é, sem pausa obrigatória para almoço, desloca-se para o local de trabalho através de transporte próprio e tem uma carga horária semanal de 35 horas. Quanto aos antecedentes familiares, 64,5% e 56,4% dos inquiridos afirma ter pelo menos um familiar (mãe, pai, irmão, ou avós) com hipertensão arterial e dislipidémia, respectivamente.

### 1. Caracterização dos parâmetros antropométricos e estilos de vida

Foram elaborados os diagramas de caule-e-folhas para os parâmetros antropométricos de forma a representar a distribuição da amostra (Apêndice III).

Em relação à avaliação do estado nutricional da amostra, e pela figura 10 pode observar-se que a maioria dos indivíduos tem peso adequado para a altura (59,0%). A segunda classe de IMC mais observada foi o excesso de peso (27%), seguida da obesidade de grau I (10%), da obesidade de grau II (2%) e por fim da obesidade grau III (1%) e da magreza (1%).



Figura 10 - Distribuição do Índice de Massa Corporal

Através do teste de associação do Qui-quadrado, verificou-se existir associação entre o IMC e os antecedentes familiares de obesidade ( $p=0,000$ ) e de hipertensão ( $p=0,035$ ). O mesmo já não se verificou para os antecedentes familiares de diabetes tipo 2 ( $p=0,228$ ) e de dislipidémia ( $p=0,623$ ). Já quanto aos antecedentes pessoais concluiu-se que existia associação entre o IMC e hipertensão arterial ( $p=0,001$ ), mas não entre o IMC e a dislipidémia ( $p=0,316$ ).

Dos 31,4% de indivíduos que responderam já ter tentado perder peso, 42,3% diz que recorreu a um dietista. Em relação ao período do dia com mais apetite, o almoço surge como a resposta mais observada (18,3%).

No que respeita aos parâmetros antropométricos avaliados, verificou-se que a amostra apresenta, em média:  $163,1 \pm 8,7$  cm de altura,  $66,7 \pm 13,8$  kg de peso medido,  $64,9 \pm 12,6$  kg de peso reportado,  $32,9 \pm 8,8\%$  de massa gorda,  $29,0 \pm 5,3\%$  de massa muscular,  $24,9 \pm 4,4$  kg/m<sup>2</sup> de IMC e  $80,1 \pm 12,1$  cm de perímetro de cintura.

Ao dividir a amostra por quatro faixas etárias dos 20 aos 65 anos, observou-se que a frequência absoluta da idade atinge o seu máximo entre os 20 e 30 anos, seguindo uma distribuição não *gaussiana* como se pode observar no histograma (figura 11).

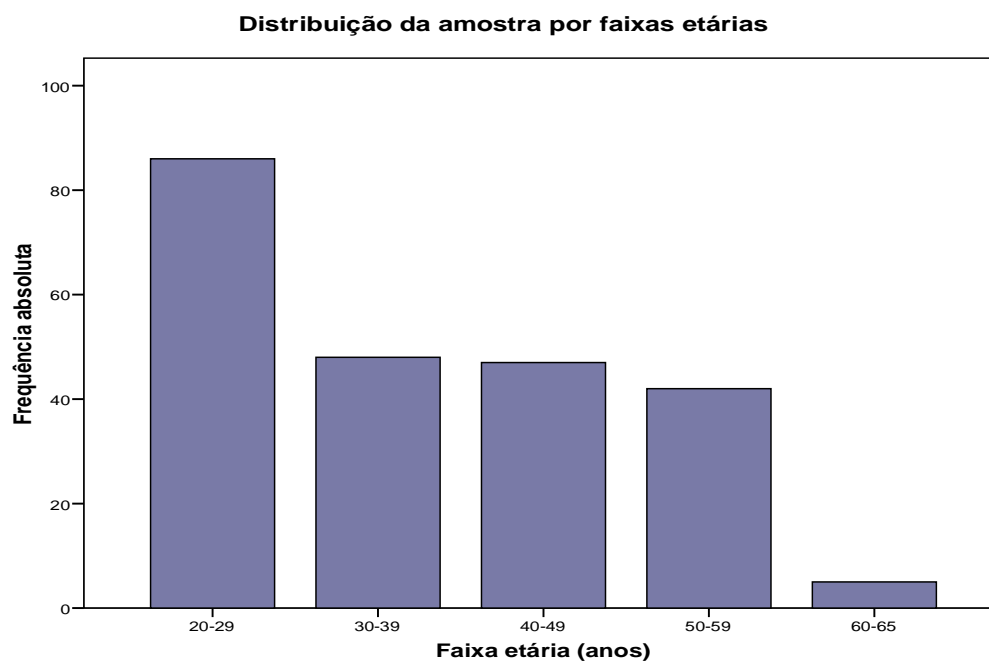
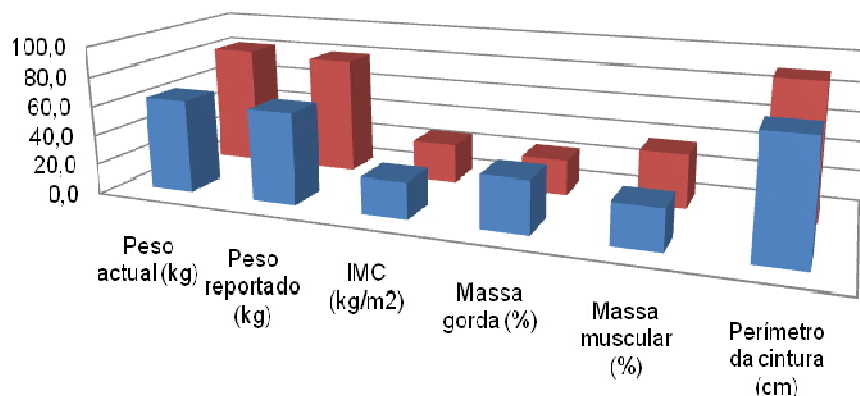


Figura 11 - Distribuição da amostra por idades agrupadas

Na amostra, o género masculino revelou ter, em média, maior IMC ( $26,5 \text{ kg/m}^2$ ) do que o feminino ( $24,6 \text{ kg/m}^2$ ) e já constando da classe de excesso de peso enquanto as mulheres ainda se situam num IMC correspondente a normoponderal, e ambos os géneros afirmam ter um peso 'habitual' inferior ao observado no estudo (figura 12).

Dados antropométricos por género



	Peso actual (kg)	Peso reportado (kg)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Massa gorda (%)	Massa muscular (%)	Perímetro da cintura (cm)
■ Feminino	63,2	61,8	24,6	35,1	27,4	77,8
■ Masculino	81,9	79,6	26,5	23,6	36,0	90,6

Figura 12 - Dados antropométricos médios do peso, IMC, massa gorda, massa muscular e perímetro de cintura por género

Através da análise do Qui-quadrado, observa-se que existe associação entre a classe de IMC e o género ( $p = 0,000$ ).

Em relação à classificação da massa gorda em “baixa ou normal”, “elevada” e “muito elevada” fornecida pelo fabricante do instrumento de avaliação de bioimpedância, verifica-se não existir associação entre o género e essa classificação ( $p = 0,769$ ). Porém, salienta-se que o valor médio obtido para a percentagem de massa gorda corresponde a “elevada” para qualquer idade no género feminino, e também no género masculino, excepto na faixa etária dos 60-79 anos.

Observou-se ainda que não existe associação entre a classificação do risco cardiometabólico (“baixo”, “elevado” e “muito elevado”) com base no perímetro de cintura e o género ( $p = 0,483$ ).

A tabela 7 sistematiza os valores médios e respectivos desvios-padrão da idade, anos ao serviço da instituição e carga horária semanal para cada uma das categorias profissionais estudadas.

Tabela 7- Valores médios da idade, anos de serviço e carga horária semanal por categoria profissional

	Idade em anos	Anos de serviço	Carga horária semanal
	Média (dp)	Média (dp)	Moda
Assistentes operacionais	42,3 (11,2)	10,8 (10,1)	35
Enfermeiros	33,8 (10,5)	10,5 (9,2)	40
Médicos	39,2 (13,2)	13,2 (12,8)	42
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	34,2 (8,6)	9,9 (7,5)	35

Quanto ao vínculo à instituição, observou-se que 43,9% dos assistentes operacionais pertencem aos quadros técnicos, 50,0% dos enfermeiros tem contrato sem termo, 45,5% dos médicos e 55,2% dos técnicos de diagnóstico e terapêutica pertencem aos quadros técnicos.

Relativamente aos antecedentes pessoais conhecidos e referidos pelos indivíduos apuraram-se taxas de prevalência para diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia (Figura 13).

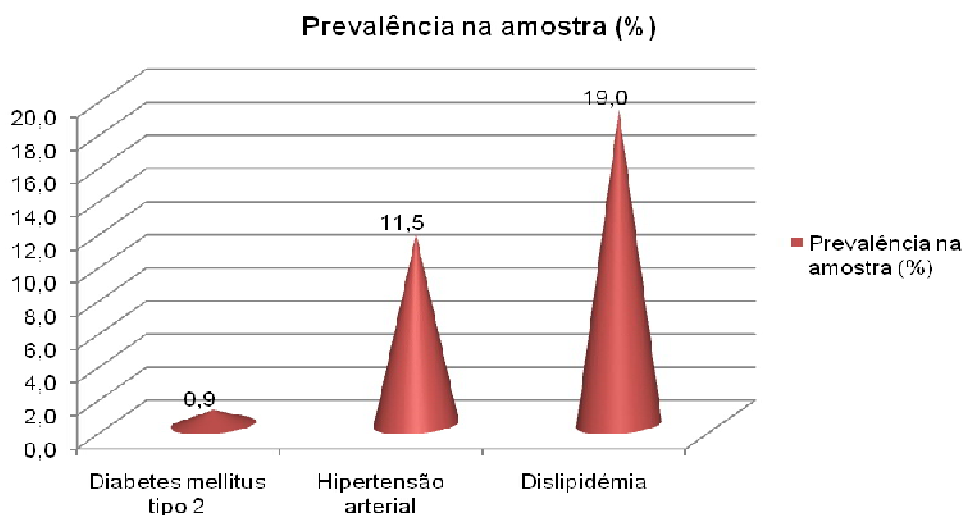


Figura 13 - Prevalência de diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia na amostra

Quanto aos estilos de vida (prática de actividade física regular e hábitos tabágicos), observou-se que a maioria da amostra (57%) refere não praticar actividade física e não fumar (77%). Quando se analisou a prática de actividade física por género, notou-se que esta é mais prevalente entre o género masculino (43,5% dos homens pratica actividade física regular) do que no género feminino (apenas 40,7% pratica actividade física regular).

Através do teste do Qui-quadrado, não foi encontrada associação entre a prática de actividade física (classificada como variável dicotómica) e o IMC dividido em classes ( $p=0,213$ ) na população-alvo em estudo. Mesmo quando se procedeu a esta análise em função do género, também não se observou associação entre a prática de actividade e o IMC nas mulheres ( $p=0,367$ ), nem nos homens ( $p=0,149$ ). Igualmente, não se encontrou associação entre os hábitos tabágicos (classificada como variável dicotómica) e o IMC dividido em classes ( $p=0,913$ ).

Na figura 14 observa-se a percentagem de indivíduos que referiu ter pelo menos um dos familiares directos com uma das seguintes patologias: diabetes tipo 2, obesidade, hipertensão arterial e dislipidémia, de acordo com a categoria profissional.

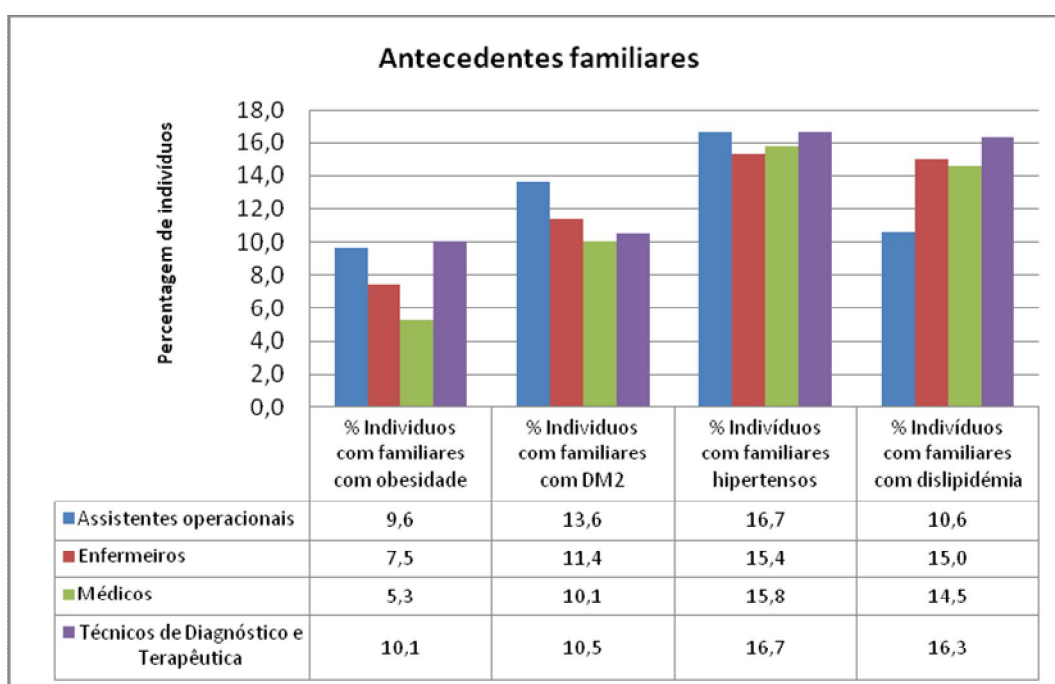


Figura 14 - Antecedentes familiares por categoria profissional

Com a análise do Qui-quadrado verificou-se que o trabalho por turnos, categorizado como variável dicotómica (sim/não) e o IMC por classes (normoponderal ou magreza/excesso de peso/obesidade) são variáveis independentes ( $p=0,240$ ).

No caso particular dos médicos, a entrevista foi direccionada a duas especialidades: médica (73%) e cirúrgica (27%). Obtiveram-se os seguintes resultados: 94% dos médicos realizam turnos, sendo que destes 56% são turnos de 12 horas, e 44% de 24 horas. A análise de independência do Qui-quadrado revelou não existir associação entre a realização de urgência (de 12h, 24h ou ambos) e a classificação do IMC por classes ('normoponderal ou magreza', 'excesso de peso' e 'obesidade') ( $p=0,224$ ). Igualmente, não se observou correlação significativa entre a realização de urgência e: o IMC ( $p=0,549$ ;  $R_s=0,090$ ); e o peso actual ( $p=0,808$ ;  $R_s=0,036$ ); e o perímetro da cintura ( $p=0,651$ ;  $R_s=0,071$ ); e a massa gorda ( $p=0,781$ ;  $R_s=-0,042$ ) e a massa muscular ( $p=0,613$ ;  $R_s=0,076$ ).

No que respeita à associação entre a especialidade (médica vs cirúrgica) e o IMC por classes observou-se que estas variáveis são independentes, isto é, não existe associação através do Qui-quadrado ( $p=0,192$ ).

Quanto ao trabalho por turnos nas diferentes categorias profissionais, exceptuando os médicos que não trabalham por turnos, verificou-se que este é mais frequente nos enfermeiros (60%), seguidos dos assistentes operacionais (49%) e dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (16%), sendo que em todas as categorias profissionais o turno mais frequente corresponde à 'manhã'.

Relativamente às características antropométricas por categoria profissional, as médias e respectivos desvios-padrão encontram-se resumidos na tabela 8. Como se pode observar, os assistentes operacionais são aqueles em que o peso medido, o peso reportado, o IMC, a massa gorda e o perímetro de cintura assumem um valor mais alto comparativamente às restantes categorias profissionais.

Tabela 8 - Características antropométricas da amostra

	Altura (cm)	Peso medido (kg)	Peso reportado (kg)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Massa gorda (%)	Massa muscular (%)	Perímetro cintura (cm)
Assistentes operacionais	159,0±7,0	69,8±12,8	68,3±11,0	27,6±5,3¥	39,7±7,94	26,3±4,45¥	85,3±12,1

Enfermeiros	166,3±8,1	64,7±12,5¥	63,4±11,8¥	24,2±3,4	32,8±7,76	28,5±4,50¥	76,7±9,3
Médicos	167,4±8,6¥	68,7±15,7¥	67,1±15,3¥	24,4±4,4	28,0±8,05	31,9±5,56¥	82,4±14,0
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	163,2±9,1	63,8±13,6	61,5±11,4¥	23,8±3,4¥	31,1±7,10	29,5±5,17¥	76,5±10,5¥

¥ - Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov em que o valor  $p \leq 0,05$

As figuras 15 a 18 ilustram o modo como o IMC se distribui por classes nas categorias profissionais estudadas. O excesso de peso e a obesidade assumem valores superiores nos assistentes operacionais. Por oposição, o excesso ponderal e a obesidade são menos prevalentes nos técnicos de diagnóstico e terapêutica.

**Classificação pelo IMC nos assistentes operacionais**

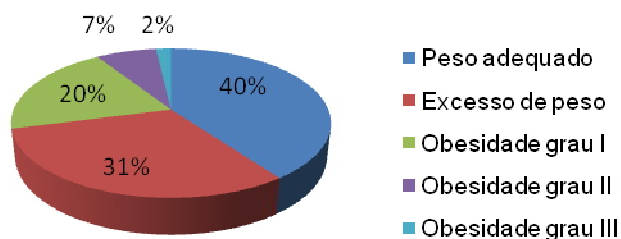


Figura 15 - Distribuição do IMC nos assistentes operacionais

**Classificação pelo IMC nos enfermeiros**

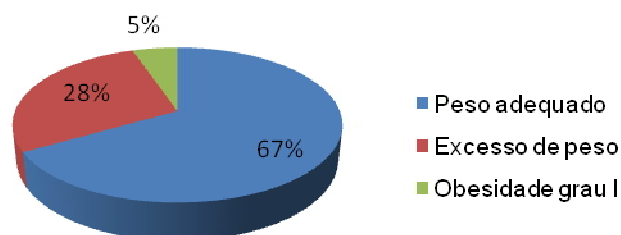


Figura 16 - Distribuição do IMC nos enfermeiros



### Classificação pelo IMC nos médicos

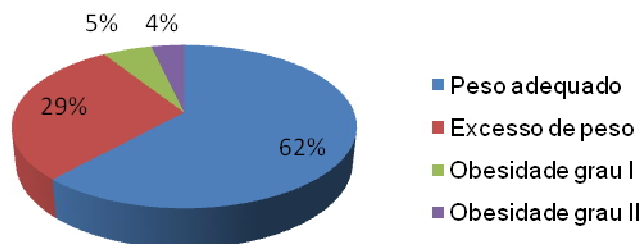


Figura 17 - Distribuição do IMC nos médicos

### Classificação pelo IMC nos TDT

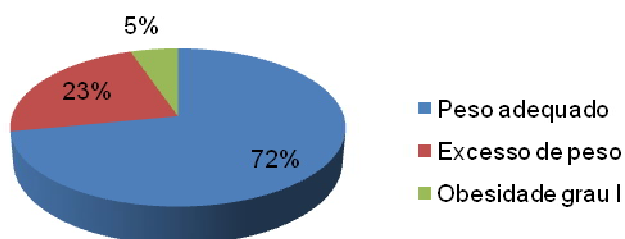


Figura 18 - Distribuição do IMC nos técnicos de diagnóstico e terapêutica

Com a análise ANOVA para os parâmetros antropométricos apuraram-se diferenças nas variâncias entre as categorias profissionais em relação ao IMC, massa gorda, massa muscular, perímetro da cintura, peso reportado e peso actual, como se pode ver na tabela 9.

Tabela 9 - Análise de variância entre as categorias profissionais para os parâmetros antropométricos

		Valor p
IMC	Entre grupos	,000
Massa gorda	Entre grupos	,000
Massa muscular	Entre grupos	,000
Perímetro da cintura	Entre grupos	,000
Peso reportado	Entre grupos	,015
Peso actual	Entre grupos	,049

Sabendo que existem diferenças significativas entre as categorias profissionais, procedeu-se à análise de comparações múltiplas de Tukey a fim de averiguar quais as categorias que diferiam entre si em relação aos parâmetros antropométricos contemplados na ANOVA (Apêndice IV).

A figura 19 ilustra o número de indivíduos por categoria profissional que já incorreu em tentativas de perda de peso de acordo com a categoria profissional. A categoria profissional que totaliza maior número de tentativas de perda de peso é a dos assistentes operacionais.

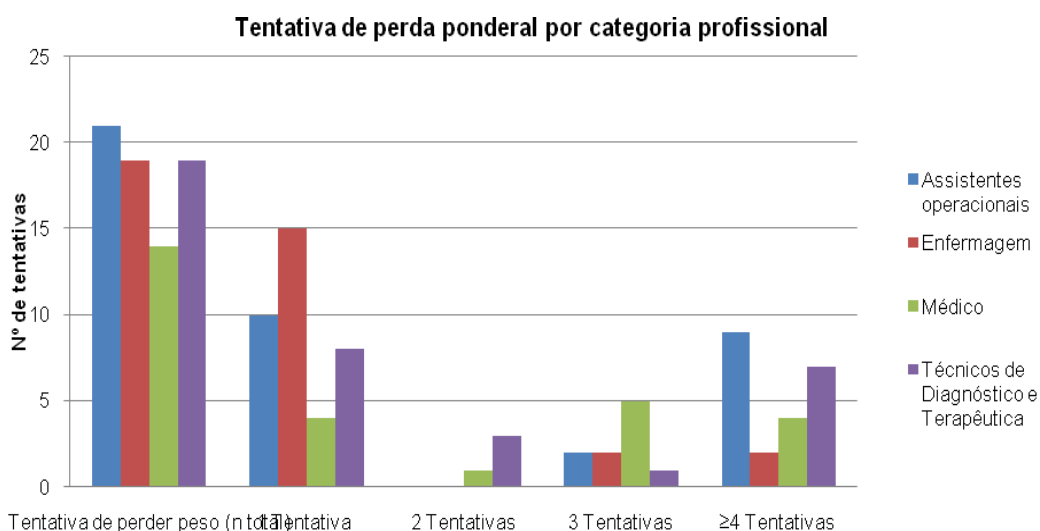


Figura 19 - Tentativas de perda ponderal por categoria profissional

Em relação aos estilos de vida por categoria profissional, observou-se que são os médicos quem mais pratica actividade física regular, seguidos dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, dos enfermeiros, e por fim dos assistentes operacionais. Pelo contrário, no que concerne aos hábitos tabágicos verificou-se que existem mais fumadores entre os assistentes operacionais, seguidos dos enfermeiros, dos médicos e, finalmente, dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (Figura 20). De facto, cerca de 53,4% dos médicos pratica actividade física regular, e apenas 17,2% destes refere possuir hábitos tabágicos.

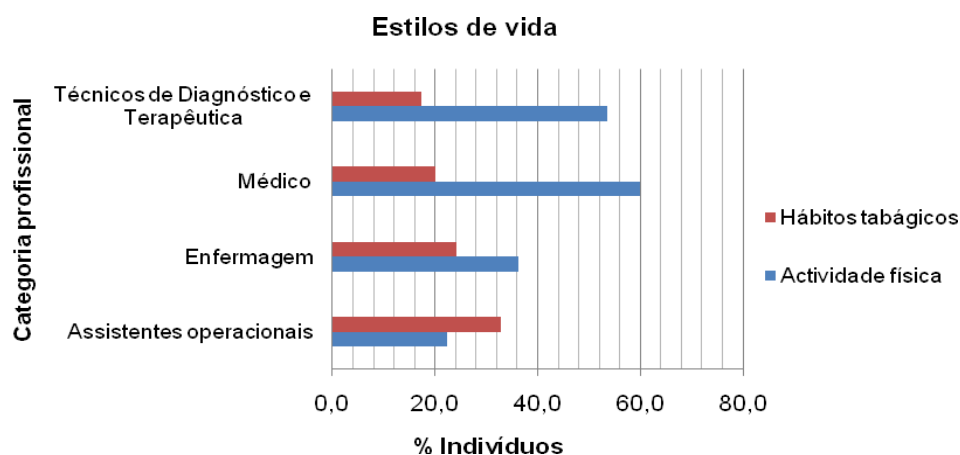


Figura 20 - Estilos de vida por categoria profissional

As várias classes de IMC distribuem-se de forma diferente entre as várias categorias profissionais. Com efeito, apenas se observa existirem indivíduos com obesidade de grau III nos assistentes operacionais, enquanto nos enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica, a obesidade de grau está representada em apenas 5% dos indivíduos. De facto, é nesta categoria profissional que se observa maior percentagem de funcionários da instituição com peso adequado para a altura (figura 21 a 24).

A tabela 10 representa a moda para período do dia em que os indivíduos afirmaram ter mais apetite dentro de cada categoria profissional. Os médicos são os únicos profissionais cuja moda de resposta mais observada foi nunca referirem ter apetite.

Tabela 10 - Moda para o período do dia com mais apetite por categoria profissional

	Moda	Mediana
Assistentes operacionais	Noite	Tarde
Enfermeiros	Almoço	Almoço
Médicos	Nunca	Tarde
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	Tarde	Tarde

Ao estabelecer a correlação bivariada entre o período do dia com mais apetite e a classificação do IMC em função da categoria profissional não se observaram quaisquer associações significativas. As mesmas observações aplicam-se à correlação entre o período do dia com mais apetite e a massa gorda categorizada.

Por outro lado, a correlação entre a carga horária semanal e a classificação do perímetro da cintura de acordo com o risco cardiometabólico revelou-se ser significativa e negativa ( $R_s = -0,195$ ) para o género feminino ( $p = 0,009$ ), mas não para o masculino ( $p = 0,971$ ) e, neste último, a correlação foi próxima de zero ( $R_s = 0,006$ ).

A análise de correlação indica que existe correlação positiva significativa entre os anos ao serviço da instituição e o IMC, o perímetro da cintura e o peso actual (tabela 11). Contudo, quando se ajustou a análise de correlação entre o IMC e os anos de serviço para a idade, esta deixou de ser significativa, o que indica que a idade pode representar um factor de viés. Verificou-se a mesma situação relativamente ao perímetro de cintura e peso actual (tabela 12).

Tabela 11 - Correlação entre os anos de serviço e os parâmetros antropométricos

			Anos de serviço	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Massa gorda (%)	Massa muscular (%)	Perímetro cintura (cm)	Peso actual (kg)
Spearman's rho	Anos de serviço	Coeficiente de correlação	1,000	,290(**)	,090	-,035	,327(**)	,175(**)
		Valor p	.	,000	,179	,600	,000	,009
	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Coeficiente de correlação	,290(**)	1,000	,557(**)	-,338(**)	,840(**)	,850(**)
		Valor p	,000	.	,000	,000	,000	,000
	Massa gorda (%)	Coeficiente de correlação	,090	,557(**)	1,000	-,886(**)	,340(**)	,277(**)
		Valor p	,179	,000	.	,000	,000	,000
Massa muscular (%)	Coeficiente de correlação	-,035	-,338(**)	-,886(**)	1,000	-,129	-,053	
	Valor p	,600	,000	,000	.	,057	,431	
Perímetro da cintura (cm)	Coeficiente de correlação	,327(**)	,840(**)	,340(**)	-,129	1,000	,864(**)	
	Valor p	,000	,000	,000	,057	.	,000	
Peso actual (kg)	Coeficiente de correlação	,175(**)	,850(**)	,277(**)	-,053	,864(**)	1,000	
	Valor p	,009	,000	,000	,431	,000	.	

\*\* Correlação é significativa para um nível de significância de 1%

Tabela 12 - Correlação entre a idade e os parâmetros antropométricos

			Idade (anos)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Massa gorda (%)	Massa muscular (%)	Perímetro cintura (cm)	Peso actual (kg)
Spearman's rho	Idade (anos)	Coefficiente de correlação	1,000	,381(**)	,183(**)	-,110	,440(**)	,259(**)
		Valor p	.	,000	,006	,100	,000	,000
	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Coefficiente de correlação	,381(**)	1,000	,557(**)	-,338(**)	,840(**)	,850(**)
		Valor p	,000	.	,000	,000	,000	,000
	Massa gorda (%)	Coefficiente de correlação	,183(**)	,557(**)	1,000	-,886(**)	,340(**)	,277(**)
		Valor p	,006	,000	.	,000	,000	,000
	Massa muscular (%)	Coefficiente de correlação	-,110	-,338(**)	-,886(**)	1,000	-,129	-,053
		Valor p	,100	,000	,000	.	,057	,431
	Perímetro cintura (cm)	Coefficiente de correlação	,440(**)	,840(**)	,340(**)	-,129	1,000	,864(**)
		Valor p	,000	,000	,000	,057	.	,000
	Peso actual (kg)	Coefficiente de correlação	,259(**)	,850(**)	,277(**)	-,053	,864(**)	1,000
		Valor p	,000	,000	,000	,431	,000	.

\*\* Correlação é significativa para um nível de significância de 1%

## 2. Caracterização dos hábitos alimentares

Através da aplicação dos questionários de frequência alimentar obtiveram-se as medianas, modas e máxima frequência de consumo reportada pelos inquiridos. Os respectivos resultados encontram-se descritos em tabelas por grupos de alimentos quer na amostra total, quer por categoria profissional.

### 2.1 Hábitos alimentares da população em estudo

Relativamente ao consumo do grupo dos "produtos lácteos", destaca-se que os alimentos consumidos com mais frequência são os 'outros iogurtes' e o 'queijo tipo flamengo', com uma frequência de resposta associada de 15,3% e 27,9%, respectivamente. Outro aspecto interessante é o facto da amostra, na sua globalidade, referir ter uma frequência de consumo de leite inferior a uma vez por mês ou nunca (Tabela 13). No entanto, verifica-se, ao agrupar as frequências de consumo, que 47,1% dos participantes reporta uma frequência de consumo de leite meio gordo de pelo menos uma vez por dia. O valor associado a esta frequência de consumo decai para 21,4% no que respeita o leite magro e para 0,4% no que respeita o leite gordo.

Tabela 13 - Frequência de consumo de produtos lácteos pela amostra

I. Produtos lácteos		
Alimento	Mediana de Frequência de Consumo	Moda de Frequência de Consumo (%)
<b>Leite Gordo</b>	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (95,2)
<b>Leite Meio-Gordo</b>	5-6 vezes por semana	<1 vez por mês ou nunca (28,4)
<b>Leite Magro</b>	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (61,6)
<b>Iogurte Natural, magro</b>	Entre <1 vez por mês ou nunca e 1-3 vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (49,3)
<b>Outros iogurtes</b>	2-4 vezes por semana	2-4 vezes por semana (15,3)
<b>Queijo magro, fresco</b>	1-3 vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (35,8)
<b>Queijo Tipo Flamengo</b>	2-4 vezes por semana	2-4 vezes por semana (27,9)
<b>Outros tipos de queijos</b>	1-3 vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (47,2)

No que concerne às "carnes, peixes e ovos" a amostra refere como moda de consumo de 2-4 vezes por semana, por ordem decrescente, a 'carne de frango, peru' (48,5%),

seguida da ‘carne de porco’ (44,1%), da ‘carne de vaca’ (31,0%) e por fim dos ‘peixes magros’ (30,0%). Por outro lado, em relação às miudezas, 80,3% da amostra refere consumir menos do que uma vez por mês ou nunca (tabela 14). Salienta-se que, apesar da moda de consumo reportada, 12,2% do grupo em estudo reporta uma frequência de consumo de 2-4 vezes por semana no que respeita o peixe em conserva.

Tabela 14 - Frequência de consumo de carnes, peixes e ovos pela amostra

II. Carnes, peixes e ovos		
Alimento	Mediana de Frequência de Consumo	Moda de Frequência de Consumo (%)
Ovo	1 vez por semana	1 vez por semana (36,7)
Carne de porco	2-4 vezes por semana	2-4 vezes por semana (44,1)
Carne de frango, peru	2-4 vezes por semana	2-4 vezes por semana (48,5)
Carne de vaca	1 vez por semana	2-4 vezes por semana (31,0)
Carne de borrego, cabrito	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (56,8)
Fígado de vaca, porco, frango, chispe, mão de vaca, língua, dobrada, coração de porco, rim	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (80,3)
Fiambre, presunto, paio	1 vez por semana	1-3 vezes por mês (24,9)
Mortadela, Chouriço, Alheira	1-3 vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (42,9)
Toucinho, bacon, entremeada	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (57,6)
Peixes gordos	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por mês (31,0)
Peixes Magros	1 vez por semana	2-4 vezes por semana (30,0)
Bacalhau	1 vez por semana	1 vez por semana (34,5)
Peixe em conserva	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por mês (31,0)
Lulas, Choco, Polvo	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por mês (38,0)
Mariscos	1-3 vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (47,6)

Dentro do grupo das “gorduras e óleos”, o azeite é mencionado por 27,1% da população em estudo como a gordura mais consumida, em concreto 2-3 vezes por dia. O consumo diário de gorduras é referido por 51,1% dos participantes no que respeita o azeite, 5,2% no que concerne o óleo, 9,1% quanto à margarina e 27,1% no que respeita a manteiga. Em oposição, 91,3% da amostra menciona consumir banha menos de uma vez por mês ou nunca (tabela 15).



Tabela 15 - Frequência de consumo de gorduras e óleos

III. Gorduras e óleos		
Alimento	Mediana de Frequência de Consumo	Moda de Frequência de Consumo (%)
Azeite	1 vez por dia	2-3 vezes por dia (27,1)
Óleos	1-3 vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (43,2)
Margarina	1-3 vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (44,5)
Manteiga	2-4 vezes por semana	<1 vez por mês ou nunca (18,8)
Natas	1-3 vezes por mês	1-3 vezes por mês (36,7)
Banha	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (91,3)

No grupo do “pão, cereais e derivados”, a população refere consumir o ‘pão integral, mistura, centeio’ 2-4 vezes por semana em detrimento do ‘pão branco, pão de forma, tostas’ e da ‘broa de milho’. Ao analisar por semana verifica-se que o consumo de “pão integral, mistura, centeio” mantém-se preferencial, na medida em que a frequência reportada de pelo menos uma vez por semana de ‘pão branco, pão forma, tostas’ é de 27,1%, enquanto a de ‘pão integral, mistura, centeio’ é de 36,7%. Quer o ‘arroz’, quer a ‘massa’ apresentam modas de consumo de 2-4 vezes por semana referidas por 48,5% e 48% dos indivíduos, respectivamente (tabela 16). O consumo de flocos de cereais apresenta um consumo máximo reportado de 2-3 vezes por dia para flocos de cereais açucarados e não açucarados.

Tabela 16 - Frequência de consumo de pão, cereais e derivados

IV. Pão, cereais e derivados		
Alimento	Mediana de Frequência de Consumo	Moda de Frequência de Consumo (%)
<b>Pão branco, pão de forma, tostas</b>	1 vez por semana	<1 vez por mês ou nunca (25,8)
<b>Pão integral, mistura, centeio</b>	2-4 vezes por semana	2-4 vezes por semana (19,2)
<b>Broa de milho</b>	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca(53,3)
<b>Flocos de cereais não açucarados</b>	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (57,2)
<b>Flocos de cereais açucarados</b>	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (70,3)
<b>Flocos de cereais com frutos secos</b>	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (74,7)
<b>Arroz</b>	2-4 vezes por semana	2-4 vezes por semana (48,5)
<b>Massas</b>	2-4 vezes por semana	2-4 vezes por semana (48)

Quanto ao grupo dos “bolos, bolachas, sobremesas e doces” o alimento a que corresponde maior frequência de consumo são os ‘croissants, bolos de pastelaria e bolos caseiros’, embora apenas menos de 1 vez por semana em 28,8% da população (tabela 17). Das frequências de consumo diárias reportadas pelos participantes no que respeita este grupo de alimentos, salienta-se que 11,4% reporta o consumo de ‘outro tipo de bolachas ou biscoitos’, 8,3% dos participantes refere o consumo diário de ‘croissant, bolos de pastelaria, bolos caseiros’, bem como de chocolate. De referir que 36,3% dos participantes reporta uma frequência de consumo de açúcar de pelo menos uma vez por dia.

Tabela 17 - Frequência de consumo de bolos, bolachas, sobremesas e doces

<b>V. Bolos, bolachas, sobremesas e doces</b>		
<b>Alimento</b>	<b>Mediana de Frequência de Consumo</b>	<b>Moda de Frequência de Consumo (%)</b>
<b>Bolachas: Maria, integral, água e sal</b>	1 vez por semana	<1 vez por mês ou nunca (25,3)
<b>Outros tipos de bolachas ou biscoitos</b>	1 vez por semana	<1 vez por mês ou nunca (29,3)
<b>Croissant, bolos pastelaria, bolos caseiros</b>	1 vez por semana	1 vez por semana (28,8)
<b>Chocolate em barra, chocolate em pó</b>	1-3vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (37,1)
<b>Marmelada, compota, geleia, mel</b>	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (50,2)
<b>Sobremesas lácteas</b>	1-3vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (43,2)
<b>Gelado</b>	1-3vezes por mês	1-3vezes por mês (32,3)
<b>Açúcar</b>	2-4 vezes por semana	<1 vez por mês ou nunca (33,2)

Dentro do grupo das “hortaliças, legumes e frutas”, o alimento que a população refere ser mais consumido é a ‘fruta fresca’, cuja moda de frequência de consumo foi de 2-3 vezes por dia em 43,7% dos inquiridos. O segundo alimento ingerido com mais frequência reportada são as ‘saladas’, com uma moda de 1 vez por dia, mas apenas em 27,1% dos inquiridos. Já as ‘sopas de legumes’ e os ‘legumes e hortaliças’ apresentam uma moda de consumo de 2-4 vezes por semana. Ao invés, a maioria dos indivíduos (70,3%) afirma consumir menos do que uma vez por mês ou nunca ‘frutos enlatados’ (tabela 18). Salienta-se que 64,5% dos participantes reporta uma frequência de consumo de sopa de legumes inferior a uma vez por dia. Verifica-se também que 54,1% dos participantes, no que respeita as saladas, 70,4% dos participantes, em relação aos ‘legumes e hortaliças’ e 25,3% dos participantes, no que concerne a ‘fruta fresca’ refere uma frequência de consumo inferior a uma vez por dia.

Tabela 18 - Frequência de consumo de hortaliças, legumes e frutas

VI. Hortaliças, legumes e frutas		
Alimento	Mediana de Frequência de Consumo	Moda de Frequência de Consumo (%)
<b>Sopas de Legumes (sem carne ou peixe)</b>	5-6 vezes por semana	2-4 vezes por semana (27,5)
<b>Saladas</b>	5-6 vezes por semana	1 vez por dia (27,1)
<b>Legumes e Hortaliças</b>	2-4 vezes por semana	2-4 vezes por semana (33,2)
<b>Leguminosas</b>	1 vez por semana	1 vez por semana (29,3)
<b>Ervilhas, favas</b>	1-3vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (32,8)
<b>Batatas Fritas</b>	1-3vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (28,4)
<b>Batatas Cozidas, assadas, estufadas</b>	1 vez por semana	2-4 vezes por semana (36,2)
<b>Fruta Fresca</b>	2-3 vezes por dia	2-3 vezes por dia (43,7)
<b>Frutos Enlatados</b>	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (70,3)
<b>Frutos Secos</b>	1-3vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (45,9)
<b>Azeitonas</b>	1-3vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (42,8)

Relativamente ao grupo das “bebidas”, o ‘café’ surge como o alimento com maior frequência de consumo, em concreto, de 2-3 vezes por dia em 41,5% da amostra, apresentando uma frequência reportada de pelo menos uma vez por dia em 65,6% dos participantes. Já quanto às restantes bebidas, observou-se que a moda de consumo era sempre inferior a uma vez por mês ou nunca. Contudo, é de salientar que a amplitude das respostas é elevada, principalmente nos ‘sumos de fruta’, ‘chás de ervas, cevadas, descafeinados’, e ‘café’ (tabela 19). De referir que 8,7% dos participantes reportava uma frequência de consumo de refrigerantes de pelo menos uma vez por dia.

Tabela 19 - Frequência de consumo de bebidas

VI. Bebidas		
Alimento	Mediana de Frequência de Consumo	Moda de Frequência de Consumo (%)
Vinho	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (55,0)
Cerveja	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (60,7)
Licores	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (79,0)
Outras bebidas alcoólicas	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (85,6)
Refrigerantes	1-3vezes por mês	<1 vez por mês ou nunca (38,0)
Sumos de Fruta	1 vez por semana	<1 vez por mês ou nunca (25,8)
Sumos Light	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (52,8)
Chás de ervas, cevadas, descafeinado	1 vez por semana	<1 vez por mês ou nunca (27,9)
Chá preto	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (68,6)
Café	Entre 1 vez por dia e 2-3 vezes por dia	2-3 vezes por dia (41,5)

Por fim, no grupo da “comida rápida e molhos”, os dois alimentos reportados com maior frequência de consumo, isto é, de 1-3 vezes por mês, foram os ‘salgados’ (38,0% da amostra) e a ‘pizza’ (42,8% da amostra). Já no que se refere à máxima frequência de consumo reportada, esta atinge as 2-3 vezes por dia para a ‘pizza’, ‘hambúrguer’, ‘maionese’ e ‘ketchup’, mas não para os salgados, cuja máxima frequência foi de 1 vez por dia (tabela 20).

Tabela 20 - Frequência de consumo de comida rápida e molhos

VIII. Comida rápida e molhos		
Alimento	Mediana de Frequência de Consumo	Moda de Frequência de Consumo (%)
Salgados	1-3vezes por mês	1-3vezes por mês (38,0)
Pizza	1-3vezes por mês	1-3vezes por mês (42,8)
Hambúrguer ( <i>fast-food</i> )	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (55,9)
Maionese	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (64,2)
Ketchup	<1 vez por mês ou nunca	<1 vez por mês ou nunca (70,3)

### 2.1 Hábitos alimentares por categoria profissional

Para representar as modas de frequência de consumo por categoria profissional, elaboram-se tabelas de dupla entrada que assinalam, simultaneamente, o alimento a que se refere, a respectiva moda de consumo e qual ou quais as categorias profissionais em que essa moda foi observada através do QFA. Deste modo, as tabelas dispõem-se por grupos de alimentos como anteriormente. As categorias profissionais encontram-se abreviadas do seguinte modo: AO – assistentes operacionais, E – enfermeiros, M – Médicos e TDT – técnicos de diagnóstico e terapêutica.

No grupo dos “produtos lácteos”, o leite meio-gordo surge como o lacticínio com maior frequência de consumo, de 2-3 vezes por dia, mas apenas pelos enfermeiros, já que as restantes categorias profissionais referem consumir leite (qualquer tipo) menos de 1 vez por mês ou nunca. Também em relação aos iogurtes observou-se que os enfermeiros são quem consome com mais frequência, embora nos ‘iogurtes naturais, magros’ a moda de consumo tenha sido inferior a 1 vez por mês ou nunca em todas as categorias profissionais. Nos queijos, verificou-se que o ‘queijo tipo flamengo, barra, fatiado’ é o que apresenta maior moda de consumo, nomeadamente de 2-4 vezes por semana em todas as categorias profissionais (tabela 21).

Tabela 21 - Moda de frequência de consumo de produtos lácteos por categoria profissional

I. Produtos lácteos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por dia	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Leite Gordo	AO; E; M; TDT								
Leite Meio-Gordo	AO; M; TDT						E		
Leite Magro	AO; E; M; TDT								
logurte Natural, magro	AO; E; M; TDT								
Outros logurtes	M			AO; TDT		E			
Queijo magro, fresco	AO; E*; M; TDT	E*							
Queijo Tipo Flamengo, barra, fatiado				AO; E; M; TDT					
Outros tipos de queijos	AO; E; M; TDT								

\* Múltiplas modas

No grupo das “carnes, peixes e ovos”, observa-se que, em geral, as carnes têm uma frequência de consumo superior aos peixes. De facto, a ‘carne porco’ e ‘carne de frango, peru’ têm modas de frequência de consumo de 2-4 vezes por semana, enquanto a mesma moda apenas se verificou para os ‘peixes magros’, mas não para os restantes peixes, tendo em conta as quatro categorias profissionais. Um aspecto importante é o dos médicos serem a única categoria profissional que consome carne de vaca com maior frequência, em concreto de 2-4 vezes por semana, enquanto as restantes

referem consumir 1 vez por semana. Outro aspecto, é que são também os médicos que referem consumir 'peixes gordos' menos de 1 vez por mês ou nunca (tabela 22).

Tabela 22 - Moda de frequência de consumo de carnes, peixes e ovos por categoria profissional

II. Carnes, peixes e ovos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Ovo		M	AO; E; TDT						
Carne de porco					AO; E; M; TDT				
Carne de frango, peru					AO; E; M; TDT				
Carne de vaca			AO; E; TDT	M					
Carne de borrego, cabrito	AO; E; M; TDT								
Fígado de vaca, porco (..)	AO; E; M; TDT								
Fiambre, presunto, paio		TDT	AO	E; M					
Mortadela, Chouriço, Alheira	AO; M; TDT	E							
Toucinho, bacon, entremeada	AO; E; M; TDT								
Peixes gordos	M; TDT*	AO; E; TDT*							
Peixes magros	AO		M	E; TDT					
Bacalhau		E	AO; M; TDT						



Peixe em conserva	M	E; TDT	AO
Lulas, Choco, Polvo	AO	E; M; TDT	
Mariscos	AO; M; TDT	E	

No que concerne às gorduras e óleos, observou-se que quer os enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica referem consumir manteiga 2-4 vezes por semana, enquanto as assistentes operacionais referem consumir este alimento menos de 1 vez por mês ou nunca (tabela 23).

Tabela 23 - Moda de frequência de consumo de gorduras e óleos por categoria profissional

III. Gorduras e óleos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Azeite				M*			AO; E; TDT; M*		
Óleos	AO; E; M; TDT								
Margarina	AO; E; M; TDT								
Manteiga	AO			E; M; TDT					
Natas	AO; M	E; TDT							
Banha	AO; E; M; TDT								

No grupo do “pão, cereais e derivados” verificou-se que todas as categorias profissionais afirmam consumir ‘pão branco, pão de forma, tostas’ menos de uma vez por mês ou nunca. O mesmo se verificou para a ‘broa de milho’, ‘flocos de cereais não açucarados’, ‘flocos de cereais açucarados’ e ‘flocos de cereais com frutos secos’. Quer o ‘arroz’ quer as ‘massas’, segundo o questionário de frequência alimentar, são consumidos 2-4 vezes por semana (tabela 24).

Tabela 24 - Moda de consumo de pão, cereais e derivados por categoria profissional

IV. Pão, cereais e derivados									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Pão branco, pão de forma, tostas	AO; E; M; TDT								
Pão integral, mistura, centeio	AO; M			E*; TDT		E*			
Broa de milho	AO; E; M; TDT								
Flocos de cereais não açucarados	AO; E; M; TDT								
Flocos de cereais açucarados	AO; E; M; TDT								
Flocos de cereais com frutos secos	AO; E; M; TDT								
Arroz				AO; E; M; TDT					
Massas				AO; E; M; TDT					

\* Múltiplas modas

Os enfermeiros são a única categoria profissional que reporta consumir 'bolachas Maria, integral, água e sal' 2-4 vezes por semana e 'açúcar' 2-3 vezes por dia, enquanto as restantes categorias referem consumir 'açúcar' menos de 1 vez por mês ou nunca. Quanto aos 'croissants, bolos de pasteleria, bolos caseiros' são os enfermeiros e os técnicos de diagnóstico e terapêutica quem afirma consumir com maior frequência, nomeadamente 1 vez por semana e, por outro lado, são os assistentes operacionais quem afirma consumir menos de 1 vez por mês ou nunca (tabela 25).

Tabela 25 - Moda de frequência de consumo de bolos, bolachas, sobremesas e doces por categoria profissional

V. Bolos, bolachas, sobremesas e doces									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Bolachas: Maria, integral, água e sal	AO; M	TDT		E					
Outros tipos de bolachas ou biscoitos	AO; E; M	TDT*	TDT*						
Croissant, bolos pasteleria, bolos caseiros	AO	M	E; TDT						
Chocolate em barra, chocolate em pó	AO; E; M; TDT								
Marmelada, compota, geleia, mel	AO; E; M; TDT								
Sobremesas lácteas	AO; E; M; TDT								
Gelado	AO; M	E; TDT							
Açúcar	AO; M; TDT						E		

No grupo dos “hortaliças, legumes e frutas” verificou-se que são os assistentes operacionais e os médicos quem afirma consumir ‘sopa de legumes’ e ‘saladas’ 1 vez por dia, ao passo que todas as categorias profissionais afirmam consumir ‘fruta fresca’ 2-3 vezes por dia. Quanto ao consumo de ‘legumes e hortaliças’, todas as categorias profissionais reportam consumir 2-4 vezes por semana (tabela 26).

Tabela 26 - Moda de frequência de consumo de hortaliças, legumes e frutas por categoria profissional

VI. Hortaliças, legumes e frutas									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Sopas de Legumes (sem carne ou peixe)				E; TDT*	TDT*	AO; M			
Saladas				TDT	E	AO; M			
Legumes e Hortaliças				AO; E; M; TDT					
Leguminosas		M	AO; E	TDT					
Ervilhas, favas	AO; E	M; TDT							
Batatas Fritas	AO; M	E; TDT							
Batatas Cozidas, assadas, estufadas				AO; E; M; TDT					
Fruta Fresca							AO; E; M; TDT		
Frutos Enlatados	AO; E; M; TDT								
Frutos Secos	AO; E; M; TDT								
Azeitonas	AO; E; M; TDT								

No grupo das “bebidas” é de salientar o consumo de ‘café’ de 2-3 vezes por dia referido por todas as categorias profissionais. Todas as outras bebidas, à excepção dos ‘sumos de fruta’ apresentam modas de frequência de consumo alimentar inferior a 1 vez por mês ou nunca, em os técnicos de diagnóstico e terapêutica referem consumir 1-3 vezes por mês e os enfermeiros 1 vez por semana (tabela 27).

Tabela 27 - Moda de frequência de consumo de bebidas por categoria profissional

VII. Bebidas									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Vinho	AO; E; M; TDT								
Cerveja	AO; E; M; TDT								
Licores	AO; E; M; TDT								
Outras bebidas alcoólicas	AO; E; M; TDT								
Refrigerantes	AO; E; M; TDT								
Sumos de Fruta	AO; M	TDT	E						
Sumos Light	AO; E; M; TDT								
Chás de ervas, cevadas, descafeinado	AO; E; M; TDT								
Chá preto	AO; E; M; TDT								

Café	AO; E; M; TDT
------	------------------

No grupo da “comida rápida e molhos”, segundo o questionário de frequência alimentar, verificou-se que os ‘salgados’ são consumidos 1-3 vezes por mês pelos enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica, e a ‘pizza’ tem um consumo igual pelos mesmos profissionais referidos e ainda pelos enfermeiros. Assim, os assistentes operacionais representam a única categoria cuja moda de consumo de “comida rápida e molhos” é sempre menos de 1 vez por mês ou nunca (tabela 28).

Tabela 28 - Moda de frequência de consumo de comida rápida e molhos por categoria profissional

VIII. Comida rápida e molhos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Salgados	AO; M*	E; TDT; M*							
Pizza	AO	E; M; TDT							
Hambúrguer ( <i>fast-food</i> )	AO; E; M; TDT								
Maionese	AO; E; M; TDT								
Ketchup	AO; E; M; TDT								

Procedeu-se ainda a uma análise percentual da moda de consumo de cada alimento para cada uma das categorias profissionais incluídas no estudo, que se encontram remetidas para os Apêndices VII e VIII.

Ao analisarmos por categoria profissional, verifica-se que, no que respeita o consumo de leite, e tal como já foi referido, o consumo de leite do tipo meio-gordo é reportado com uma frequência diária por 44,8% dos AO, 47,4% dos enfermeiros, 45,4% dos médicos e 50,9% dos TDT. De salientar ainda que 7,2% dos AO, 3,6% dos enfermeiros, 1,9% dos médicos e 3,6% dos TDT reporta um consumo diário de queijos do tipo de Niza, Évora, Serra da Estrela.

Ao analisarmos por categoria profissional verifica-se que, no que respeita ao consumo de carnes, os grupos profissionais de assistentes operacionais e enfermeiros reportam uma frequência de consumo de porco e aves superior à frequência de consumo de carne de vaca (2-4 vezes por semana vs 1 vez por semana). Quanto à categoria profissional médicos, estes reportam uma frequência de consumo de aves idêntica à frequência de consumo de carne de porco e de carne de vaca (2-4 vezes por semana). Já os TDT reportam uma frequência de consumo de carne de porco superior à frequência de consumo de aves e carne de vaca (2-4 vezes por semana vs 1 vez por semana).

Quanto ao consumo de peixes, os grupos profissionais TDT e Enfermeiros apresentam uma frequência de consumo de peixes magros superior aos restantes grupos, reportando uma frequência de consumo de 2-4 vezes por semana, por oposição à frequência de 1 vez por semana reportada pelos médicos e de menos de 1 vez por mês ou nunca para os AO. Quanto aos peixes gordos a sua frequência de consumo, em todas as categorias profissionais, é inferior à de peixes magros, sendo que o grupo profissional de médicos apresenta a menor frequência de consumo quando comparado com os restantes grupos (<1 vez por mês vs 1-3 vezes por mês). Salienta-se ainda que o grupo profissional de AO reporta a maior frequência de consumo de peixe em conserva (1 vez por semana), seguido dos enfermeiros e TDT (1-3 vezes por semana) e por último os médicos (<1 vez por mês ou nunca).

Quanto ao grupo “óleos e gorduras”, verifica-se que o azeite é utilizado diariamente como gordura preferencial em todos grupos profissionais, seguido da manteiga.

No que respeita ao grupo “pão, cereais e derivados”, verifica-se que todos os grupos profissionais reportam um maior consumo de “pão integral, pão de mistura, pão de

centeio” em detrimento de “pão branco, pão de forma, tostas”. Deste aspecto, exclui-se o grupo de AO, em que se verifica a situação inversa.

Quanto ao grupo “bolos, bolachas, sobremesas e doces” verifica-se que o consumo de bolachas ou biscoitos (de onde se exclui as bolachas tipo Maria, água e sal e integrais) é referido por 10,3% dos AO, 5,1% dos enfermeiros, 13% dos médicos e 17,9% dos TDT como sendo de pelo menos 1 vez por dia. Esta frequência de consumo é também reportada por 12,1% dos AO, 3,4% dos enfermeiros, 5,5% dos médicos e 10,7% dos TDT, no que respeita os “croissant, bolos pastelaria e bolos caseiros”. Salienta-se ainda que o consumo de “chocolate em barra e/ou pó” é referido por 3,4% dos AO, 8,8% dos enfermeiros, 10,9% dos médicos e 10,7% dos TDT, como sendo de pelo menos de 1 vez por dia.

No que respeita o grupo de “hortaliças, legumes e frutas”, verifica-se que 65,2% dos AO, 77,5% dos enfermeiros, 54,5% dos médicos e 67,3% dos TDT não reporta o consumo diário de sopa. Esta mesma situação verifica-se para as saladas (55,7% dos AO, 55,2% dos enfermeiros 45,4% dos médicos e 62,5% dos TDT), legumes e hortaliças (67,1% dos AO, 72,3% dos enfermeiros, 69% dos médicos e 75% dos TDT) e fruta fresca (30,4% dos AO, 29,3% dos enfermeiros, 27,2% dos médicos e 16,1% dos TDT).

Quanto ao grupo das bebidas, e no que concerne as bebidas alcoólicas, o vinho surge como a bebida alcoólica com maior frequência de consumo reportada atingido as 2-3 vezes por dia no caso de AO e médicos. Quanto às outras bebidas, a frequência de consumo de pelo menos 1 vez por dia é referida por 12,3% dos AO, 7,1% dos enfermeiros, 5,4% dos médicos e 10,8% no caso dos TDT no caso de refrigerantes, por 5,1% dos AO, 1,7% dos enfermeiros, 5,6% dos médicos e 1,8% dos TDT no caso dos sumos *light*. Salienta-se ainda que a frequência de consumo de pelo menos 2-3 vezes por dia de café é reportada por 50,9% dos AO, 56,9% dos enfermeiros, 41,9% dos médicos e 50% dos TDT.



## V. Discussão

### 1. Antropometria e estilos de vida em profissionais do sector da saúde

No que concerne ao IMC observado para os géneros feminino e masculino, verificou-se que, nesta amostra de profissionais do sector da saúde, são os homens quem apresenta um IMC médio que corresponde já ao excesso de peso ( $26,5 \text{ kg/m}^2$ ). Este facto é preocupante pois, de acordo com um estudo de *follow-up* realizado em médicos exclusivamente homens, parece existir uma relação (em forma de U) entre o IMC e a mortalidade geral (qualquer causa). No referido estudo, os não fumadores com  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$  tinham um risco aumentado em aproximadamente 70% de mortalidade comparado com indivíduos com IMC compreendido entre  $22,5$  e  $24,9 \text{ kg/m}^2$  (Ajani, Lotufo *et al.* 2004).

Relativamente às categorias profissionais, o IMC mais elevado observado foi nos assistentes operacionais. Ademais, foi a única categoria cuja média de IMC se estabeleceu no excesso de peso, enquanto nas restantes categorias profissionais, a média correspondeu a normoponderal. Este achado pode estar relacionado com o nível educacional, pois pressupõe-se que para se ser enfermeiro, médico ou técnico de diagnóstico e terapêutica é necessário um curso superior, enquanto para exercer funções de assistente operacional, tal não é exigido. O estudo de Baddah realizado em ambos os géneros sobre a relação entre o IMC, o nível educacional (baixo se escolaridade  $<12$  anos ou alto se escolaridade  $> 12$  anos), a razão cintura/anca, actividade física e paridade, os investigadores chegaram à conclusão que mulheres com nível de escolaridade alto tinham um IMC mais baixo do que as com baixa escolaridade. Ao invés, os homens com elevada escolaridade mostraram IMC mais alto do que os com baixa escolaridade (Maddah, Eshraghian *et al.* 2003). Ademais, sabe-se que níveis educacionais mais elevados estão associados a menor prevalência de obesidade (Abbate *et al.*, 2006). Oguz *et al* corroboram esta observação, pois também observaram uma maior frequência de obesidade entre profissionais de saúde que não os médicos e enfermeiros (Oguz, Sagun *et al.* 2008). Zafar *et al* estudaram a prevalência de obesidade em estudantes de medicina e verificaram que 20,5% e 6,2% destes tinham excesso de peso ou eram obesos, enquanto 21,3% tinham peso inferior ao adequado (magreza) (Zafar, Haque *et al.* 2007). Apesar de estes autores terem avaliado uma população de jovens paquistaneses, os valores observados na classe médica distam bastante pois 29% dos médicos tem excesso de peso e 9% são obesos.

Oguz *et al* também verificaram que 47,1% dos homens e 40,7% das mulheres afirmaram ter hábitos tabágicos activos (Oguz, Sagun *et al.* 2008). Sabendo que fumar constitui um factor de risco independente para a doença coronária, este facto torna-se ainda mais evidente quando se observa que cerca de 1 em cada 5 indivíduos refere fumar (23% da amostra). Contudo, trata-se de um valor inferior ao observado noutros estudos, embora na população turca (Kozan, Oguz *et al.* 2007; Oguz, Sagun *et al.* 2008). De facto, Kozan *et al* referem que 58,7% e 20,8% dos homens têm hábitos tabágicos. Porém, ao comparar os resultados há que ter em conta que se está a comparar uma população do Ocidente com outra do Oriente do continente europeu com todas as diferenças culturais que a distância geográfica pode acarretar.

Já no que se refere à categoria profissional de enfermagem, a avaliação antropométrica de Miller *et al* (2008) indicou que o IMC médio numa amostra de 760 participantes era de 27,2 kg/m<sup>2</sup> e que cerca de 54% tinham excesso de peso ou obesidade (Miller, Alpert *et al.* 2008). Os resultados do presente trabalho indicam um IMC nos enfermeiros mais baixo do que o obtido no estudo de Miller *et al*, pois apenas 33% tem excesso de peso ou obesidade (figura 16). Abbate *et al* encontraram prevalências de obesidade em profissionais de saúde na ordem dos 13,6% no género masculino e 13,3% no género feminino (Abbate, Giorgianni *et al.* 2006). Já o IMC apurado no US Health Professionals Follow-up Study que avaliou 51529 indivíduos foi de 25 kg/m<sup>2</sup> (Chan, Rimm *et al.* 1994).

No presente estudo não se observou existir associação entre o trabalho por turnos e o IMC distribuído por classes ( $p=0,240$ ). Contudo, Geliebter *et al* verificaram que os trabalhadores que realizavam turnos apresentam maior propensão para o aumento de peso. Os autores referem que este aspecto pode ser resultado de um aumento do aporte energético, de uma diminuição do gasto energético ou de ambos. Adicionalmente, outro aspecto que pode contribuir para o aumento de peso relaciona-se com o facto de um menor número de refeições poder resultar numa maior acumulação de energia (Geliebter, Gluck *et al.* 2000).

Ao estabelecer as correlações entre os anos ao serviço da instituição e os parâmetros antropométricos, obteve-se uma correlação positiva significativa para todos excepto para a massa gorda e massa muscular (tabela 11). Estes resultados vão de encontro aos observados por Parkes (2002), que verificou existir uma associação positiva entre a realização de turnos e o IMC, particularmente em indivíduos que estavam incluídos em regime de turnos há mais de 5 anos, quando comparados com indivíduos que nunca tinham trabalhado por turnos (Parkes 2002). Contudo, quando se ajustou a análise de

correlação para a idade entre os anos ao serviço da instituição e os parâmetros antropométricos, observou-se que esta correlação deixava de ser significativa. Este facto pode ser indicativo de que a idade constitui o factor que mais contribui para o aumento nos parâmetros antropométricos. Com efeito, em termos de idade, os indivíduos mais velhos são aqueles que, no geral, trabalham há mais anos na instituição. De facto, é sabido que ocorrem alterações na composição corporal, mesmo na ausência de alterações no peso, mas permanece incógnito o motivo pelo qual se dão essas alterações. As taxas de metabolismo em repouso e de oxidação de substratos têm sido estudadas ao longo do processo de envelhecimento. Foi proposto que reduções na taxa metabolismo em repouso e a oxidação das gorduras possam conduzir a modificações na composição corporal. Por sua vez, estas modificações levam à diminuição na taxa de metabolismo em repouso. A revisão de estudos efectuada por St-Onge e Gallagher sugere que apesar de existir uma redução na taxa de metabolismo em repouso com o envelhecimento, esta não é atribuível a alterações na composição corporal, incluindo a perda de massa isenta de gordura, enquanto esta última inclui atrofia ou diminuição na massa de órgãos com taxas metabólicas elevadas. Existe, pois, evidência (embora indirectamente) de que a taxa metabólica dos órgãos é inferior nos indivíduos mais idosos. Com o processo de envelhecimento as reduções na massa dos órgãos/ tecidos e na taxa metabólica de tecidos de órgãos específicos contribuem para a diminuição na taxa de metabolismo em repouso, que, por sua vez, promovem alterações na composição corporal, favorecendo o aumento da massa gorda e diminuindo a massa isenta de gordura (St-Onge and Gallagher 2009).

Os resultados obtidos no presente estudo são, em parte, corroborados pelos de Parkes (2002) a qual investigou a possibilidade de o padrão dos turnos (diurno vs nocturno) estar relacionado com a idade e com os anos de exposição ao trabalho por turnos, e, de este ser predictor do IMC. Os resultados de Parkes mostram que a idade, mas não a duração da exposição, prevê o IMC para os trabalhadores por turnos diurnos. Ao invés, para os trabalhadores por turnos diurnos e nocturnos, a duração da exposição surge como um predictor *major*, enquanto a idade *per se* contribuía relativamente pouco. A mesma autora, ao debruçar-se sobre os efeitos interactivos da idade, duração da exposição ao trabalho por turno e padrões de turnos, salienta que ambos os primeiros interagem significativamente com o padrão de turno para predizer o IMC. A análise separada para os grupos de turnos 'diurno' e 'diurno-nocturno' avaliou a natureza desses efeitos. Para os trabalhadores do turno 'diurno' a análise linear e curvilínea em função da idade foi altamente representativa em relação ao IMC, mas o mesmo não aconteceu com a duração da exposição (Parkes 2002). Outro estudo também encontrou uma

associação positiva entre a razão cintura/anca e o tempo (em anos) da realização de turnos, sendo esta relação estatisticamente significativa quando foram comparados indivíduos que realizavam turnos há mais de 2 anos e indivíduos que não possuíam antecedentes de realização de turnos (van Amelsvoort, Schouten *et al.* 1999).

Os resultados de Niedhammer *et al* indicaram que um aumento ponderal superior a 5 kg num período de 5 anos consecutivos em enfermeiras era mais prevalente naquelas que trabalhavam durante a noite comparativamente com as que trabalhavam durante o dia (Niedhammer, Lert *et al.* 1996). Outro estudo, também na população de enfermeiros, salientou que quando comparados com trabalhadores diurnos, aqueles que faziam turno de tarde ou noite reportavam retrospectivamente maior aumento de peso depois de terem iniciado este regime de turnos. Porém, não se observavam diferenças significativas nos pesos actuais entre os dois grupos (Geliebter, Gluck *et al.* 2000).

Um estudo realizado por Ching *et al* (1996) em vários profissionais de saúde do género masculino revelou existir associação na amostra estudada entre o nível de actividade física e o risco de sobrepeso em ambas as análises transversal e longitudinal. Essa associação manteve-se mesmo depois de ajustar as variáveis para a idade, hábitos tabágicos e tempo dispendido em visionamento de televisão (Ching, Willett *et al.* 1996). Outros investigadores avaliaram a obesidade abdominal e a presença de síndrome metabólica em profissionais de saúde turcos e os resultados indicaram que a obesidade abdominal (medida através do perímetro abdominal) estava presente na maioria dos indivíduos em todas as faixas etárias, sendo inclusivamente mais elevada abaixo dos 30 anos de idade. Ademais, os resultados mostraram que a presença de obesidade abdominal era superior no género masculino do que no feminino. Neste estudo, Oguz *et al* (2008) salientaram que, para além dos factores genéticos, acredita-se que os factores ambientais desempenham um papel crucial no aumento da frequência observada de obesidade abdominal. A análise univariada desenvolvida por estes autores mostrou existirem associações significativas entre várias variáveis entre as quais a obesidade abdominal e uma dieta dita 'regular', deslocação automóvel e factores relacionados com idade e género. Já na análise multivariada se verificou que ser do género masculino e ter idade superior a 40 anos (que não são factores relacionados com o estilo de vida) estava associado à obesidade abdominal (Oguz, Sagun *et al.* 2008).

Quanto ao risco cardiometabólico baseado no perímetro de cintura, observou-se que quer no género feminino, quer no género masculino, o risco é baixo pois a média (77,8 cm e 90,6 cm respectivamente) encontra-se abaixo do *cut-off* para risco elevado (tabela

2). A juntar-se a este facto está a média do IMC que, no caso dos homens, correspondeu ao excesso de peso. Isto pode representar um risco acrescido na população masculina, pois e de acordo com os resultados de Arsenault *et al*, o sedentarismo e a obesidade abdominal estão associados a um aumento do risco de doença cardiovascular (Arsenault, Rana *et al*. 2009). Para além disto, Siegel *et al* salientam que homens que praticam actividade física com peso adequado, excesso de peso ou obesidade têm menor risco de desenvolver diabetes do que os sedentários (Siegel, Sesso *et al*. 2009).

A crescente evidência tem demonstrado que o excesso de gordura abdominal (ou visceral) é um dos mais importantes predictores do risco cardiometabólico (Matsuzawa 2006; Janiszewski, Janssen *et al*. 2007; Brixner, Ghate *et al*. 2008) . Os limites superiores de 102 cm e 88 cm para homens e mulheres definidos para o perímetro de cintura foram inicialmente definidos pelo Adult Treatment Panel III (ATP III (2001).

Na amostra estudada, o IMC correlacionou-se positivamente com a idade, massa gorda, perímetro de cintura e peso actual, mas negativamente com a massa muscular. Outros estudos, também realizados em países desenvolvidos, encontraram correlação positiva entre o IMC e o perímetro de cintura (Armellini, Zamboni *et al*. 1994; Pouliot, Despres *et al*. 1994; Sampaio and Figueiredo 2005), sendo que nesses estudos a correlação variou entre  $r=0,76$  e  $r=0,94$ . Deste modo, pode-se afirmar que a correlação obtida ( $r=0,840$ ) é semelhante à observada por outros investigadores.

Outra investigação, cujo objectivo foi caracterizar a associação entre os parâmetros antropométricos com a massa gorda total e visceral em mulheres aparentemente saudáveis, obteve correlações positivas, sendo que a mais forte se estabeleceu entre a massa gorda total e o IMC ( $r=0,89$ ,  $p<0,001$ ). Já a correlação entre a massa gorda total e o perímetro de cintura foi de  $0,72$  ( $p<0,001$ ) (Weerarathna, Lekamwasam *et al*. 2008). A correlação encontrada no presente estudo dista consideravelmente de Weerarathna *et al*, pois entre a massa gorda e o perímetro de cintura apenas se obteve uma correlação de  $0,340$ , embora estatisticamente significativa. Tal poderá dever-se a diferentes abordagens metodológicas empregues dado que o instrumento utilizado nos profissionais do sector da saúde se baseia em impedância bioeléctrica, enquanto Weerarathna *et al* utilizaram o método DEXA (*Dual Energy Xray Absorptiometry*).

Relativamente à prática de actividade física, verificou-se que a maioria da amostra não pratica actividade física (entendida como actividade física não espontânea). Um estudo realizado em profissionais de saúde no Brasil, que teve como objectivo descrever o sedentarismo, apurou uma prevalência de sedentarismo de 27,5% em 3347 indivíduos

(Siqueira, Nahas *et al.* 2009). Ora, este número é bastante inferior à prevalência de sedentarismo observado no presente trabalho (57%). Em discordância surge o facto de em ambos os estudos se ter observado que a prática de actividade física é superior nos homens do que nas mulheres. Em concreto no presente trabalho observou-se que 43,5% dos homens e 40,7% das mulheres pratica actividade física regular. Já no estudo de Siqueira *et al.*, 68,5% dos homens e 73,6% das mulheres praticam actividade física regular, indicando que o sedentarismo é mais prevalente nos homens (Siqueira, Nahas *et al.* 2009). Outro trabalho, semelhante ao realizado no Brasil, embora mexicano, encontrou uma prevalência de sedentarismo de 43%. Todavia, este estudo foi realizado apenas em mulheres profissionais do sector da saúde (Venegas Ochoa, Llerenas Tejada *et al.* 2006). Deste modo, os resultados devem ser vistos com cautela devido às diferenças metodológicas na aplicação do estudo e que podem estar na génese das diferenças observadas, para além das diferenças culturais que são inerentes quando se compara países de diferentes zonas do globo.

No que respeita aos hábitos tabágicos, verificou-se que apenas uma pequena percentagem da amostra 23% admite fumar. Este resultado é semelhante ao observado no estudo de Chiesa *et al* também em profissionais do sector da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e pessoal administrativo), no qual 21,6% dos indivíduos afirmavam ser fumadores activos. Estes autores observaram que são os médicos a categoria profissional que menos fuma (apenas 7,7%). Ao invés, 28,9% do pessoal administrativo reportou fumar activamente (Chiesa, Knorst *et al.* 2004). Também no presente estudo se verificou que os médicos são quem menos afirma fumar, e por oposição, é nos assistentes operacionais se observou maior número de respostas afirmativas na questão dos hábitos tabágicos (figura 20).

## 2. Hábitos alimentares dos profissionais do sector da saúde

Da observação dos indivíduos como um todo, ou seja, não discriminando entre as categorias profissionais, pode-se depreender que a principal fonte de cálcio é fornecida por 'outros iogurtes' e pelo 'queijo tipo flamengo' com uma moda de 2-4 vezes por semana pois, em relação ao leite a moda de consumo é inferior a 1 vez por mês ou nunca. Salienta-se ainda que mais de metade dos participantes não ingere leite diariamente. De acordo com as recomendações da pirâmide dos alimentos mediterrânica, o consumo de produtos lácteos deve ser diário, o que não se verifica neste estudo. Também a roda dos alimentos recomenda 2-3 porções diárias, logo o consumo de produtos lácteos desta amostra é insuficiente (DGS 2005).

Mas, quando se observa a frequência de consumo de acordo com a categoria profissional (tabela 21), verifica-se que os enfermeiros são os únicos a ingerir leite meio-gordo 2 a 3 vezes por dia, aproximando-se das recomendações. A juntar-se a isto, também têm uma moda de consumo de 'outros iogurtes' de 1 vez por dia. O'Neil *et al*, demonstraram num estudo transversal realizado em 609 mulheres que o consumo de leite está associado a um menor consumo de refrigerantes o que se traduz no efeito favorável ao nível do peso e da composição corporal (O'Neil, Nicklas *et al*. 2009).

Quanto ao consumo de carnes, a pirâmide dos alimentos ilustra que o seu consumo deve ser mensal, contudo, observou-se que os indivíduos referem ingerir carne de porco, de frango ou peru e de vaca 2-4 vezes por semana. As carnes brancas (frango, peru) são ingeridas 2-4 vezes por semana, um pouco acima do consumo semanal defendido pela pirâmide. Já a roda dos alimentos preconiza 1,5 a 4,5 porções de carne, pescado e ovos diárias, mas estas porções variam entre 25g e 55g (DGS 2005). Destaca-se que no que respeita à categoria profissional médico, estes reportam uma frequência de consumo de aves idêntica à frequência de consumo de carne de porco e de carne de vaca (2-4 vezes por semana). Murtaugh *et al* num estudo populacional envolvendo 2470 indivíduos demonstrou que o consumo de carne vermelha está associado a um aumento no risco de desenvolver obesidade (Murtaugh, Herrick *et al*. 2007). Panagiotakos *et al*, num estudo transversal com uma amostra randomizada de 1514 homens e 1528 mulheres sem historial de doenças cardiovasculares demonstrou igualmente que o consumo de carne vermelha estava positivamente relacionado com o aumento de IMC.(Panagiotakos, Chrysohoou *et al*. 2006). Quatromoni *et al* num estudo longitudinal de 12 anos de duração que envolveu 737 mulheres normoponderais verificou que o consumo de uma dieta com elevado teor de carnes de vaca e porco demonstrou um maior risco de desenvolver obesidade (Quatromoni, Copenhafer *et al*. 2002).

No grupo das "gorduras e óleos" o azeite surge como a gordura de eleição, utilizado por 51,1% dos participantes, apresentando uma moda de consumo de 2-3 vezes por dia, o que está de acordo com a recomendação da pirâmide. Porém, quando se analisa o consumo por categoria profissional, sobressai que os médicos apresentam consumo de azeite bi-modal: 2-4 vezes por semana e 2-3 vezes por dia. Quanto às gorduras animais todos os grupos profissionais, à excepção dos assistentes operacionais, referem um consumo de manteiga 2-4 vezes por semana.

O pão, os cereais e derivados devem ser a base da nossa alimentação. Isto está representado quer pela pirâmide quer pela roda, contudo, parece existir uma tendência

para a subestimação de consumo neste grupo de alimentos, pois não se observou nenhuma moda que correspondesse a um consumo diário de qualquer um dos alimentos deste grupo. Os enfermeiros são os únicos que reportam um consumo de 'pão integral, mistura, centeio' de 1 vez por dia, embora seja bi-modal em conjunto com uma frequência de 2-4 vezes por semana (tabela 24). No grupo dos AO, e contrariamente às restantes categorias profissionais, verificou-se que o consumo de pão branco, pão de forma, tostas é preferido em detrimento do pão integral, pão de mistura, pão de centeio. O consumo de cereais refinados foi associado a um aumento do risco de desenvolver excesso de peso, por oposição ao consumo de cereais integrais, que demonstrou uma redução de 29% no mesmo risco num estudo realizado por Murtaugh *et al* (Murtaugh, Herrick *et al.* 2007).

No grupo dos "bolos, bolachas, sobremesas e doces" verificou-se que o alimento com maior moda de consumo foi o 'gelado' (1-3 vezes por mês). Parece igualmente existir neste grupo uma tendência para a subestimação da ingestão, pois sabe-se que na ceia fornecida pela instituição aos colaboradores contempla o pão ou as bolachas tipo Maria e, ocasionalmente, chocolate em barra. Assim sendo, a frequência do consumo de doces, dada pela moda, é inferior à permitida pela pirâmide, visto que esta contempla um consumo semanal de doces, ainda que em pequenas porções. Ao analisar por categoria profissional, verifica-se que os AO surgem como a categoria profissional que reporta um maior consumo diário de croissant, sendo referido por 12,1% dos AO, e que 10,9% dos médicos referem o consumo diário de chocolate. Murtaugh *et al*, no seu estudo sobre padrões alimentares referem que as sobremesas/doces com elevado teor de gordura e açúcar se encontravam positivamente associados a um maior risco de desenvolver obesidade, tendo a mesma conclusão sido obtida por Quatromoni *et al* (Quatromoni, Copenhafer *et al.* 2002; Murtaugh, Herrick *et al.* 2007). Neste grupo de alimentos, salienta-se que os enfermeiros são a única categoria profissional que refere ingerir açúcar 2-3 vezes por dia, afastando-se consideravelmente da moda fornecida pelas outras categorias profissionais (tabela 25). No entanto, refere-se que o consumo diário de açúcar é reportado por 36,3% dos participantes.

No grupo das "hortaliças, legumes e frutas" as saladas estão presentes 1 vez por dia na alimentação dos indivíduos estudados e a fruta 2-3 vezes por dia o que vai de encontro às recomendações da roda (3 a 5 porções/ dia) e da pirâmide (consumo diário). Apenas o consumo de leguminosas é inferior ao desejado pela roda, visto esta recomendar a inclusão de 1 a 2 porções no quotidiano.



Salienta-se que 64,5% dos participantes reporta uma frequência de consumo de sopa de legumes inferior a 1 vez por dia. Verifica-se também que 54,1% dos participantes, no que respeita as saladas, 70,4% dos participantes, em relação aos 'legumes e hortaliças' e 25,3% dos participantes, no que concerne a 'fruta fresca' refere uma frequência de consumo inferior a 1 vez por dia. Schroder e Kerstin *et al* demonstraram num trabalho realizado em 77 indivíduos obesos que o consumo de fruta e vegetais desempenha um papel importante na gestão do peso em indivíduos com obesidade, independentemente do consumo de energia e macronutrientes, na medida em que demonstraram uma associação inversa com o peso corporal (Schroder 2009). Esta conclusão foi também verificada por Murtaugh *et al*, Panagiotakos *et al* (Murtaugh, Herrick *et al*. 2007). No entanto Bes-Rastrollo *et al*, com a mesma problemática num estudo transversal que estudou os comportamentos alimentares de 5094 homens e 6613 mulheres, demonstraram que apesar desta associação se verificar perdia significância ao ser ajustada para o teor de fibra da dieta, sugerindo que não é possível determinar com exactidão se as alterações no peso se devem ao teor de fibra ou à frequência de consumo de frutas e vegetais (Bes-Rastrollo, Martinez-Gonzalez *et al*. 2006).

No grupo das bebidas, aquela cuja frequência de consumo se destacou foi o café por se verificar que 65,6% dos participantes a ingere diariamente. É de referir que a categoria profissional de enfermeiros reporta um maior consumo de café diariamente. Neste grupo, do QFA destaca-se que os refrigerantes são consumidos de forma diária por 8,7% dos participantes. Malik *et al*, num estudo de revisão sobre a relação entre o ganho ponderal e o consumo de bebidas açucaradas verificaram que estas podem ser um factor chave na explicação da epidemia da obesidade, em virtude de apresentarem um elevado teor de açúcar e de promoverem uma baixa saciedade (Malik, Schulze *et al*. 2006). Adicionalmente Schulze *et al*, num estudo prospectivo que envolveu 91249 indivíduos sem diabetes ou outras doenças crónicas, referem que além de seu potencial papel no ganho de peso, a ingestão de refrigerantes açucarados pode aumentar o risco de diabetes tipo 2, na medida em que estas bebidas substituem a ingestão de sumos de frutas (Schulze, Manson *et al*. 2004).

O vinho surge como a bebida alcoólica com maior frequência de consumo reportada atingido as 2-3 vezes por dia no caso de AO e médicos. Karlsen *et al*, referem que estudos epidemiológicos demonstram que a ingestão moderada de vinho tinto está associada a uma redução da incidência de doenças cardiovasculares, possivelmente devido ao papel que os antioxidantes desempenham (Karlsen, Retterstøl *et al*. 2007).

A bebida cuja frequência de consumo se destacou foi o café, em concreto de 2-3 vezes por dia. Ao cruzar a frequência de consumo desta bebida com o do açúcar (<1 vez por mês ou nunca) podemos inferir duas situações possíveis: os indivíduos consomem preferencialmente café sem açúcar ou com edulcorantes artificiais, ou esqueceram-se de considerar o açúcar de adição. No entanto, tal já não parece acontecer com os enfermeiros pois reportam uma moda de consumo de 2-3 vezes por dia para ambos (café e açúcar).

Actualmente, nos países desenvolvidos, verifica-se uma tendência para o aumento do número de horas de trabalho (Persson and Martensson 2006; Winston, Johnson *et al.* 2008). Contudo, esta tendência associa-se a um aumento do volume de trabalho e *stress*, (Winston, Johnson *et al.* 2008) o que tem levado ao aumento da preocupação quanto aos efeitos de saúde associados, uma vez que se demonstrou que os trabalhadores que realizam turnos têm uma maior risco e incidência de doenças cardiovasculares (van Amelsvoort, Schouten *et al.* 1999; Geliebter, Gluck *et al.* 2000), bem como de diabetes e neoplasias (Persson and Martensson 2006). Uma vez que um bom desempenho profissional exige um adequado aporte nutricional (Winston, Johnson *et al.* 2008), na génese destas patologias podem estar hábitos alimentares desadequados, associados aos trabalhadores por turnos, e a não existência de uma actividade física regular (Persson and Martensson 2006).

Um estudo numa amostra de população belga chegou à conclusão que a distribuição da gordura corporal estava associada a uma maior incidência de 'baixas' por doença e a maior duração do absentismo (Moreau, Valente *et al.* 2004). Outro estudo, realizado numa entidade bancária, salientou que os trabalhadores com um IMC mais elevado tinham mais: riscos adicionais de saúde, ausências de curto prazo por incapacidade e doença e, no geral, maiores custos relacionados com a saúde do que aqueles que não tinham excesso de peso (Burton, Chen *et al.* 1998). Com efeito, Tucker *et al.* estimam que os trabalhadores obesos têm 1,7 vezes mais probabilidade de ter um absentismo elevado (definido como 7 ou mais ausências devido a doença num período de 6 meses), e que têm 1,6 vezes mais probabilidade de incorrer no absentismo moderado (3 a 6 ausências por doença devido a doença num período de 6 meses) (Tucker and Friedman 1998). Não somente, Burton e Conti apuraram que os trabalhadores obesos também tendiam a ter maiores quebras na produtividade do que os não obesos (Burton and Conti 1999).

Posto isto, e embora não tenha constituído um objectivo deste trabalho, a caracterização do impacto económico do excesso de peso e obesidade no local de trabalho é, no entender da autora, uma mais-valia no que respeita ao desenvolvimento de estratégias para combater este problema de saúde, na medida em que pode funcionar como um indicador de efectividade das mesmas.



## VII. Conclusões e considerações finais

Na sociedade actual, o local de trabalho é cada vez mais obesogénico devido quer à mudança na natureza do trabalho (tendencialmente mais sedentário), quer às condições em que este decorre (aumento do número de horas de trabalho e irregularidade de horários). A nutrição deve ser um factor de saúde a considerar no local de trabalho, pois um bom desempenho profissional exige um aporte nutricional adequado. Garantir uma alimentação equilibrada no local onde inevitavelmente os indivíduos passam a terça ou quarta parte do seu dia parece óbvio, induzindo seguramente melhoria na prestação dos serviços e na qualidade de vida.

Um Hospital, enquanto organização, representa um local onde seja possível protagonizar a acção para a mudança face a um quadro desfavorável. Ainda que seja um espaço considerado privilegiado, pólo de conhecimento, torna-se necessário articular e promover a integração das acções, nos diferentes actores sociais, para atingir progressos efectivos com evidência clara na melhoria da qualidade de vida.

- Relativamente aos parâmetros antropométricos e caracterização da amostra conclui-se:
  - Na amostra, 27% e 13% dos indivíduos apresentam excesso de peso ou obesidade respectivamente;
  - O IMC é superior nos homens ( $26,5 \text{ kg/m}^2$ ) do que nas mulheres ( $24,6 \text{ kg/m}^2$ );
  - A hipertensão arterial foi o antecedente familiar mais reportado em que 64,5% dos indivíduos afirma estar presente em pelo menos um dos familiares directos;
  - Verificou-se existir associação entre o IMC do indivíduo e os antecedentes familiares de obesidade e de hipertensão, mas não de diabetes tipo 2 e de dislipidémia;
  - A prevalência reportada pelos indivíduos de diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia foi, respectivamente de 0,9%, 11,5% e 19,0%;
  - Analisando a amostra como um todo, não se observou associação entre o IMC e o trabalho por turnos;
  - Igualmente, no caso dos médicos também não se observou associação entre o IMC dividido por classes e a realização de urgências (de 12h, 24h ou ambas), bem como nos restantes parâmetros antropométricos (peso actual, perímetro de cintura, massa gorda e massa muscular);

- Os assistentes operacionais são a única categoria profissional que apresenta excesso de peso e excesso de massa gorda, pois a média de IMC e massa gorda foi de 27,6 kg/m<sup>2</sup> e 39,7%, respectivamente;
  - O IMC e a massa gorda diferem significativamente entre os assistentes operacionais e os enfermeiros, médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica;
  - A correlação entre a carga horária semanal e a classificação do perímetro de cintura revelou-se negativa para o género feminino ( $r=-0,195$ ), e próxima de zero no género masculino ( $r=0,006$ ).
- Relativamente aos estilos de vida, conclui-se:
- Da amostra, 43% afirma praticar actividade física regular e 77% diz não possuir hábitos tabágicos;
  - Verificou-se existirem mais fumadores entre os assistentes operacionais, seguidos dos enfermeiros, dos técnicos de diagnóstico e terapêutica e, por fim, dos médicos. O inverso aplica-se à prática de actividade física regular;
- Relativamente aos hábitos alimentares, conclui-se:
- Os iogurtes e o queijo tipo flamengo foram apontados como os produtos lácteos mais consumidos, contudo o consumo deste grupo de alimentos revelou-se insuficiente face às recomendações da roda e da pirâmide dos alimentos mediterrânica. Apenas 47,1% dos inquiridos refere ingerir leite meio-gordo 1 vez por dia e mais de metade não reporta o consumo de qualquer tipo de leite (magro, meio-gordo ou magro);
  - Segundo o QFA, as carnes de frango/peru, a carne da vaca, porco e os peixes magros são as mais consumidas e têm um consumo semelhante e igual a 2-4 vezes por semana;
  - O azeite surge como a gordura mais consumida, com uma moda de 2-3 vezes por dia em 27,1% dos participantes, sendo utilizada diariamente por 51,1% dos inquiridos. Quanto às gorduras animais, a manteiga surge como a mais consumida diariamente, sendo reportada por 27,1% dos inquiridos. Ao azeite surge como a gordura mais consumida, em concreto de 2-3 vezes por dia por 27,1% dos participantes. Ao invés, a banha é manifestamente a gordura menos consumida (menos de 1 vez por mês ou nunca por 91,3% dos indivíduos);
  - Nenhum dos alimentos pertencentes ao grupo dos “bolos, bolachas, sobremesas e doces” revelou ter uma moda de consumo superior a 1-3 vezes por mês, o que está de acordo com a pirâmide dos alimentos mediterrânica;

- Em todas as categorias profissionais, exceptuando os AO em que se aferiu o inverso, verifica-se que 'pão integral, pão de mistura, pão de centeio' é consumido preferencialmente em detrimento de 'pão branco, pão de forma, tostas';
- Destaca-se no grupo 'bolos, bolachas, sobremesas e doces', o consumo de *croissant* e chocolate é referido como sendo de diário por 8,3% dos inquiridos;
- O consumo diário de açúcar é reportado por 36,3% dos participantes;
- Salienta-se que 64,5% dos participantes reporta uma frequência de consumo de sopa de legumes inferior a 1 vez por dia. Esta situação é verificada também em 54,1% dos participantes, no que respeita as saladas, em 70,4% dos participantes, em relação aos 'legumes e hortaliças' e em 25,3% dos participantes, no que concerne a 'fruta fresca';
- Segundo o QFA, a bebida alcoólica com maior frequência reportada é o vinho, atingindo as 2-3 vezes por dia. Neste grupo do QFA, destaca-se o consumo de refrigerantes diariamente por parte de 8,7% dos inquiridos, bem como o consumo de café diariamente em 65,6% dos participantes.

### **Sugestão de estudos futuros**

Embora a temática do excesso de peso e obesidade esteja amplamente debatida, algumas áreas específicas ainda carecem de um conhecimento aprofundado. Posto isto, e com base na pesquisa bibliográfica efectuada, o excesso de peso e obesidade e os hábitos alimentares entre os profissionais que operam no sector da saúde é precisamente um desses exemplos.

O conhecimento dos hábitos alimentares é importante na medida em que permite orientar e otimizar a intervenção ao nível da implementação de estratégias de promoção de saúde no local de trabalho. Contudo, seria uma mais-valia acrescentar aos hábitos alimentares (que apenas nos indicaram neste estudo a frequência de consumo dos alimentos), o conhecimento dos hábitos nutricionais (i.e. quantitativamente, para além de qualitativamente) dos profissionais que trabalham no sector da saúde, bem como identificar barreiras à prática de uma alimentação saudável. No entender da autora, a identificação destas barreiras, potenciaria a criação de estratégias mais eficientes e eficazes, pois tornar-se-ia possível elaborar estratégias que fossem de encontro às necessidades sentidas pelos colaboradores da instituição.





## **VIII. Recomendações e plano de intervenção sócio-organizacional**

### **Plano de intervenção sócio-organizacional**

A importância da integração entre saúde e a educação para a melhoria da qualidade de vida é enfatizado em diversos documentos, cartas e declarações. A educação constitui um processo de transformação das relações entre saberes, metodologias, práticas e o próprio indivíduo.

A necessidade premente de estabelecer medidas que visem travar e/ou reduzir a disseminação da obesidade nas várias classes sociais e etárias, tem levado os investigadores a procurarem novos *targets* de intervenção. À semelhança do que já se tem feito nas escolas para combater a obesidade infantil, é necessário redefinir e reorientar estratégias que se coadunem com o padrão laboral do adulto e que representem uma mais-valia para a entidade empregadora.

O dietista desempenha um papel importante na capacitação de indivíduos para a mudança. De acordo com a associação dos dietistas do Canadá (2009), o profissional da dietética reúne as competências para promover comportamentos saudáveis tendo como pano de fundo, o local de trabalho. Na gestão do excesso de peso e obesidade, foram encontradas evidências para recomendar uma intervenção direccionada ao estilo de vida, que combine aconselhamento nutricional com aumento da actividade física. Para as doenças comportamentais, existe evidência para se recomendar o aconselhamento nutricional por dietistas, na medida em que aumenta os benefícios associados à saúde.

Considera-se como população alvo a constituída por todos os profissionais do sector da saúde a exercer funções na instituição. Para a promoção do plano de intervenção sócio-organizacional preconizado, torna-se fundamental que, seja aceite pela entidade máxima da instituição, constituindo assim um compromisso mútuo de actuação. Em caso de autorização superior, utilizar-se-á a Intranet como o primeiro meio de divulgação do plano de intervenção sócio-organizacional, será ainda privilegiada a informação personalizada, com o envio de uma mensagem telefónica (SMS), como forma de convite à adesão as várias estratégias previstas, apelando assim, à adesão de cada profissional ao plano de intervenção.

Embora não mesuráveis, a implementação de um plano na área da promoção da saúde no local de trabalho irá seguramente ter efectividade nos seguintes pressupostos:

- Redução dos custos com saúde dos trabalhadores;

- Redução no absentismo;
- Aumento da produtividade;
- Melhor imagem do local de trabalho;
- Satisfação dos trabalhadores.

Pretende-se assim, que a organização em estudo e face aos resultados analisados assuma compromissos na área da promoção de saúde e responsabilidade social. Fazem parte desta organização, um grupo de profissionais de dietética que, desde finais de 2007, tem tido uma participação activa na promoção de bons hábitos alimentares.

No entanto, estas actividades direccionadas para a promoção de saúde, não estão integradas num plano estratégico que vise intervir directamente no binómio saúde e local de trabalho.

Face aos resultados encontrados considera-se que existem nesta instituição algumas áreas que beneficiam de uma intervenção organizacional. São apresentadas várias estratégias, a aplicar a curto/médio prazo segmentadas por áreas de intervenção, que tendem a promover a aquisição de conhecimentos, a estimular o *empowerment* e a incrementar a prática de actividade física. É importante que as estratégias preventivas sejam direccionadas a todos os colaboradores e não apenas aos considerados de risco.

### 1. Estratégias ao nível dos espaços destinados às refeições dos colaboradores

O hospital tem uma oferta bastante ampla de espaços e máquinas de venda de refeições. Contudo, de uma forma global a oferta disponível aos colaboradores dista das recomendações nutricionalmente adequadas. Nas máquinas de venda a oferta contempla apenas alimentos calóricos, ricos em gordura e com baixo teor em fibras. As estratégias apresentadas têm por objectivo garantir a qualidade da oferta de modo a promover boas escolhas alimentares.

Estratégia	Actividades a desenvolver
A. Divulgar informação nutricional	1) Elaborar folhetos, bases de tabuleiros, <i>outdoors</i> , com ênfase no valor nutricional dos alimentos (sopas e pratos) bem como valor nutricional de géneros alimentares isolados, com indicação do valor energético, teor lipídico e teor glicídico por dose/porção individual. Este material seria colocado em todos os espaços de refeição, bem como nas salas de convívio dos diversos serviços de apoio clínico e acção médica.

<p><b>B.</b> Optimizar a oferta disponível nos espaços de refeição</p>	<p><b>No refeitório</b></p> <p>1) Promover a opção de grelhados no momento;</p> <p><b>Nos espaços de refeição</b></p> <p>1) Reformular os menus de consumo rápido já existentes, de forma a torná-los nutricionalmente equilibradas;</p> <p>2) Aplicar o selo “ Saudável” a alguns alimentos como fruta, sandes, sumos, iogurtes, leites, entre outros;</p> <p>4) Desenvolver uma parceria com as empresas concessionárias de espaços de refeições (excluindo-se deste ponto o refeitório), de forma a negociar preços de venda acessíveis de alimentos considerados nutricionalmente adequados;</p> <p>5) Negociar a oferta alimentar nas máquinas de venda, incluindo fruta fresca, sumos de fruta 100%, leite, iogurtes e sumos com baixo teor de açúcar e sandes de pão tradicional ou de mistura.</p>
<p><b>C.</b> Aumentar Consumo de Fruta</p>	<p>1) Criar <i>ticket</i> de refeição a utilizar pelos colaboradores para ter acesso à ceia, em que a fruta seja um dos alimentos incluídos;</p> <p>2) Diversificar a oferta de fruta existente</p> <p>3) Instituir a distribuição gratuita de fruta ao meio da manhã.</p>
<p><b>D.</b> Aumentar Consumo de Hortícolas</p>	<p>1) Implementar o <i>buffet</i> de legumes quentes, de modo a diversificar a oferta;</p> <p>2) Remodelar o <i>buffet</i> de saladas, com divulgação de informação sobre a forma como estas devem ser parte integrante da alimentação diária, fornecendo dicas para manter o seu consumo saudável.</p>
<p><b>E.</b> Optimizar espaços de refeição destinados aos colaboradores</p>	<p>1) Criar espaços de refeição para os colaboradores, que permitam a estes trazerem as suas próprias refeições;</p> <p>2) Divulgar as novas instalações do refeitório aos colaboradores;</p> <p>3) Atribuir equipamentos (frigoríficos, microondas) aos espaços de refeição que permita o armazenamento e a regeneração das refeições dos colaboradores.</p>
<p><b>F.</b> Incluir os colaboradores nas mudanças</p>	<p>1) Criar um espaço nos diversos espaços de refeição para sugestões/reclamações;</p> <p>2) Aplicar inquéritos de satisfação aos colaboradores para medir e gerir as dificuldades/necessidades.</p>

**Medidas de avaliação:** realizar pelo menos 50% das actividades previstas em cada estratégia no prazo estipulado.

**Resultados:** Espera-se que a implementação destas estratégias promova um aumento do conhecimento dos colaboradores, que permitirá, conseqüentemente, a adopção de hábitos alimentares saudáveis.

## 2. Estratégias ao nível do Centro de Formação

A formação tem sido uma área de grande dinâmica na instituição, com abordagens específicas no controlo e segurança alimentar, bem como na área da nutrição e dietética aplicada ao tratamento de determinadas patologias. Estas formações têm visado sobretudo a aquisição de conhecimento, de forma a permitir a melhoria nos cuidados prestados pelos colaboradores.

O Serviço de Dietética e Nutrição (SDN) tem realizado palestras e acções educativas, contudo dirigidas quer a profissionais, quer a utentes e seus familiares, demonstrando os profissionais uma adesão notoriamente crescente, o que sugere o seu interesse nas temáticas abordadas relacionadas com a promoção de estilos de vida saudável.

Deste modo torna-se fundamental, elaborar um plano de cooperação entre o SDN e o Centro de Formação, para que sejam elaboradas formações, que compreendam acções de natureza informativa, pedagógica e formativa dirigidas aos profissionais de saúde, centradas na promoção e educação para a saúde, visando assim uma maior habilitação e capacitação para a gestão da sua saúde.

Estratégia	Actividades a desenvolver
<p><b>G. Divulgar informação nutricional</b></p>	<p>1) Dinamizar a página da instituição na Internet, com a inclusão de ferramentas para cálculo do IMC e do risco nutricional, bem como informação nutricional sobre escolhas alimentares saudáveis;</p> <p>2) Realizar palestras direccionadas a todos os colaboradores com temáticas na área da alimentação, como por exemplo: rotulagem e escolhas alimentares;</p> <p>3) Realizar sessões de grupo com temáticas específicas, direccionadas a grupos de 20 colaboradores (Apêndice VI).</p>

**Medidas de avaliação:** Anualmente devem ser realizadas pelo menos 2 palestras.

**Resultados:** Espera-se que a implementação destas estratégias promova um aumento do conhecimento dos colaboradores, que permitirá, conseqüentemente, a adopção de hábitos alimentares saudáveis.

### 3. Actividade Física

A instituição dispõe de espaços exteriores amplos, contudo não existem estruturados circuitos que permitam a pratica de actividade física. Embora exista uma parceria com um ginásio próximo, que oferece descontos aos colaboradores da Instituição, esta está pouco divulgada.

Estratégia	Actividades a desenvolver
<p><b>H. Aumentar prática de actividade física</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Divulgar os benefícios da actividade física aliado à adopção de hábitos alimentares saudáveis;</li> <li>2) Elaborar posters, folhetos com estratégias para aumentar a actividade física espontânea (por ex. Fomentar o uso de escadas em vez de elevadores);</li> <li>3) Distribuir podómetros pelos colaboradores da Instituição;</li> <li>4) Criação de circuitos internos circundantes ao hospital de 10, 15 e 20 minutos;</li> <li>5) Criar um estacionamento de bicicletas dentro das instalações;</li> <li>6) Divulgar as parcerias existentes entre a Instituição e um ginásio;</li> <li>7) Criar um ginásio no perímetro da instituição destinado à prática de actividade física antes ou após o horário de trabalho.</li> </ol>

**Medidas de avaliação:** realizar pelo menos 50% das actividades previstas no prazo estipulado.

**Resultados:** Espera-se que a implementação destas estratégias promova a prática da actividade física junto dos colaboradores, com melhoria dos parâmetros antropométricos e conseqüente redução do risco nutricional.

### 4. Parceria entre o Serviço de Dietética e Nutrição e o Serviço de Saúde Ocupacional

O serviço de saúde ocupacional (SSO), conta com a presença semanal de um dietista a realizar consulta de dietética e nutrição. Esta parceria engloba apenas os profissionais da instituição que, sendo acompanhados no Serviço de Saúde Ocupacional, são referenciados para a consulta de Dietética e Nutrição na presença de excesso de peso. Pretende-se que esta consulta seja alargada a todos os profissionais da Instituição. Desta forma e com base na parceria existente torna-se fundamental a sua dinamização,

através da definição e implementação de estratégias que visem não só a detecção precoce de profissionais em risco, mas também na área da promoção da saúde.

Estratégia	Actividades a desenvolver
<p><b>I. Promover rastreios nutricionais</b></p>	<p>1) Criar uma equipa de dietistas que assuma a coordenação de todas as acções realizadas pelo Serviço de Dietética e Nutrição, no âmbito da promoção da saúde no local de trabalho;</p> <p>2) Instituir a “Semana do Colaborador”, em que o Serviço de Dietética e Nutrição realiza rastreios aos colaboradores da Instituição, medindo o peso, a altura, o Índice de Massa Corporal, o colesterol e a glicemia.</p>
<p><b>J. Dinamizar a consulta de Dietética e Nutrição no Serviço de Saúde Ocupacional</b></p>	<p>1) Elaborar um protocolo, em parceria com o SSO, que seja parte integrante da avaliação inicial aos novos colaboradores e que permita a referenciação à consulta de Dietética e Nutrição para um acompanhamento regular, nos casos em que se enquadre nos critérios definidos;</p> <p>2) Instituir a referenciação de colaboradores à Consulta de Dietética e Nutrição no SSO pelos dietistas que prestam apoio aos diversos serviços de internamento e/ou Hospital de Dia, de modo a permitir a centralização dos cuidados nutricionais;</p> <p>3) Instituir a medição dos parâmetros antropométricos aos colaboradores aquando da realização da consulta de monitorização anual no Serviço de Saúde Ocupacional. Os trabalhadores que se incluíssem nos critérios seriam também encaminhados para a consulta;</p> <p>4) Elaborar folhetos e posters, de modo a divulgar junto dos serviços de acção médica e de apoio clínico, a existência da Consulta de Dietética e Nutrição no SSO;</p> <p>5) Realizar reuniões/ consultas de grupo com temáticas específicas direccionadas a grupos de 20 colaboradores com as mesmas necessidades/ características.</p>

**Medidas de avaliação:** realizar pelo menos bianualmente a “Semana do Colaborador”; aumentar o número de funcionários com acompanhamento nutricional relativo ao ano transacto em 15%;

**Resultados:** Espera-se que o desenvolvimento deste protocolo permita que todos os colaboradores que iniciem funções na instituição sejam encaminhados para a consulta de dietética e nutrição, nos casos em que se considere necessário. Adicionalmente a implementação deste protocolo permitirá detectar casos de excesso de peso ou

obesidade, ou outros que necessitem de acompanhamento nutricional, podendo estes ser direccionados para a consulta de dietética e nutrição.

### **Recursos para o Plano Sócio-Organizacional**

Humanos: é necessária a criação de grupos de trabalho para desenvolvimento das actividades.

Logísticos: gabinete de consulta, balança que permita a realização de bioimpedância, estadiómetro, fita métrica não extensível, equipamento informático e material para divulgação informação nutricional.

Financeiros: a definir.

Tendo em consideração as principais conclusões da análise efectuada e o plano de estratégias exposto, apresenta-se a previsão de cronológica de implementação.

Tabela 29 - Cronograma do plano de intervenção socio-organizacional

Ano 2010					
Área de Intervenção	Tarefa	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Apresentação do projecto					
Espaços destinados às refeições dos colaboradores	A1				
	B1				
	B2				
	B3				
	B4				
	C1				
	C2				
	C3				
	D1				
	D2				
	E1				
	E2				
	E3				
	F1				
	F2				
Estratégias ao nível do Centro de Formação	G1				
	G2				
	G3				
Actividade Física	H1				
	H2				
	H3				
	H4				
	H5				
	H6				
	H7				
Parceria entre o Serviço de Dietética e Nutrição e o Serviço de Saúde Ocupacional	I1				
	I2				
	J1				
	J2				
	J3				
	J4				



Desta forma, a proposta de intervenção apresentada, está direccionada para a mudança de comportamentos, atitudes e praticas organizacionais, certas de que com o envolvimento dos profissionais, e por considerar ser prioritário intervir junto de possíveis causas que determinam a sequênciã de resultados obtidos, podem obter-se mudanças que permitam intervir no aumento da obesidade e incrementar a pratica de bons hábitos alimentares.



## IX. Referências bibliográficas

- (1997). "Implementation of the WHO Global Strategy for Occupational Health for All. Plan of action: covering the specific period 1996-2001. Part I." Int J Occup Med Environ Health 10(2): 113-39.
- (2001). "Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III)." JAMA 285(19): 2486-97.
- Abbate, C., C. Giorgianni, *et al.* (2006). "Evaluation of obesity in healthcare workers." Med Lav 97(1): 13-9.
- Abramson, C. I., E. Aldana, *et al.* (2006). "Fifth instar experience reduces aversiveness of the plant extract ruda (*Ruta Graveolens*) in the adult triatomine *Rhodnius prolixus* Stal 1859." J Vector Ecol 31(1): 196-7.
- Abreu, E., I. Viana, *et al.* (2001) "Alimentação mundial - Uma reflexão sobre a história, saúde e sociedade. ." 10.
- Aittasalo, M. (2008). "Physical activity counselling in primary health care." Scand J Med Sci Sports 18(3): 261-2.
- Aittasalo, M. and S. Miilunpalo (2006). "Offering physical activity counselling in occupational health care -- does it reach the target group?" Occup Med (Lond) 56(1): 55-8.
- Ajani, U. A., P. A. Lotufo, *et al.* (2004). "Body mass index and mortality among US male physicians." Ann Epidemiol 14(10): 731-9.
- Aldana, S., M. Barlow, *et al.* (2006). "A worksite diabetes prevention program: two-year impact on employee health." AAOHN J 54(9): 389-95.
- AlimentaçãoSaudávelHoje. (2008). "Dieta mediterrânea para uma alimentação saudável." Retrieved 20 de Setembro de 2009, from <http://www.alimentacaosaudavel.org/Artigo-dieta-mediterranica.html>.
- Almeida, J. F. and J. M. Pinto (1995). A investigação nas ciências sociais. Lisboa, Editorial Presença.
- Almeida, M. V. and C. Afonso (1997). Princípios Básicos de Alimentação e Nutrição, Universidade Aberta
- AMA (2002). Nutrição - Escolha de alimentos para se manter saudável. Lisboa, Editora Replicação, Lda.
- Andersen, R. E., A. E. Bauman, *et al.* (2008). "Prompting health professionals to be activity role models--motivating stair use at the 2001 ACSM scientific meeting." J Phys Act Health 5(4): 607-18.
- Anderson, J. V., R. D. Palombo, *et al.* (1998). "Position of the American Dietetic Association: the role of nutrition in health promotion and disease prevention programs." J Am Diet Assoc 98(2): 205-8.

- Anderson, L. M., T. A. Quinn, *et al.* (2009). "The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review." Am J Prev Med 37(4): 340-57.
- Armellini, F., M. Zamboni, *et al.* (1994). "Measured and predicted total and visceral adipose tissue in women. Correlations with metabolic parameters." Int J Obes Relat Metab Disord 18(9): 641-7.
- Arneson, H. and K. Ekberg (2005). "Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden." Health Promot Int 20(4): 351-9.
- Arsenault, B. J., J. S. Rana, *et al.* (2009). "Physical inactivity, abdominal obesity and risk of coronary heart disease in apparently healthy men and women." Int J Obes (Lond).
- Bandura, A. (2004). "Health promotion by social cognitive means." Health Educ Behav 31(2): 143-64.
- Behn, A. and E. Ur (2006). "The obesity epidemic and its cardiovascular consequences." Curr Opin Cardiol 21(4): 353-60.
- Bell, J. (1997). Como realizar um projecto de investigação. Lisboa, Gradica.
- Beresford, S. A., B. Thompson, *et al.* (2001). "Seattle 5 a Day worksite program to increase fruit and vegetable consumption." Prev Med 32(3): 230-8.
- Bes-Rastrollo, M., M. A. Martinez-Gonzalez, *et al.* (2006). "Association of fiber intake and fruit/vegetable consumption with weight gain in a Mediterranean population." Nutrition 22(5): 504-11.
- Bingham, S., M. Nelson, *et al.* (1988). Methods for data collection at an individual level. Manual on Methodology for Food Consumption Studies, Oxford University Press: 53-100.
- Boudon, R. (1995). Tratado de Sociologia. Porto, Edições ASA Literatura.
- Brauer, P., T. Schneider, *et al.* (2006). "Promoting healthy lifestyles in Ontario Family Health Networks." Can J Diet Pract Res Suppl: S39-46.
- Brixner, D., S. R. Ghate, *et al.* (2008). "Association between cardiometabolic risk factors and body mass index based on diagnosis and treatment codes in an electronic medical record database." J Manag Care Pharm 14(8): 756-67.
- Brug, J., I. Steenhuis, *et al.* (1999). "Computer-tailored nutrition education: differences between two interventions." Health Educ Res 14(2): 249-56.
- Bungum, T., M. Satterwhite, *et al.* (2003). "The relationship of body mass index, medical costs, and job absenteeism." Am J Health Behav 27(4): 456-62.
- Burton, W. N., C. Y. Chen, *et al.* (1998). "The economic costs associated with body mass index in a workplace." J Occup Environ Med 40(9): 786-92.
- Burton, W. N. and D. J. Conti (1999). "The real measure of productivity." Bus Health 17(11): 34-6.
- Campbell, M. K., I. Tessaro, *et al.* (2002). "Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers: health works for women." Prev Med 34(3): 313-23.

- Carmo, H. and M. Ferreira (1998). Metodologia da investigação - guia para a auto-aprendizagem. Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Carmo I, S. O., Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L *et al.* (2006). "Prevalence of obesity in Portugal." Obesity Reviews 7: 233-237.
- Carvalho A and C. G (2006) "Educação para a saúde."
- Chan, J. M., E. B. Rimm, *et al.* (1994). "Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men." Diabetes Care 17(9): 961-9.
- Chapman, L. S. (2005). "Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update." Am J Health Promot 19(6): 1-11.
- Chiesa, D., M. Knorst, *et al.* (2004). "Smoking prevalence among health professionals." Chest 126(4): 867s.
- Chikotas, N. E., C. Parks, *et al.* (2007). "Occupational safety and health objectives of Healthy People 2010: a systematic approach for occupational health nurses--part I." AAOHN J 55(2): 65-72; quiz 73-4.
- Ching, P. L., W. C. Willett, *et al.* (1996). "Activity level and risk of overweight in male health professionals." Am J Public Health 86(1): 25-30.
- Colditz, G. A. (1992). "Economic costs of obesity." Am J Clin Nutr 55(2 Suppl): 503S-507S.
- Cota, D., V. Vicennati, *et al.* (2001). "Relationship between socio-economic and cultural status, psychological factors and body fat distribution in middle-aged women living in Northern Italy." Eat Weight Disord 6(4): 205-13.
- Cruz, D. (2003). "A Qualidade e os Cuidados em Saúde." Sinais Vitais 49(56 ): 55-58.
- Curry, K., Jaffe, A (1998). Nutrition Counseling & Communication Skills, Saunders.
- da Silva Mde, L., J. R. Martins, *et al.* (2008). "Nutritional recommendation alone does not change the obesity profile of health professionals." Nutr Hosp 23(5): 429-32.
- DC (2009). A Systematic Review of the Effectiveness of Nutrition Counselling Interventions by Dietitians in Outpatient and in Workplace Settings. . D. o. C. C. D. Network, Dietitians of Canada.
- DGS. (2005). "Nova Roda dos Alimentos." Retrieved 20 de Novembro, 2009, from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/alimentacao/DGS+ANA.htm>.
- DGS. (2005). "A nova roda dos alimentos - Um guia para a escolha alimentar diária!" Retrieved 10 de Outubro, 2009, from [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt).
- DGS. (2005). Plano Nacional de Combate à Obesidade. Plano Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.
- Dunn, A. L., R. E. Andersen, *et al.* (1998). "Lifestyle physical activity interventions. History, short- and long-term effects, and recommendations." Am J Prev Med 15(4): 398-412.

- EFAD. (2005). "Bechmark da Dietética." Retrieved 18 de Dezembro, from [www.efad.org/downloadattachment/1117/.../efad\\_benchmarkjune2005\\_p.pdf](http://www.efad.org/downloadattachment/1117/.../efad_benchmarkjune2005_p.pdf)
- Engbers, L. H., M. N. van Poppel, *et al.* (2005). "Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review." *Am J Prev Med* 29(1): 61-70.
- Esposito, K., R. Marfella, *et al.* (2004). "Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial." *JAMA* 292(12): 1440-6.
- Estruch, R., M. A. Martinez-Gonzalez, *et al.* (2006). "Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial." *Ann Intern Med* 145(1): 1-11.
- Forster, J. L., R. W. Jeffery, *et al.* (1985). "A work-site weight control program using financial incentives collected through payroll deduction." *J Occup Med* 27(11): 804-8.
- Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação da concepção à realização. Loures, Lusociência.
- França, M. (2000). "A gestão da qualidade na saúde." *Directório da Qualidade* 25(22).
- Gallagher, D., S. B. Heymsfield, *et al.* (2000). "Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index." *Am J Clin Nutr* 72(3): 694-701.
- Geliebter, A., M. E. Gluck, *et al.* (2000). "Work-shift period and weight change." *Nutrition* 16(1): 27-9.
- Glanz, K. and R. M. Mullis (1988). "Environmental interventions to promote healthy eating: a review of models, programs, and evidence." *Health Educ Q* 15(4): 395-415.
- Glanz, K., R. E. Patterson, *et al.* (1998). "Impact of work site health promotion on stages of dietary change: the Working Well Trial." *Health Educ Behav* 25(4): 448-63.
- Goetzel, R. Z. and R. J. Ozminkowski (2006). "What's holding you back: why should (or shouldn't) employers invest in health promotion programs for their workers?" *N C Med J* 67(6): 428-30.
- Gonzalez, M. (2002). *La Education para la salud del siglo XXI - Communication y salud*. Madrid.
- Gortmaker, S. L., A. Must, *et al.* (1993). "Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood." *N Engl J Med* 329(14): 1008-12.
- GPOW (2008). Report on the theories and methodologies for the prevention of obesity in the workplace. Review of the theoretical framework. Guidelines for the prevention of obesity in the workplace.
- Graça, L. (1999). *Evolução histórica da Legislação Portuguesa sobre a Saúde e o Trabalho, no contexto do processo de modernização do país: Sinopse (1801-2000)*. Extractos de: Enquadramento histórico da produção legislativa no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. E. N. d. S. P. e. U. N. d. Lisboa. Lisboa.
- Groeneveld, I. F., K. I. Proper, *et al.* (2008). "Design of a RCT evaluating the (cost-) effectiveness of a lifestyle intervention for male construction workers at risk for cardiovascular disease: the health under construction study." *BMC Public Health* 8: 1.

- Heithoff, K. A., B. J. Cuffel, *et al.* (1997). "The association between body mass and health care expenditures." Clin Ther 19(4): 811-20.
- ICIDT (1999). *Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção* Lisboa. Livros Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas - Segurança e Saúde no Trabalho.
- INE. (2006). "Balança Alimentar Portuguesa 1990-2003." 2009, from [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_pesquisa&frm\\_acciao=PESQUISAR&frm\\_show\\_page\\_num=1&frm\\_modulo\\_pesquisa=PESQUISA\\_SIMPLES&frm\\_texto=Balan%C3%A7a+alimentar&frm\\_modulo\\_texto=MODO\\_TEXTO\\_ALL&frm\\_data\\_ini=&frm\\_data\\_fim=&frm\\_tema=QUALQUER\\_TEMA&frm\\_area=o\\_ine\\_area\\_Publicacoes](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modulo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=Balan%C3%A7a+alimentar&frm_modulo_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o_ine_area_Publicacoes).
- Irvine, A. B., D. V. Ary, *et al.* (2004). "The effectiveness of an interactive multimedia program to influence eating habits." Health Educ Res 19(3): 290-305.
- Israel, B. A., E. A. Baker, *et al.* (1996). "Occupational stress, safety, and health: conceptual framework and principles for effective prevention interventions." J Occup Health Psychol 1(3): 261-86.
- Janiszewski, P. M., I. Janssen, *et al.* (2007). "Does waist circumference predict diabetes and cardiovascular disease beyond commonly evaluated cardiometabolic risk factors?" Diabetes Care 30(12): 3105-9.
- Jeffery, R. W., J. L. Forster, *et al.* (1993). "The Healthy Worker Project: a work-site intervention for weight control and smoking cessation." Am J Public Health 83(3): 395-401.
- Karlsen, A., I. Retterstøl, *et al.* (2007). "Effects of a daily intake of one glass of red wine on biomarkers of antioxidant status, oxidative stress and inflammation in healthy adults " European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 2: e127-e133.
- Knoops, K. T., L. C. de Groot, *et al.* (2004). "Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project." JAMA 292(12): 1433-9.
- Kozan, O., A. Oguz, *et al.* (2007). "Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults." Eur J Clin Nutr 61(4): 548-53.
- Kuczmarski, R. J. and K. M. Flegal (2000). "Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States." Am J Clin Nutr 72(5): 1074-81.
- Kwak, L., S. P. Kremers, *et al.* (2007). "The NHF-NRG In Balance-project: the application of Intervention Mapping in the development, implementation and evaluation of weight gain prevention at the worksite." Obes Rev 8(4): 347-61.
- Kyle, U. G., I. Bosaeus, *et al.* (2004). "Bioelectrical impedance analysis--part I: review of principles and methods." Clin Nutr 23(5): 1226-43.
- Kyle, U. G., I. Bosaeus, *et al.* (2004). "Bioelectrical impedance analysis-part II: utilization in clinical practice." Clin Nutr 23(6): 1430-53.
- Lança, L. (2005). Apontamentos das aulas de Políticas de Qualidade e Práticas de Inovação em saúde. Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- Lean, M. E., T. S. Han, *et al.* (1995). "Waist circumference as a measure for indicating need for weight management." BMJ 311(6998): 158-61.

- Leitão, M. F. M. (1999). Princípios de administração para enfermeiros. Coimbra, Formasau.
- Lemos, J. (2005). O conceito de organização: perspectivas teóricas. Curso de Formação Especializada em Administração Escolar. Lisboa, Escola Superior João de Deus.
- Lohman R, R. A., Martorell R. (1988). Anthropometric standardization reference manual, Champaign IL.
- Maddah, M., M. R. Eshraghian, *et al.* (2003). "Association of body mass index with educational level in Iranian men and women." Eur J Clin Nutr 57(7): 819-23.
- Malik, V. S., M. B. Schulze, *et al.* (2006). "Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review." Am J Clin Nutr 84(2): 274-88.
- Marques-Vidal, P. and C. M. Dias (2005). "Trends in overweight and obesity in Portugal: the National Health Surveys 1995-6 and 1998-9." Obes Res 13(7): 1141-5.
- Martinez-Gonzalez, M. A., C. de la Fuente-Arrillaga, *et al.* (2008). "Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study." BMJ 336(7657): 1348-51.
- Martinez-Gonzalez, M. A. and A. Sanchez-Villegas (2004). "The emerging role of Mediterranean diets in cardiovascular epidemiology: monounsaturated fats, olive oil, red wine or the whole pattern?" Eur J Epidemiol 19(1): 9-13.
- Matsuzawa, Y. (2006). "[Definition and history of metabolic syndrome]." Nippon Rinsho 64 Suppl 9: 9-12.
- Mezomo, J. (2001). Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos. Brasil, Manole.
- Miller, S. K., P. T. Alpert, *et al.* (2008). "Overweight and obesity in nurses, advanced practice nurses, and nurse educators." J Am Acad Nurse Pract 20(5): 259-65.
- Mintzberg, H. (1995). Estrutura e dinâmica das organizações. P. D. Quixote. Lisboa.
- Monteiro, I. (1999). "Hospital, uma organização de profissionais." Análise Psicológica XVII(2): 317-325.
- Moreau, M., F. Valente, *et al.* (2004). "Obesity, body fat distribution and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study." Int J Obes Relat Metab Disord 28(4): 574-82.
- Moreira, P. (2001). Ingestão nutricional e estratégias de controlo de peso associados ao comportamento alimentar restritivo numa amostra de estudantes da Universidade do Porto. Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Tese de Douturamento.
- Murtaugh, M. A., J. S. Herrick, *et al.* (2007). "Diet composition and risk of overweight and obesity in women living in the southwestern United States." J Am Diet Assoc 107(8): 1311-21.
- Narbro, K., E. Jonsson, *et al.* (1996). "Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women." Int J Obes Relat Metab Disord 20(10): 895-903.
- Nelson, M. and S. Bingham (2000). Assessment of food consumption and nutrient intake. Design concepts in nutritional epidemiology, Oxford University Press: 123-169.
- Neves, A. (2002). Gestão na Administração Pública. Cascais, Edições Pergaminho.



- Neves, J. (2001). Clima e Cultura Organizacional. Manual de Psicossociologia das Organizações. Liboa, MacGraw-Hill: 431-468.
- Niedhammer, I., F. Lert, *et al.* (1996). "Prevalence of overweight and weight gain in relation to night work in a nurses' cohort." Int J Obes Relat Metab Disord 20(7): 625-33.
- Nutbeam, D. (1998). "Promoting the health of Australians--how strong is our infrastructure support?" Aust N Z J Public Health 22(3 Suppl): 301-2.
- O'Neil, C. E., T. A. Nicklas, *et al.* (2009). "Impact of dairy and sweetened beverage consumption on diet and weight of a multiethnic population of head start mothers." J Am Diet Assoc 109(5): 874-82.
- Oguz, A., G. Sagun, *et al.* (2008). "Frequency of abdominal obesity and metabolic syndrome in healthcare workers and their awareness levels about these entities." Turk Kardiyol Dern Ars 36(5): 302-9.
- OIT (1994). Declaration on occupational health for all.
- OMS (1995). Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva, Report of a WHO Expert Committee.
- OMS (2005). The role of health professionals against tobacco, Organização Mundial de Saúde.
- OMS (2006). Obesity and overweight. Geneva, Organização Mundial de Saúde. Fact sheet N° 311.
- OMS. (2006). "Obesity and Overweight." Retrieved 24 de Novembro, 2009, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
- Pak, S., L. Olsen, *et al.* (2000). "The Relationships of Health Behaviors to Perceived Stress, Job Satisfaction, and Role Modeling Among Health Professionals in South Korea." International Quarterly of Community Health Education 19(1): 65-76.
- Panagiotakos, D. B., C. Chrysohoou, *et al.* (2006). "Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study." Nutrition 22(5): 449-56.
- Paniagua, J. A., A. G. de la Sacristana, *et al.* (2007). "A MUFA-rich diet improves postprandial glucose, lipid and GLP-1 responses in insulin-resistant subjects." J Am Coll Nutr 26(5): 434-44.
- Parkes, K. R. (2002). "Shift work and age as interactive predictors of body mass index among offshore workers." Scand J Work Environ Health 28(1): 64-71.
- Peeters, A., J. J. Barendregt, *et al.* (2003). "Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis." Ann Intern Med 138(1): 24-32.
- Peregrin, T. (2005). "Weighing in on corporate wellness programs and their impact on obesity." J Am Diet Assoc 105(8): 1192-4.
- Pereira J, M. C. (2003). "Custos indirectos asociados à obesidade em Portugal." Revista Portuguesa de Saúde Pública 3: 65-80.
- Persson, M. and J. Martensson (2006). "Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift." J Nurs Manag 14(5): 414-23.

- Pisco, L. (2001). "Perspectivas sobre a qualidade em saúde." Qualidade em Saúde 5: 4-5.
- Pouliot, M. C., J. P. Despres, *et al.* (1994). "Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women." Am J Cardiol 73(7): 460-8.
- Quatromoni, P. A., D. L. Copenhafer, *et al.* (2002). "Dietary patterns predict the development of overweight in women: The Framingham Nutrition Studies." J Am Diet Assoc 102(9): 1239-46.
- Quintilliani L, S. J., Sorensen G (2008). The workplace as the setting for interventions to improve diet and promote physical activity. Washington DC, World Health Organization.
- RE Quinn, K. C. (1983). "Organization cycles and some shifting criteria of effectiveness: some preliminary evidence." Management Science 29: 33-51.
- Robroek, S. J., F. J. van Lenthe, *et al.* (2009). "Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review." Int J Behav Nutr Phys Act 6: 26.
- Rodrigues, M., A. Pereira, *et al.* (2005). Educação para a saúde: Formação Pedagógica de Educadores para a Saúde. Coimbra, Formasau.
- Romanelli, G. (2006). O significado da alimentação na família: uma visão antropológica., 39. 3.
- Sale, D. (1998). Garantia da qualidade nos cuidados de saúde. . P. u. e. científicas. Lisboa.
- Sampaio, L. and V. C. Figueiredo (2005). "Correlation between body mass index and body fat distribution anthropometric indices in adults and the elderly." Revista de Nutrição 18(1): 53-61.
- Santos, C. (2005). Slides das aulas de Saúde Ocupacional e Ergonomia. Lisboa, Estesl.
- Schmier, J. K., M. L. Jones, *et al.* (2006). "Cost of obesity in the workplace." Scand J Work Environ Health 32(1): 5-11.
- Schroder, K. E. (2009). "Effects of fruit consumption on body mass index and weight loss in a sample of overweight and obese dieters enrolled in a weight-loss intervention trial." Nutrition.
- Schulte, P. A., G. R. Wagner, *et al.* (2007). "Work, obesity, and occupational safety and health." Am J Public Health 97(3): 428-36.
- Schulze, M. B., J. E. Manson, *et al.* (2004). "Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women." JAMA 292(8): 927-34.
- Schulze, M. B., M. Schulz, *et al.* (2007). "Fiber and magnesium intake and incidence of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis." Arch Intern Med 167(9): 956-65.
- Seidell, J. C. (2005). "Epidemiology of obesity." Semin Vasc Med 5(1): 3-14.
- Siegel, L. C., H. D. Sesso, *et al.* (2009). "Physical activity, body mass index, and diabetes risk in men: a prospective study." Am J Med 122(12): 1115-21.
- Silva, C. (2004). Reencontro com o mundo organizacional: uma abordagem sociológica. Évora, Universidade de Évora.

- Silva, L., C. Vieira, *et al.* (2000). Práticas e Lógicas Quotidianas da Alimentação. . Conferência apresentada no IV Congresso Português de Sociologia. Faculdade de Economia de Coimbra.
- Siqueira, F. C., M. V. Nahas, *et al.* (2009). "[Physical activity among health professionals from south and northeast Brazil]." Cad Saude Publica 25(9): 1917-28.
- St-Onge, M. P. and D. Gallagher (2009). "Body composition changes with aging: The cause or the result of alterations in metabolic rate and macronutrient oxidation?" Nutrition.
- Stitzel, K. F. (2006). "Position of the American Dietetic Association: the roles of registered dietitians and dietetic technicians, registered in health promotion and disease prevention." J Am Diet Assoc 106(11): 1875-84.
- Swinburn, B. A., I. Caterson, *et al.* (2004). "Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity." Public Health Nutr 7(1A): 123-46.
- Togami, T. (2008). "Interventions in local communities and work sites through Physical Activity and Nutrition Programme." Obes Rev 9 Suppl 1: 127-9.
- Trichopoulou, A., T. Costacou, *et al.* (2003). "Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population." N Engl J Med 348(26): 2599-608.
- Tucker, L. A. and G. M. Friedman (1998). "Obesity and absenteeism: an epidemiologic study of 10,825 employed adults." Am J Health Promot 12(3): 202-7.
- Uva, A. (2005). "Enfermedades Profissionais: nuevos desafios en su prevencion." Salud Ocupacional 23.
- Uva, A. S. and M. Faria (2001). Importância dos SSO ao nível hospitalar. I Encontro de Saúde no Trabalho do Hospital do Espírito Santo de Évora. R. d. C. d. I. E. d. S. n. T. d. H. d. E. S. d. Évora. Évora.
- van Amelsvoort, L. G., E. G. Schouten, *et al.* (1999). "Duration of shiftwork related to body mass index and waist to hip ratio." Int J Obes Relat Metab Disord 23(9): 973-8.
- Venegas Ochoa, U., C. Llerenas Tejeda, *et al.* (2006). "[Physical activity and inactivity among female health service workers]." Ginecol Obstet Mex 74(9): 471-5.
- Viana, V. (2002). "Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar." Análise Psicológica 4(XX): 611-24.
- Wanijek, C. (2005). Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases. Geneva, International Labour of Office.
- Weerarathna, T. P., S. Lekamwasam, *et al.* (2008). "Prediction of total and visceral fat contents using anthropometric measures of adiposity in women." Ceylon Med J 53(4): 128-32.
- Wetter, A. C., J. P. Goldberg, *et al.* (2001). "How and why do individuals make food and physical activity choices?" Nutr Rev 59(3 Pt 2): S11-20; discussion S57-65.
- WHO (1986). "Ottawa Charter for Health Promotion."
- WHO (1998). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Technical Report Series, No 894. Geneva, World Health Organization.

- WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva. Nº 894.
- WHO (2002). Good Practice in Occupational Health Services: A Contribution to Workplace Health.
- WHO (2005). The challenge of obesity in the WHO European Region, World Health Organization. Fact sheet EURO/13/05.
- Willett, W. (1998). Overview of nutrition epidemiology, Oxford University Press.
- Willett, W. C. (1995). "Dietary assessment methods." Br J Nutr 74(1): 141-3.
- Williams, A. E., T. M. Vogt, *et al.* (2007). "Work, Weight, and Wellness: the 3W Program: a worksite obesity prevention and intervention trial." Obesity (Silver Spring) 15 Suppl 1: 16S-26S.
- Winston, J., C. Johnson, *et al.* (2008). "Barriers to healthy eating by National Health Service (NHS) hospital doctors in the hospital setting: results of a cross-sectional survey." BMC Res Notes 1: 69.
- Winterfield, E., M. Bogle, *et al.* (2005). Dietetics - Practice and Future Trends. Massachussets, Jones and Bartlett Publishers.
- Winterfield, E., M. Bogle, *et al.* (2005). Dietetics - Practice and Future Trends Massachussets, Jones and Bartlett Publisher
- Wyatt, S. B., K. P. Winters, *et al.* (2006). "Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem." Am J Med Sci 331(4): 166-74.
- Zafar, S., I. Haque, *et al.* (2007). "Relationship between body mass index and waist to hip ratio measurement with hypertension in young adult medical students." Pak J Med Sci 23(4): 574-579.

## X. Apêndices

### Apêndice I – Instrumento de caracterização da amostra

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

#### Caracterização da amostra

##### 1. Identificação

**Idade:** \_\_\_\_\_ (anos)      **Género:** F  M       **Nacionalidade:** Portuguesa  Outra       **Freguesia de residência:** \_\_\_\_\_

**Categoria profissional:** Médico  (Especialidade: Médica  Médico-Cirúrgica  Cirúrgica  Enfermeiro  Dietista  T. Anatomia PCT  T. Farmácia   
T. Cardiopneumologia  T. Análises Clínicas  T. Fisioterapia  T. Radiologia  T. Radioterapia  Auxiliar de acção médica  Outro  Qual?: \_\_\_\_\_

**Vínculo à instituição:** contrato individual de trabalho  contrato a termo certo  quadro  **Anos/ Meses de serviço:** \_\_\_\_\_

**Faz turnos?** Sim  Não       **Se sim, qual o mais frequente?** Manhã  Tarde  Noite       **Realiza urgências:** Sim  Não       Se sim: De 12h  De 24h

**Horário de trabalho:** 35 h  40 h  42 h  Outro  \_\_\_\_\_      **Jornada:** Contínua  Descontínua

**Como se desloca habitualmente para o local de trabalho?** Transporte próprio  A pé  Transportes públicos  Outro  \_\_\_\_\_

##### 2. Antecedentes pessoais e familiares

**Tem DM2?** Sim  Não       **Tem HTA?** Sim  Não       **Tem hipercolesterolémia?** Sim  Não

**Toma medicação habitualmente?** Sim  Não       **Para:** DM2  HTA  Hipercolesterolémia  Outra  \_\_\_\_\_

##### Familiares do 1º grau:

- a. **Com obesidade?** Sim  Não       **Se sim, qual(ais)?** Irmãos  \_\_\_\_\_ (quantos) Mãe  Pai  Avó materna  Avô materno  Avó paterna  Avô paterno
- b. **Com DM2?** Sim  Não       **Se sim, qual(ais)?** Irmãos  \_\_\_\_\_ (quantos) Mãe  Pai  Avó materna  Avô materno  Avó paterna  Avô paterno
- c. **Com HTA?** Sim  Não       **Se sim, qual(ais)?** Irmãos  \_\_\_\_\_ (quantos) Mãe  Pai  Avó materna  Avô materno  Avó paterna  Avô paterno
- d. **Com hipercolesterolémia?** Sim  Não       **Se sim, qual(ais)?** Irmãos  \_\_\_\_\_ (quantos) Mãe  Pai  Avó materna  Avô materno  Avó paterna  Avô paterno

V.S.F.F.

### 3. Avaliação antropométrica e caracterização de refeições

Altura: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_ % Massa gorda: \_\_\_\_\_ % Massa magra: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Peso habitual: \_\_\_\_\_

Existem tentativas de perda de peso? Sim  Não  Se sim, quantas? 1  2  3  ≥4  Com acompanhamento de dietista? Sim  Não

Outro acompanhamento, qual? \_\_\_\_\_

Período do dia em que tem mais apetite: Manhã  M. da manhã  Almoço  Tarde  Noite  Nunca  Sempre

#### Actividade física

Pratica actividade física? Sim  Não

Com que frequência? Nunca/ raramente  1-2x/semana  3-4x/semana  5-6x/semana  7x/semana

Duração: < ½ h/semana  1/2h – 2h/semana  2 – 4h/semana  4 – 6 h/semana  > 6 h/semana

4. Fumador(a)? Sim  Não  Se sim, quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_

Apêndice II – Instrumento de caracterização dos hábitos alimentares

## QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Vamos pedir a sua colaboração, para o preenchimento de um Questionário relativo ao tipo de alimentos que costuma comer.

Nos últimos 6 meses, quantas vezes é que comeu, por dia, semana, ou mês, cada um dos seguintes alimentos.

*Nota: é essencial que responda a todos os itens. Obrigada.*

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

<i>I. PRODUTOS LÁCTEOS</i>	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
1. Leite gordo									
2. Leite meio-gordo									
3. Leite magro									
4. Iogurte natural, magro									
5. Outros iogurtes									
6. Queijo magro, fresco									
7. Queijo tipo Flamengo, barra, fatiado									
8. Outros tipos de queijos: Niza, Évora, Serra da Estrela, ...									
<i>II. CARNES, PEIXES E OVOS</i>	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
9. Ovo									
10. Carne de porco									
11. Carne de frango, peru, coelho, ...									
12. Carne de vaca									
13. Carne de borrego, cabrito, ...									
14. Fígado de vaca, porco, frango, chispe, mão de vaca, língua, dobrada, coração de porco, rim, ...									
15. Fiambre, presunto, paio									
16. Mortadela, chouriço, alheira, salsicha									
17. Toucinho, bacon, entremeada									
18. Peixes gordos: sardinha, cavala, carapau, ...									
19. Peixes magros: pescada, faneca, linguado, ...									
20. Bacalhau									
21. Peixe em conserva: atum, sardinhas, ...									
22. Lulas, choco, polvo, ...									
23. Mariscos (bivalves, camarão, sapateira, ...)									
<i>III. ÓLEOS E GORDURAS</i>	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
24. Azeite									
25. Óleos: girasol, milho, soja, ...									
26. Margarina									
27. Manteiga									
28. Natas									
29. Banha									
<i>IV. PÃO, CEREAIS E DERIVADOS</i>	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
30. Pão branco, pão de forma, tostas									
31. Pão integral, mistura, centeio									
32. Broa de milho									
33. Flocos de cereais não açucarados ( <i>Corn Flakes</i> , ...)									
34. Flocos de cereais açucarados									
35. Flocos de cereais com frutos secos ( <i>Muesli</i> , ...)									
36. Arroz									
37. Massas (espaguete, macarrão, ...)									
<i>V. BOLOS, BOLACHAS, SOBREMESAS E DOCES</i>	<1 mês ou nunca	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 ou mais por dia
38. Bolachas: maria, integral, água-e-sal									
39. Outros tipos de bolachas ou biscoitos									
40. Croissant, bolos pastelaria, bolos caseiros									
41. Chocolate em barra, chocolate em pó									
42. Marmelada, compota, geleia, mel									
43. Sobremesas lácteas: pudim flan, pudim de chocolate, ...									
44. Gelado									
45. Açúcar (de colher, pacote, ...)									



**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE**

<i>VI. HORTALIÇAS, LEGUMES E FRUTAS</i>	<i>&lt;1 mês ou nunca</i>	<i>1-3 por mês</i>	<i>1 por semana</i>	<i>2-4 por semana</i>	<i>5-6 por semana</i>	<i>1 por dia</i>	<i>2-3 por dia</i>	<i>4-5 por dia</i>	<i>6 ou mais por dia</i>
46. Sopas de legumes (sem carnes ou peixes)									
47. Saladas (tomate, alface, pepino, cebola, cenoura, pimento, ...)									
48. Legumes e hortaliças (couves, bróculos, grelos, nabiças, feijão verde, nabos, cebolas, cenouras, pimentos...)									
49. Leguminosas (feijão, grão, ...)									
50. Ervilhas, favas									
51. Batatas fritas									
52. Batatas cozidas, assadas, estufadas									
53. Fruta fresca (macã, pêra, laranja, banana, pêssigo, melão, uvas, ...)									
54. Frutos enlatados (pêssego, ananás, ...)									
55. Frutos secos (amendoins, amêndoas, avelãs, ...)									
56. Azeitonas									
<i>VII. BEBIDAS</i>	<i>&lt;1 mês ou nunca</i>	<i>1-3 por mês</i>	<i>1 por semana</i>	<i>2-4 por semana</i>	<i>5-6 por semana</i>	<i>1 por dia</i>	<i>2-3 por dia</i>	<i>4-5 por dia</i>	<i>6 ou mais por dia</i>
57. Vinho									
58. Cerveja									
59. Licores (vinho do Porto, vinho da Madeira, licor de whisky, martini, ...)									
60. Outras bebidas alcoólicas (brandy, whisky, aguardente, ...)									
61. Refrigerantes (cola, aromatizados, ice tea, ...)									
62. Sumos de fruta									
63. Sumos <i>light</i>									
64. Chás ervas (infusões), cevadas, descafeinados, ...									
65. Chá preto									
66. Café									
<i>VIII. COMIDA RÁPIDA E MOLHOS</i>	<i>&lt;1 mês ou nunca</i>	<i>1-3 por mês</i>	<i>1 por semana</i>	<i>2-4 por semana</i>	<i>5-6 por semana</i>	<i>1 por dia</i>	<i>2-3 por dia</i>	<i>4-5 por dia</i>	<i>6 ou mais por dia</i>
67. Salgados (croquetes, rissóis, pasteis de bacalhau, empadas, ...)									
68. Pizza									
69. Hamburger ( <i>fast-food</i> ; fora de casa)									
70. Maionese									
71. Ketchup									

Existe algum tipo de alimentos ou bebidas que não foi mencionado aqui e que consome pelo menos 1 vez por semana (mesmo que em porções pequenas ou em ocasiões especiais)? [Por exemplo, molhos, canja, produtos dietéticos, etc.]

Alimentos	<i>&lt;1 mês ou nunca</i>	<i>1-3 por mês</i>	<i>1 por semana</i>	<i>2-4 por semana</i>	<i>5-6 por semana</i>	<i>1 por dia</i>	<i>2-3 por dia</i>	<i>4-5 por dia</i>	<i>6 ou mais por dia</i>

Apêndice III – Diagramas de caule-e-folhas para a distribuição das variáveis idade, IMC, massa gorda, massa muscular e perímetro de cintura

Diagrama de caule-e-folhas para a idade

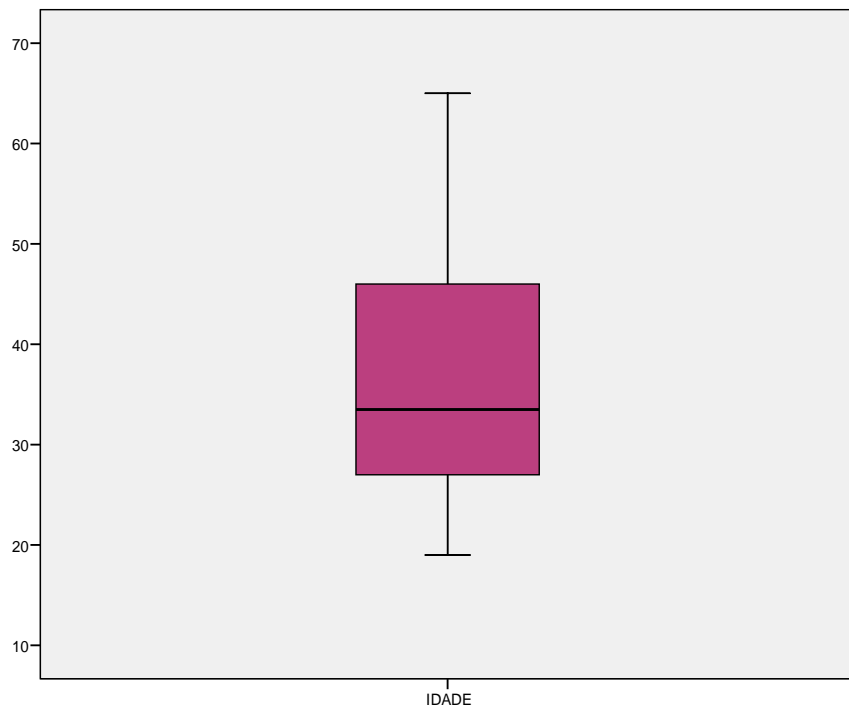
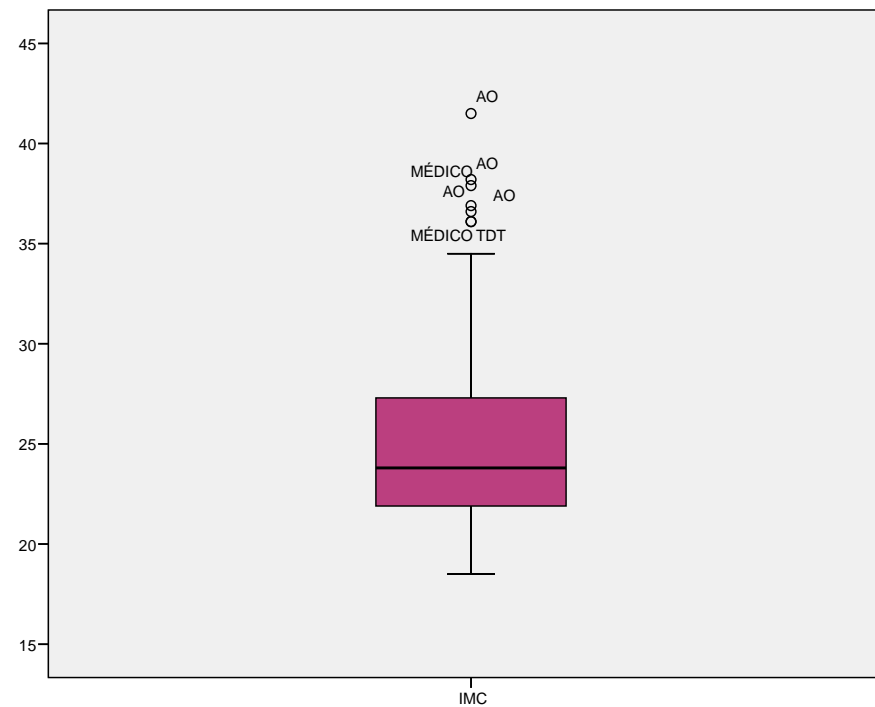


Diagrama de caule-e-folhas para o IMC



Apêndice III - Continuação

Diagrama de caule-e-folhas para o perímetro de cintura

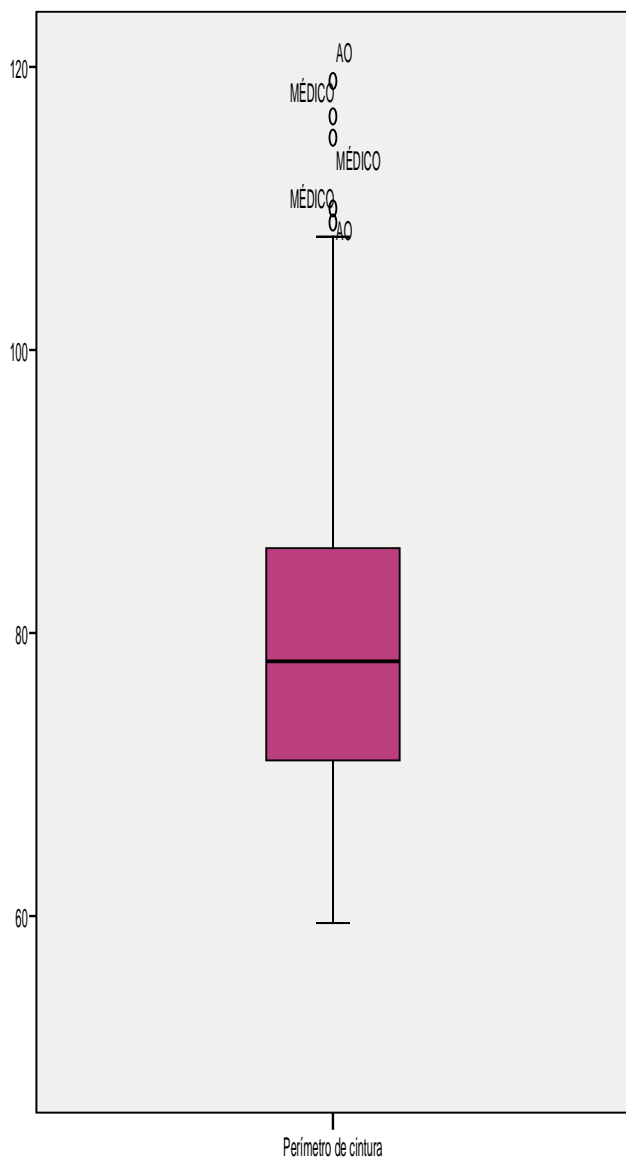
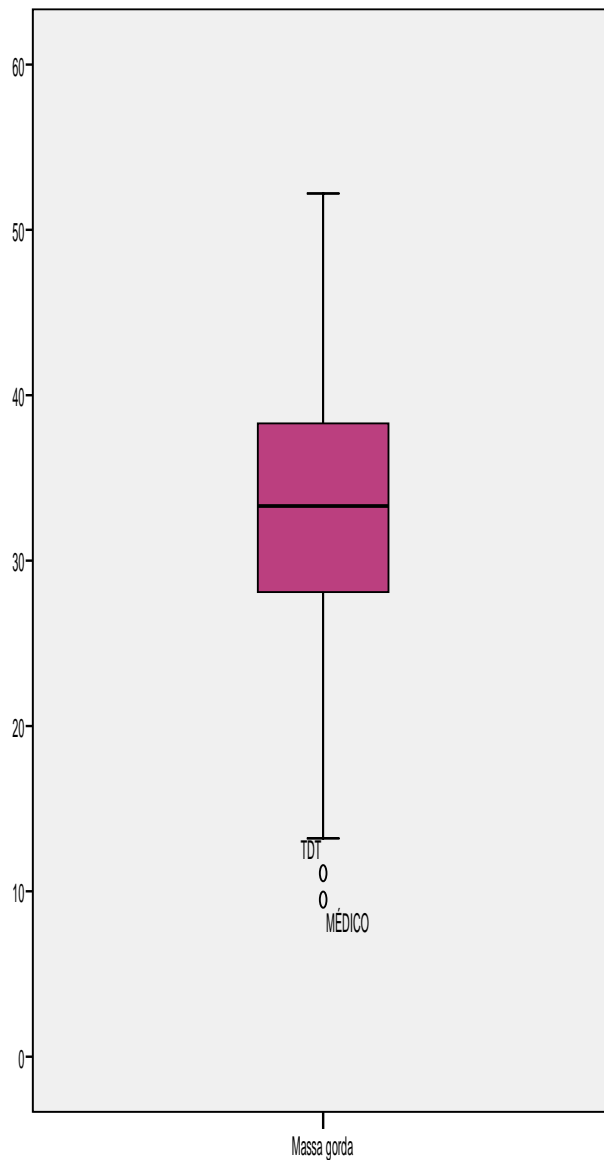
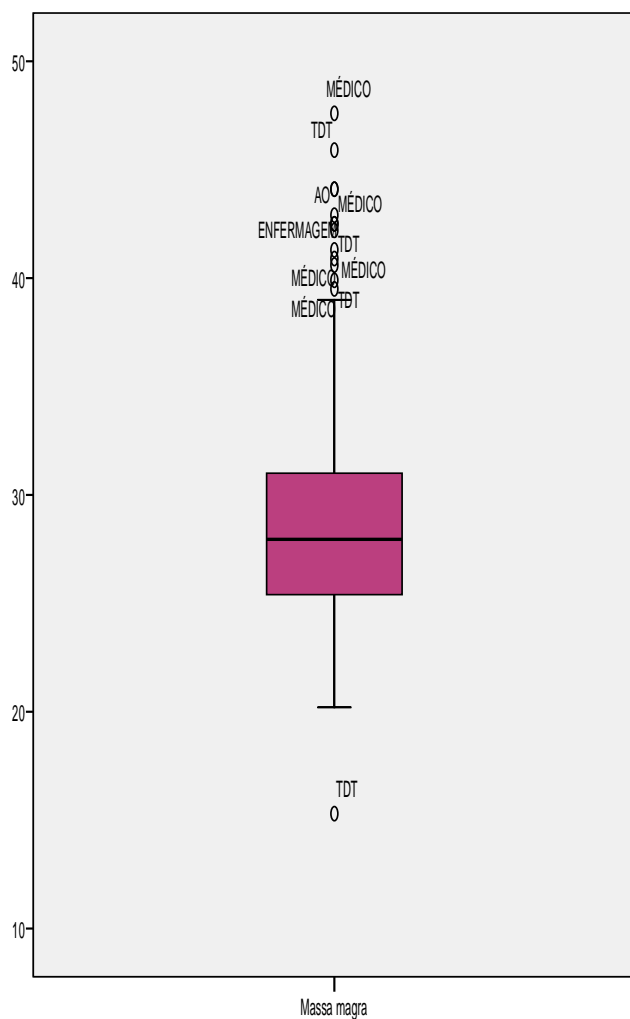


Diagrama de caule-e-folhas para a massa gorda (%)



Apêndice II - Continuação

Diagrama de caule-e-folhas para a massa muscular (%)



Apêndice IV – Comparação dos parâmetros antropométricos entre categorias profissionais

Variável dependente	Categoria profissional	Categoria profissional	p	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
IMC	Assistente operacional	Enfermagem	,000	1,363	5,427
		Médico	,000	1,144	5,261
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,000	1,769	5,832
	Enfermagem	Assistente Operacional	,000	-5,427	-1,363
		Médico	,995	-2,234	1,848
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,954	-1,609	2,419
	Médico	Assistente Operacional	,000	-5,261	-1,144
		Enfermagem	,995	-1,848	2,234
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,873	-1,443	2,639
	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Assistente Operacional	,000	-5,832	-1,769
		Enfermagem	,954	-2,419	1,609
		Médico	,873	-2,639	1,443

\* É significativo para um nível de significância de 5%.

Variável dependente	Categoria profissional	Categoria profissional	p	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Massa gorda	Assistente Operacional	Enfermagem	,000	3,052	10,567
		Médico	,000	7,900	15,483
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,000	4,769	12,252
	Enfermagem	Assistente Operacional	,000	-10,567	-3,052
		Médico	,005	1,107	8,657
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,639	-2,024	5,426
	Médico	Assistente	,000	-15,483	-7,900

	Operacional			
	Enfermagem	,005	-8,657	-1,107
	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,129	-6,940	,578
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Assistente Operacional	,000	-12,252	-4,769
	Enfermagem	,639	-5,426	2,024
	Médico	,129	-,578	6,940

\* É significativo para um nível de significância de 5%.

Variável dependente	Categoria profissional	Categoria profissional	p	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Massa magra	Assistente Operacional	Enfermagem	,084	-4,619	,192
		Médico	,000	-7,990	-3,135
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,004	-5,541	-,750
	Enfermagem	Assistente Operacional	,084	-,192	4,619
		Médico	,002	-5,766	-,932
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,742	-3,317	1,452
	Médico	Assistente Operacional	,000	3,135	7,990
		Enfermagem	,002	,932	5,766
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,049	,010	4,823
	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Assistente Operacional	,004	,750	5,541
		Enfermagem	,742	-1,452	3,317
		Médico	,049	-4,823	-,010

\* É significativo para um nível de significância de 5%.

Variável dependente	Categoria profissional	Categoria profissional	p	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Massa magra	Assistente Operacional	Enfermagem	,084	-4,619	,192
		Médico	,000	-7,990	-3,135
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,004	-5,541	-,750
	Enfermagem	Assistente Operacional	,084	-,192	4,619
		Médico	,002	-5,766	-,932
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,742	-3,317	1,452
	Médico	Assistente Operacional	,000	3,135	7,990
		Enfermagem	,002	,932	5,766
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,049	,010	4,823
	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Assistente Operacional	,004	,750	5,541
		Enfermagem	,742	-1,452	3,317
		Médico	,049	-4,823	-,010

\* É significativo para um nível de significância de 5%.

Variável dependente	Categoria profissional	Categoria profissional	p	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Perímetro de cintura	Assistente Operacional	Enfermagem	,001	2,943	14,219
		Médico	,579	-2,954	8,703
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,000	3,221	14,450
	Enfermagem	Assistente Operacional	,001	-14,219	-2,943
		Médico	,054	-11,487	,073
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,999	-5,309	5,817
	Médico	Assistente Operacional	,579	-8,703	2,954
		Enfermagem	,054	-,073	11,487
		Técnico de	,039	,205	11,718

	Diagnóstico e Terapêutica			
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Assistentes Operacionais	,000	-14,450	-3,221
	Enfermagem	,999	-5,817	5,309
	Médico	,039	-11,718	-,205

\* É significativo para um nível de significância de 5%.

Variável dependente	Categoria profissional	Categoria profissional	p	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Peso reportado	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	,172	-1,268	10,976
		Médico	,962	-5,168	7,549
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,022	,697	12,941
	Enfermagem	Assistente Operacional	,172	-10,976	1,268
		Médico	,429	-9,914	2,587
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,832	-4,045	7,975
	Médico	Assistentes Operacionais	,962	-7,549	5,168
		Enfermeiros	,429	-2,587	9,914
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,094	-,622	11,878
	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Assistentes Operacionais	,022	-12,941	-,697
		Enfermeiros	,832	-7,975	4,045
		Médico	,094	-11,878	,622

\* É significativo para um nível de significância de 5%.



Variável dependente	Categoria profissional	Categoria profissional	p	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Peso actual	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	,194	-1,526	11,718
		Médico	,971	-5,567	7,853
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,087	-,576	12,725
	Enfermeiros	Assistentes Operacionais	,194	-11,718	1,526
		Médico	,416	-10,606	2,700
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,981	-5,614	7,571
	Médico	Assistentes Operacionais	,971	-7,853	5,567
		Enfermeiros	,416	-2,700	10,606
		Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	,226	-1,750	11,612
	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Assistentes Operacionais	,087	-12,725	,576
		Enfermeiros	,981	-7,571	5,614
		Médico	,226	-11,612	1,750

\* É significativo para um nível de significância de 5%.

Apêndice V – Percentagens de modas de consumo por categoria profissional

A. Assistentes operacionais

Produtos lácteos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
<b>Leite Gordo</b>	98,3%						1,7%		
<b>Leite Meio-Gordo</b>	27,6%	6,9%	8,6%	3,4%	8,6%	24,1%	19,0%	1,7%	
<b>Leite Magro</b>	64,3%	8,9%	1,8%	1,8%		10,7%	12,5%		
<b>logurte Natural, magro</b>	47,4%	7,0%	10,5%	12,3%	1,8%	8,8%	12,3%		
<b>Outros logurtes</b>	21,4%	3,6%	12,5%	23,2%	5,4%	17,9%	14,3%	1,8%	
<b>Queijo magro, fresco</b>	41,4%	8,6%	20,7%	17,2%		12,1%			
<b>Queijo Tipo Flamengo, barra, fatiado</b>	17,5%	12,3%	12,3%	28,1%	8,8%	19,3%	1,8%		
<b>Outros tipos de queijos</b>	51,8%	14,3%	14,3%	7,1%	5,4%	3,6%	1,8%		1,8%

II. Carnes, peixes e ovos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Ovo	15,5%	17,2%	39,7%	24,1%	1,7%	1,7%			
Carne de porco	15,8%	7,0%	28,1%	38,6%	3,5%	3,5%	3,5%		
Carne de frango, peru	1,8%	10,7%	12,5%	50%	10,7%	10,7%	3,6%		
Carne de vaca	21,8%	23,6%	27,3%	18,2%	3,6%	1,8%	3,6%		
Carne de borrego, cabrito	63,6%	23,6%	10,9%		1,8%				
Fígado de vaca, porco (..)	72,7%	12,7%	9,1%	5,5%					
Fiambre, presunto, paio	13,8%	25,9%	27,6%	20,7%	5,2%	5,2%	1,7%		
Mortadela, Chouriço, Alheira	43,1%	24,1%	15,5%	13,8%	1,7%	1,7%			
Toucinho, bacon, entremeada	63,6%	18,2%	10,9%	7,3%					
Peixes gordos	21,1%	31,6%	19,3%	21,1%	5,3%		1,8%		
Peixes Magros	28,6%	17,9%	25,0%	19,6%	5,4%	3,6%			
Bacalhau	12,3%	26,3%	38,6%	17,5%	1,8%	3,5%			
Peixe em conserva	19,6%	23,2%	42,9%	10,7%	1,8%	1,8%			
Lulas, Choco, Polvo	40,0%	25,5%	21,8%	10,9%	1,8%				
Mariscos	63,2%	22,8%	10,5%	1,8%	1,8%				

B. Enfermeiros

I. Produtos Lácteos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Leite Gordo	96,4%	1,8%		1,8%					
Leite Meio-Gordo	26,3%	8,8%	3,5%	7,0%	7,0%	17,5%	28,1%	1,8%	
Leite Magro	60,3%	13,8%	1,7%		3,4%	13,8%	5,2%	1,7%	
logurte Natural, magro	53,4%	6,9%	5,2%	12,1%	5,2%	8,6%	8,6%		
Outros logurtes	14,5%	12,7%	14,5%	16,4%	7,3%	18,2%	16,4%		
Queijo magro, fresco	26,3%	26,3%	22,8%	14,0%	5,3%	5,3%			
Queijo Tipo Flamengo, barra, fatiado	15,8%	19,3%	15,8%	26,3%	1,8%	15,3%	5,3%		
Outros tipos de queijos	53,6%	26,8%	12,5%	3,6%		3,6%			

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

II. Carnes, peixes e ovos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Ovo	3,4%	31,0%	44,8%	19,0%	1,7%				
Carne de porco	8,6%	12,1%	15,5%	55,2%	8,6%				
Carne de frango, peru	1,7%	5,2%	27,6%	41,4%	24,1%				
Carne de vaca	7,1%	16,1%	37,5%	32,1%	5,4%	1,8%			
Carne de borrego, cabrito	67,3%	23,1%	3,8%	5,8%					
Fígado de vaca, porco (..)	86,0%	8,8%	1,8%	3,5%					
Fiambre, presunto, paio	12,1%	20,7%	19,0%	25,9%	10,3%	8,6%	3,4%		
Mortadela, Chouriço, Alheira	32,8%	43,1%	13,8%	5,2%	3,4%		1,7%		
Toucinho, bacon, entremeada	55,2%	32,8%	8,6%	3,4%					
Peixes gordos	24,1%	32,8%	19,0%	19,0%	5,2%				
Peixes Magros	15,5%	19,0%	22,4%	34,5%	6,9%	1,7%			
Bacalhau	13,8%	39,7%	32,8%	13,8%					
Peixe em conserva	15,8%	38,6%	22,8%	21,1%	1,8%				
Lulas, Choco, Polvo	33,9%	39,3%	17,9%	8,9%					
Mariscos	41,4%	50%	6,9%	1,7%					

III. óleos e gorduras									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Azeite	3,4%	1,7%	1,7%	24,1%	17,2%	24,1%	25,9%		1,7%
Óleos	41,4%	24,1%	20,7%	6,9%	1,7%	3,4%	1,7%		
Margarina	37,9%	5,2%	20,7%	13,8%	13,8%	8,6%			
Manteiga	17,9%	1,8%	10,7%	23,2%	5,4%	21,4%	19,6%		
Natas	34,5%	36,2%	19%	8,6%	1,7%				
Banha	98,3%	1,7%							

IV. Pão, cereais e derivados									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Pão branco, pão de forma, tostas	21,1%	10,5%	12,3%	17,5%	8,8%	14,0%	7,0%	8,8%	
Pão integral, mistura, centeio	8,6%	5,2%	6,9%	25,9%	10,3%	25,9%	15,4%	1,7%	
Broa de milho	46,4%	44,6%	7,1%	1,8%					
Flocos de cereais não açucarados	59,6%	10,5%	5,3%	10,5%	1,8%	8,8%	3,5%		
Flocos de cereais açucarados	67,3%	10,9%	5,5%	3,6%	3,6%	5,5%	3,6%		

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

<b>Flocos de cereais com frutos secos</b>	78,9%	5,3%	3,5%	7%	5,3%				
<b>Arroz</b>		3,4%	13,8%	43,1%	27,6%	3,4%	6,9%	1,7%	
<b>Massas</b>	3,4%	5,2%	17,2%	44,8%	22,4%	5,2%	1,7%		

<b>V. Bolos, bolachas, sobremesas e doces</b>									
<b>Alimento</b>	<b>&lt;1 vez por mês ou nunca</b>	<b>1-3 vezes por mês</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>2-4 vezes por semana</b>	<b>5-6 vezes por semana</b>	<b>1 vez por dia</b>	<b>2-3 vezes por dia</b>	<b>4-5 vezes por dia</b>	<b>6 ou mais vezes por dia</b>
<b>Bolachas: Maria, integral, água e sal</b>	20,7%	19%	6,9%	32,8%	8,6%	6,9%	5,2%		
<b>Outros tipos de bolachas ou biscoitos</b>	29,3%	17,2%	15,5%	22,4%	10,3%	1,7%	3,4%		
<b>Croissant, bolos pastelaria, bolos caseiros</b>	6,9%	27,6%	43,1%	15,5%	3,4%	3,4%			
<b>Chocolate em barra, chocolate em pó</b>	31,6%	24,6%	21,1%	12,3%	1,8%	8,8%			
<b>Marmelada, compota, geleia, mel</b>	55,2%	24,1%	6,9%	12,1%	1,7%				
<b>Sobremesas lácteas</b>	36,8%	28,1%	24,6%	7,0%	3,5%				
<b>Gelado</b>	24,1%	36,2%	20,7%	10,3%	1,7%	5,2%	1,7%		
<b>Açúcar</b>	24,1%	12,1%	1,7%	13,8%	3,4%	17,2%	25,9%	1,7%	

VI. Hortaliças, legumes e fruta									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Sopas de Legumes (sem carne ou peixe)	1,7%	5,2%	8,6%	37,9%	24,1%	12,1%	10,3%		
Saladas	1,7%	1,7%	5,2%	19%	27,6%	20,7%	24,1%		
Legumes e Hortaliças	1,7%	3,4%	17,2%	31%	19%	15,5%	12,1%		
Leguminosas	12,1%	22,4%	31%	24,1%	8,6%	1,7%			
Ervilhas, favas	35,7%	26,8%	28,6%	7,1%		1,8%			
Batatas Fritas	22,8%	38,6%	21,1%	15,8%	1,8%				
Batatas Cozidas, assadas, estufadas	7%	28,1%	21,1%	33,3%	8,8%	1,8%			
Fruta Fresca	1,7%			13,8%	13,8%	12,1%	43,1%	13,8%	1,7%
Frutos Enlatados	68,4%	21,1%	7%	1,8%	1,8%				
Frutos Secos	43,1%	41,4%	6,9%	6,9%	1,7%				
Azeitonas	39,7%	29,3%	17,2%	10,3%	3,4%				



VII. Bebidas									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Vinho	53,4%	27,6%	10,3%		1,7%	6,9%			
Cerveja	56,1%	15,8%	15,8%	7%	3,5%	1,8%			
Licores	75,9%	20,7%		3,4%					
Outras bebidas alcoólicas	89,7%	8,6%	1,7%						
Refrigerantes	33,3%	17,5%	15,8%	19,3%	7%	3,5%	1,8%	1,8%	
Sumos de Fruta	20,7%	20,7%	24,1%	17,2%	8,6%	5,2%	3,4%		
Sumos Light	48,3%	24,1%	5,2%	17,2%	3,4%		1,7%		
Chás de ervas, cevadas, descafeinado	25,9%	20,7%	10,3%	24,1%	8,6%	8,6%	1,7%		
Chá preto	70,7%	12,1%	3,4%	5,2%	6,9%			1,7%	
Café	13,8%	5,2%		6,9%	6,9%	10,3%	50%	6,9%	

VIII. Comida rápida e molhos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Salgados	24,1%	58,6%	12,1%	5,2%					
Pizza	37,9%	51,7%	10,3%						
Hambúrguer (fast-	51,7%	36,2%	12,1%						

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

food)									
Maionese	53,4%	34,5%	8,6%	1,7%	1,7%				
Ketchup	64,9%	28,1%	5,3%		1,8%				

C. Médicos

I. Produtos lácteos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Leite Gordo	94,5%	3,6%		1,8%					
Leite Meio-Gordo	30,9%	5,5%	3,6%	9,1%	5,5%	21,8%	23,6%		
Leite Magro	63,6%	5,5%	7,3%	5,5%	3,6%	10,9%	3,6%		
logurte Natural, magro	50,0%	7,4%	3,7%	16,7%	7,4%	13,0%			1,8%
Outros logurtes	23,5%	3,9%	17,6%	19,6%	15,7%	11,8%	7,8%		
Queijo magro, fresco	38,9%	16,7%	13,0%	22,2%	1,9%	5,6%	1,9%		
Queijo Tipo Flamengo, barra, fatiado	16,7%	11,1%	14,8%	40,7%	7,4%	5,6%	3,7%		
Outros tipos de queijos	44,4%	24,1%	14,8%	14,8%		1,9%			

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

II. Carnes, peixes e ovos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Ovo	10,9%	38,2%	23,6%	27,3%					
Carne de porco	10,9%	12,7%	29,1%	40,0%	7,3%				
Carne de frango, peru	1,8%	10,9%	25,5%	47,3%	14,5%				
Carne de vaca	11,1%	13,0%	18,5%	48,1%	7,4%	1,9%			
Carne de borrego, cabrito	51,9%	37,0%	11,1%						
Fígado de vaca, porco (..)	79,6%	18,5%		1,9%					
Fiambre, presunto, paio	25,5%	20,0%	12,7%	29,1%	7,3%	5,5%			
Mortadela, Chouriço, Alheira	54,5%	38,2%	5,5%	1,8%					
Toucinho, bacon, entremeada	67,3%	30,9%	1,8%						
Peixes gordos	37%	35,2%	18,5%	5,6%	3,7%				
Peixes Magros	7,5%	28,3%	35,8%	24,5%	3,8%				
Bacalhau	22,6%	30,2%	34,0%	11,3%	1,9%				
Peixe em conserva	50,9%	25,5%	14,5%	9,1%					
Lulas, Choco, Polvo	29,6%	50%	14,8%	5,6%					
Mariscos	41,8%	40%	10,9%	7,3%					

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

III. Óleos e gorduras									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Azeite	1,9%	7,4%	9,3%	22,2%	14,8%	20,4%	22,2%		1,9%
Óleos	53,7%	11,1%	16,7%	9,3%	1,9%	7,4%			
Margarina	61,1%	11,1%	9,3%	11,1%	1,9%	3,7%	1,9%		
Manteiga	16,4%	14,5%	14,5%	21,8%	9,1%	16,4%	5,5%		1,8%
Natas	43,6%	34,5%	10,9%	10,9%					
Banha	92,7%	7,3%							

IV. Pão, cereais e derivados									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Pão branco, pão de forma, tostas	22,2%	7,4%	18,5%	13,0%	9,3%	18,5%	9,3%		1,9%
Pão integral, mistura, centeio	24,1%	5,6%	7,4%	20,4%	7,4%	14,8%	18,5	1,9%	
Broa de milho	56,4%	23,6%	10,9%	3,6%	1,8%	1,8%		1,8%	
Flocos de cereais não açucarados	63,6%	5,5%	9,1%	9,1%	3,6%	9,1%			
Flocos de cereais açucarados	72,7%	9,1%	1,8%	10,9%	1,8%	3,6%			
Flocos de cereais com frutos secos	76,4%	14,5%	5,5%	3,6%					

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

<b>Arroz</b>		7,3%	9,1%	47,3%	25,5%	9,1%	1,8%		
<b>Massas</b>	1,8%	1,8%	30,9%	45,5%	12,7%	5,5%	1,8%		

<b>V. Bolos, bolachas, sobremesas e doces</b>									
<b>Alimento</b>	<b>&lt;1 vez por mês ou nunca</b>	<b>1-3 vezes por mês</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>2-4 vezes por semana</b>	<b>5-6 vezes por semana</b>	<b>1 vez por dia</b>	<b>2-3 vezes por dia</b>	<b>4-5 vezes por dia</b>	<b>6 ou mais vezes por dia</b>
<b>Bolachas: Maria, integral, água e sal</b>	25,9%	20,4%	16,7%	18,5%	9,3%	7,4%	1,9%		
<b>Outros tipos de bolachas ou biscoitos</b>	33,3%	14,8%	18,5%	11,1%	9,3%	5,6%	7,4%		
<b>Croissant, bolos pastelaria, bolos caseiros</b>	21,8%	23,6%	18,2%	21,8%	7,3%	5,5%		1,8%	
<b>Chocolate em barra, chocolate em pó</b>	27,3%	23,6%	21,8%	12,7%	3,6%	7,3%	3,6%		
<b>Marmelada, compota, geleia, mel</b>	49,1%	18,2%	10,9%	18,2%		1,8%	1,8%		
<b>Sobremesas lácteas</b>	55,6%	16,7%	14,8%	13%					
<b>Gelado</b>	38,2%	27,3%	14,5%	12,7%	7,3%				
<b>Açúcar</b>	48,1%	3,7%	5,6%	7,4%	5,6%	9,3%	20,4%		

VI. Hortaliças, legumes e fruta									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Bolachas: Maria, integral, água e sal	25,9%	20,4%	16,7%	18,5%	9,3%	7,4%	1,9%		
Outros tipos de bolachas ou biscoitos	33,3%	14,8%	18,5%	11,1%	9,3%	5,6%	7,4%		
Croissant, bolos pastelaria, bolos caseiros	21,8%	23,6%	18,2%	21,8%	7,3%	5,5%		1,8%	
Chocolate em barra, chocolate em pó	27,3%	23,6%	21,8%	12,7%	3,6%	7,3%	3,6%		
Marmelada, compota, geleia, mel	49,1%	18,2%	10,9%	18,2%		1,8%	1,8%		
Sobremesas lácteas	55,6%	16,7%	14,8%	13%					
Gelado	38,2%	27,3%	14,5%	12,7%	7,3%				
Açúcar	48,1%	3,7%	5,6%	7,4%	5,6%	9,3%	20,4%		

VII. Bebidas									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

Vinho	40,7%	25,9%	13%	13%	3,7%	1,9%	1,9%		
Cerveja	47,3%	25,5%	20%	3,6%		1,8%	1,8%		
Licores	78,3%	20%	1,8%						
Outras bebidas alcoólicas	79,6%	14,8%	3,7%	1,9%					
Refrigerantes	54,5%	3,6%	9,1%	14,5%	12,7%	1,8%	3,6%		
Sumos de Fruta	27,3%	20%	12,7%	21,8%	10,9%	7,3%			
Sumos Light	50%	18,5%	13%	7,4%	5,6%	3,7%	1,9%		
Chás de ervas, cevadas, descafeinado	37%	20,4%	13%	9,3%		11,1%	9,3%		
Chá preto	67,3%	9,1%	7,3%	5,5%	3,6%	5,5%	1,8%		
Café	21,8%	3,6%	3,6%	7,3%	7,3%	14,5%	36,4%	5,5%	

VIII. Comida rápida e molhos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Salgados	30,9%	30,9%	16,4%	18,2%	1,8%	1,8%			
Pizza	32,7%	47,3%	16,4%	3,6%					
Hambúrguer (fast-food)	61,8%	29,1%	5,5%	3,6%					
Maionese	76,4%	14,5%	5,5%	3,6%					
Ketchup	76,4%	9,1%	7,3%	7,3%					

D. Técnicos de diagnóstico e terapêutica

I. Produtos lácteos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Leite Gordo	96,5%	1,8%	1,8%						
Leite Meio-Gordo	29,8%	10,5%		7,0%	1,8%	26,3%	22,8%	1,8%	
Leite Magro	62,5%	1,8%	3,6%	1,8%	1,8%	21,4%	7,1%		
logurte Natural, magro	49,1%	8,8%	7,0%	12,3%	1,8%	10,5%	10,5%		
Outros logurtes	10,7%	12,5%	8,9%	23,2%	12,5%	16,1%	16,1%		
Queijo magro, fresco	38,6%	22,8%	12,3%	22,8%	1,8%		1,8%		
Queijo Tipo Flamengo, barra, fatiado	16,4%	12,7%	18,2%	20,0%	7,3%	16,4%	9,1%		
Outros tipos de queijos	43,9%	21,1%	21,1%	7,0%	3,5%	1,8%	1,8%		

II. Carnes, peixes e ovos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Ovo	1,8%	30,4%	39,3%	28,6%					



COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

Carne de porco	7,0%	10,5%	35,1%	43,9%	3,5%				
Carne de frango, peru	7,0%	19,3%	57,6%	14,0%	1,8%				
Carne de vaca	21,4%	8,9%	39,3%	30,4%					
Carne de borrego, cabrito	58,2%	30,9%	9,1%	1,8%					
Fígado de vaca, porco (..)	91,2%	7,0%	1,8%						
Fiambre, presunto, paio	17,5%	33,3%	15,8%	22,8%	3,5%	5,3%	1,8%		
Mortadela, Chouriço, Alheira	40,4%	36,8%	14,0%	5,3%	3,5%				
Toucinho, bacon, entremeada	49,1%	29,8%	12,3%	8,8%					
Peixes gordos	26,3%	26,3%	24,6%	21,1%	1,8%				
Peixes Magros	12,3%	10,5%	29,8%	43,9%	3,5%				
Bacalhau	7,1%	30,4%	35,7%	26,8%					
Peixe em conserva	26,3%	38,6%	26,3%	8,8%					
Lulas, Choco, Polvo	25,0%	42,9%	23,2%	8,9%					
Mariscos	45,6%	35,1%	15,8%	3,5%					

III. óleos e gorduras									
Alimento	<1 vez por mês ou	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

	nunca								
<b>Azeite</b>		3,6%	5,5%	16,4%	23,6%	21,8%	27,3%		1,8%
<b>Óleos</b>	41,8%	14,5%	25,5%	7,3%	7,3%	1,8%	1,8%		
<b>Margarina</b>	41,8%	7,3%	14,5%	12,7%	9,1%	10,9%	3,6%		
<b>Manteiga</b>	38,6%	8,8%	7,0%	14%	14%	10,5%	7,0%		
<b>Natas</b>	42,9%	25%	25%	5,4%	1,8%				
<b>Banha</b>	92,9%	5,4%	1,8%						

IV. Pão, cereais e derivados									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
<b>Pão branco, pão de forma, tostas</b>	32,7%	9,1%	7,3%	10,9%	7,3%	23,6%	7,3%		1,8%
<b>Pão integral, mistura, centeio</b>	33,3%	8,8%	8,8%	10,5%	8,8%	15,8%	14%		
<b>Broa de milho</b>	66,1%	17,9%	8,9%	3,6%	3,6%				
<b>Flocos de cereais não açucarados</b>	69,6%	7,1%	3,6%	5,4%	7,1%	7,1%			
<b>Flocos de cereais açucarados</b>	83,9%	7,1%	3,6%	1,8%	1,8%	1,8%			
<b>Flocos de cereais com frutos secos</b>	82,5%	7,0%	1,8%	7,0%	1,8%				
<b>Arroz</b>	3,4%	5,2%	19%	58,6%	8,6%	1,7%	3,4%		
<b>Massas</b>	6,9%	5,2%	17,2%	53,4%	12,1%	3,4%		1,7%	

V. Bolos, bolachas, sobremesas e doces									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Bolachas: Maria, integral, água e sal	37,9%	13,8%	13,8%	15,5%	5,2%	10,3%	3,4%		
Outros tipos de bolachas ou biscoitos	34,5%	13,8%	29,3%	10,3%	1,7%	8,6%	1,7%		
Croissant, bolos pastelaria, bolos caseiros	22,4%	20,7%	20,7%	13,8%	10,3%	12,1%			
Chocolate em barra, chocolate em pó	53,4%	20,7%	13,8%	5,2%	3,4%	1,7%	1,7%		
Marmelada, compota, geleia, mel	56,9%	19%	12,1%	10,3%	1,7%				
Sobremesas lácteas	41,4%	34,5%	17,2%	5,2%	1,7%				
Gelado	31%	25,9%	20,7%	15,5%	6,9%				
Açúcar	36,2%	5,2%	3,4%	10,3%	6,9%	24,1%	10,3%	1,7%	1,7%

VI. Hortaliças, legumes e fruta									
Alimento	<1 vez por	1-3 vezes	1 vez por	2-4 vezes	5-6 vezes	1 vez por	2-3 vezes	4-5 vezes	6 ou mais

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

	mês ou nunca	por mês	semana	por semana	por semana	dia	por dia	por dia	vezes por dia
Sopas de Legumes (sem carne ou peixe)	13,8%	5,2%	5,2%	25,9%	12,1%	27,6%	10,3%		
Saladas	1,7%	3,4%	8,6%	25,9%	15,5%	29,3%	13,8%		1,7%
Legumes e Hortaliças	10,3%	5,2%	10,3%	31%	10,3%	25,9%	5,2%	1,7%	
Leguminosas	13,8%	25,9%	31%	19%	5,2%	3,4%	1,7%		
Ervilhas, favas	32,8%	25,9%	25,9%	12,1%	3,4%				
Batatas Fritas	29,3%	24,1%	27,6%	15,5%	1,7%	1,7%			
Batatas Cozidas, assadas, estufadas	7%	15,8%	26,3%	35%	3,5%	10,5%			1,8%
Fruta Fresca	3,6%	5,4%	3,6%	10,7%	7,1%	19,6%	33,9%	7,1%	8,9%
Frutos Enlatados	71,4%	21,4%	3,6%	1,8%	1,8%				
Frutos Secos	53,4%	24,1%	12,1%	5,2%	3,4%	1,7%			
Azeitonas	43,1%	27,6%	8,6%	13,8%	1,7%	3,4%	1,7%		

VII. Bebidas									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Vinho	75,9%	6,9%	8,6%	3,4%		3,4%	1,7%		

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E EXCESSO DE PESO EM PROFISSIONAIS DO SECTOR DA SAÚDE

Cerveja	81%	10,3%	6,9%	1,7%					
Licores	93,1%	5,2%	1,7%						
Outras bebidas alcoólicas	94,8%	3,4%	1,7%						
Refrigerantes	36,8%	24,6%	7%	17,5%	1,8%	5,3%	7%		
Sumos de Fruta	39,7%	17,2%	13,8%	15,5%	5,2%	5,2%	1,7%		1,7%
Sumos Light	75,9%	6,9%	5,2	3,4%	3,4%	1,7%	3,4%		
Chás de ervas, cevadas, descafeinado	24,6%	8,8%	17,5%	10,5%	7%	17,5%	8,8%	3,5%	1,8%
Chá preto	69%	10,3%	6,9%	1,7%	3,4%	3,4%	5,2%		
Café	24,6%				3,5%	21,1%	35,1%	12,3%	3,5%

VIII. Comida rápida e molhos									
Alimento	<1 vez por mês ou nunca	1-3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	1 vez por dia	2-3 vezes por dia	4-5 vezes por dia	6 ou mais vezes por dia
Salgados	34,5%	27,6%	22,4%	8,6%	5,2%	1,7%			
Pizza	58,6%	27,6%	10,3%	1,7%			1,7%		
Hambúrguer (fast-food)	67,2%	24,1%	8,6%						
Maionese	63,8%	20,7%	12,1%			1,7%	1,7%		
Ketchup	72,4%	20,7%	3,4%			1,7%	1,7%		

Apêndice VI – Plano de sessão

**Plano de sessão – Módulo I**

<b>Curso</b>	Nutrição e Promoção de Saúde
<b>Módulo</b>	Alimentação e estilo de vida saudável
<b>População alvo</b>	Profissionais do sector de Saúde
<b>Formador</b>	Dietista

<b>Objectivos gerais</b>	Capacitar os formandos princípios básicos de alimentação e nutrição
<b>Objectivos específicos</b>	- No final da sessão o formando deverá ser capaz de identificar, as noções básicas de alimentação e nutrição

<b>Pré-requisitos</b>	Profissionais da instituição
<b>Nº de Participantes</b>	20
<b>Metodologia Pedagógica</b>	Metodologia expositiva, treino individual e em grupo
<b>Duração</b>	50 minutos
<b>Data</b>	A definir
<b>Local</b>	Instituição

<b>Etapas</b>	<b>Temas e Conteúdos</b>	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	<b>Equipamentos/meios didácticos</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Tempo (min)</b>
Introdução	Apresentação do formador, dos formandos e do tema	-Expositivo	-	-	10
	Comunicação dos objectivos gerais e específicos	-Expositivo	Recursos Audiovisuais e Multimédia	-	
	Enquadramento	-Expositivo	Recursos Audiovisuais e Multimédia	-	
	Teste de diagnóstico	-	Papel	Inicial	
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: a) História da alimentação b) Guias alimentares e sua importância c) Macronutrientes e Micronutrientes	-Expositivo  -Interrogativo	Recursos Audiovisuais e Multimédia	Formativa	25
Conclusão	Resumo de sessão	-Expositivo	Recursos Audiovisuais e Multimédia	-	15
	Avaliação escrita			Sumativa	
	Comunicação dos resultados	-Expositivo		-	

**Plano de Sessão – Módulo II**

<b>Curso</b>	Nutrição e Promoção de Saúde
<b>Módulo</b>	Alimentação e estilo de vida saudável - da teoria à prática
<b>Modulo Nº</b>	2
<b>População alvo</b>	Profissionais do sector de Saúde
<b>Formador</b>	Dietista

<b>Objectivos gerais</b>	Capacitar os formandos princípios básicos de alimentação e nutrição
<b>Objectivos específicos</b>	- No final da sessão o formando deverá ser capaz de enumerar princípios de uma alimentação saudável, analisar rótulos de alimentos e calcular o IMC.

<b>Pré-requisitos</b>	Profissionais da instituição
<b>Nº de Participantes</b>	20
<b>Metodologia Pedagógica</b>	Metodologia expositiva, treino individual e em grupo
<b>Duração</b>	50 minutos
<b>Data</b>	A definir
<b>Local</b>	

<b>Etapas</b>	<b>Temas e Conteúdos</b>	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	<b>Equipamentos/meios didácticos</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Tempo (min)</b>
Introdução	-Comunicação dos objectivos gerais e específicos	- Expositivo	Recursos Audiovisuais e Multimédia	-	10
	Breve resumo do módulo anterior	- Expositivo	Recursos Audiovisuais e Multimédia	-	



Desenvolvimento	- Conteúdos programáticos: d) Regras para uma alimentação saudável e) Rotulagem nutricional f) Cálculo do IMC	- Expositivo  - Interrogativo	Recursos Audiovisuais e Multimédia	Formativa	25
Conclusão	Avaliação: Avaliação escrita global	-		Sumativa	15
	Comunicação dos resultados	Expositivo		-	

## **XI. Anexos**

### Anexo I - Procedimentos para medição de estatura, peso corporal e perímetro de cintura

#### A. Procedimentos para medição da estatura

1. A medição da estatura implica o recurso a instrumentos adequados (estadiómetros ou caveiras);
2. O indivíduo deve estar descalço e usar roupas leves, para que seja visível o posicionamento do corpo;
3. Deve posicionar-se sobre uma superfície plana, com os calcanhares juntos e o peso equitativamente distribuído por ambos os pés;
4. Os braços devem estar pendentes, lateralmente ao corpo e cabeça, costas, nádegas e calcanhares devem estar em contacto com a régua vertical do estadiómetro;
5. A cabeça deve estar posicionada segundo o plano horizontal de Frankfurt, que consiste no alinhamento entre o topo superior do pavilhão auricular e o canto externo do olho, linha esta que deve ser horizontal ao solo;
6. A estatura deve ser medida a 0,1 cm mais próximo.

#### B. Procedimentos para a medição do peso corporal

1. O indivíduo deve posicionar-se no centro da plataforma da balança com o peso distribuído equitativamente por ambos os pés, vestindo apenas roupa leve e sem sapatos;
2. Idealmente, o peso deve ser obtido sempre nas mesmas condições;
3. O peso deverá ser registado aos 100g mais próximos.

#### C. Procedimentos para a medição do perímetro de cintura

1. O indivíduo deve estar de pé, com o peso equitativamente distribuído por ambos os pés, que devem estar afastados 25 a 30 cm entre si;
2. O perímetro de cintura deve medir-se a meia distância entre o bordo inferior da grelha costal e a crista ilíaca, devendo ambos os pontos ser palpados e marcados, e o ponto médio medido e também marcado;

3. A fita, que deve ser flexível e não extensível, é colocada sobre o referido ponto médio, sem comprimir os tecidos, devendo formar um plano horizontal com o solo
4. A circunferência deve medir-se a 0,1 cm mais próximo, no fim de uma expiração norma.