

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E
ADOLESCENTE

DENISE KNUTH KOLOSQUE

SAÚDE DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO RIO GRANDE
DO SUL

Pelotas
2016

DENISE KNUTH KOLOSQUE

**SAÚDE DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO RIO GRANDE
DO SUL**

Dissertação apresentada ao Mestrado
em Saúde da Mulher, Criança e
Adolescente da Universidade Católica
de Pelotas como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Janaína Vieira dos Santos
Motta

Coorientador: Clarissa de Souza
Ribeiro Martins

Pelotas
2016

**SAÚDE DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO RIO GRANDE
DO SUL**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Luciana Quevedo

M^a. Natália Peixoto Lima

Orientador – Prof^a.Dr^a. Janaína Vieira dos Santos Motta

Dedicatória

A Deus.

A minha família.

Ao meu amor.

A minha orientadora e minha coorientadora.

Agradecimento

A Deus, que quando algumas vezes, sentindo-me desacreditada e perdida nos meus objetivos, ideais ou minha pessoa, me fez fortalecer e realizar este sonho.

A minha mãe Lucia Elena Knuth Kolosque, por ter dedicado sua vida para realizar os sonhos de suas filhas. Muito obrigada por todo amor, companheirismo, afeto e amizade. És o exemplo que quero seguir. Essa conquista é para ti.

Ao meu pai Carlos Elder Copello Kolosque, que mesmo partindo muito cedo deste plano deixou seus ensinamentos, sua força e sua vontade de viver estampada dentro de mim. Estarás sempre vivo em minha memória e meu coração. Te amo, até além da vida. *“A morte não é nada, eu somente passei para o outro lado do caminho”*.

A minha irmã Deise Knuth Kolosque e meu cunhado Eduardo Lemos Simon, meus agradecimentos por todos os momentos de alegria, de auxílio e de conselhos.

A minha afilhada Alana Kolosque, que me faz acreditar na pureza das crianças e faz meus dias mais felizes. És minha filha, afilhada, sobrinha e minha paixão. Obrigada pelos momentos de confidências, de amizade, de gratidão e de companheirismo. Amor para toda vida.

Ao meu amor, companheiro e amigo Douglas Cezar Machado, que enfrentou ao meu lado muitos momentos difíceis. Agradeço por fazeres parte da minha vida e por deixá-la muito mais bonita do que era. Fizeste-me acreditar que os sonhos podem ser realizados. Te amo muito, hoje e sempre.

Aos demais familiares e amigos, obrigada.

A minha orientadora Janaína Vieira dos Santos Motta e minha coorientadora Clarissa de Souza Ribeiro Martins, por todos os ensinamentos, dedicação e confiança.

A todos os funcionários da Universidade Católica de Pelotas e ao programa de Pós-Graduação em saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

RESUMO

Na rede hospitalar a equipe de profissionais que atua na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) é responsável pela recuperação e/ou manutenção da saúde das pessoas através de uma distribuição equilibrada de alimentos saudáveis. Com as transições nutricionais, demográficas e epidemiológicas vividas nos últimos anos, as patologias pertencentes aos grupos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) tornaram-se um grande problema de saúde pública por conta de sua gravidade e de sua expansão mundial, e uma das grandes influências para o seu desenvolver são os fatores de risco, que podem ser divididos em dois grupos: modificáveis (fumo, álcool, atividade física, consumo de gorduras) e não modificáveis (sexo, idade, cor da pele). O presente trabalho teve como objetivo avaliar os fatores de risco modificáveis para DCNTs e o Estado Nutricional dos trabalhadores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP). É um estudo do tipo transversal, realizado na UAN do HUSFP da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Foram analisadas 47 pessoas do sexo feminino e destas, 43,9% encontraram-se com excesso de peso ou obesidade, 65,8% consumiam poucas fibras, 68,2% eram inativas fisicamente e 75,6% estavam com a circunferência abdominal acima de 80cm. Em relação às nutricionistas, 50,0% eram inativas fisicamente. Esses dados retratam a existência de inúmeros fatores de risco para as DCNTs, sendo necessário prevenções e mudanças no estilo de vida. Por outro lado, resultados benéficos foram encontrados nas análises. Poucas foram as funcionárias e nutricionistas que, conforme os instrumentos aplicados, referem uso de fumo e álcool. Outro resultado encontrado foi a pouca ingestão de gorduras nas dietas. Por último, a maioria das nutricionistas apresentavam dieta rica em fibras e 83,3% destas tinham a circunferência abdominal de até 80 cm. Adotar medidas de prevenção dos fatores de risco para as DCNTs qualifica a vida da população e organiza o sistema de saúde do país. Conhecer a magnitude, a tendência e os fatores de risco dessas doenças proporciona planejamentos, execução e avaliação de controle para implementações e intervenções.

Palavras-Chaves: Doença crônica; Fatores de risco; Saúde do trabalhador; Obesidade; Estilo de Vida Sedentário.

ABSTRACT

In the hospital network team of professionals engaged in the Food and Nutrition (HFS) is responsible for the recovery and / or maintaining the health of people through a balanced distribution of healthy food. With nutrition, demographic and epidemiological transitions experienced in recent years, the pathologies belonging to the groups of Diseases Chronic Noncommunicable (NCDs) have become a major public health problem because of its severity and its global expansion, and one of the great to influence their development are risk factors, which can be divided into two groups: modifiable (tobacco, alcohol, exercise, intake of fat) and non-modifiable (sex, age, skin color). This study aimed to evaluate the modifiable risk factors for NCDs and the Nutritional Status of employees of Food and Nutrition (HFS) of the University Hospital San Francisco de Paula (HUSFP). It is a cross-sectional study, conducted in the UAN HUSFP the city of Pelotas, Rio Grande do Sul. 47 females were analyzed and of these, 43.9% met overweight or obese, 65.8% consumed few fibers, 68.2% were physically inactive and 75.6% had a waist circumference above 80 cm. In relation to nutritionists, 50.0% were physically inactive. These data depict the existence of numerous risk factors for NCDs, being necessary preventions and changes in lifestyle. Moreover, beneficial results were found in the analysis. There are few employees and nutritionists that as the applied instruments, refer use of tobacco and alcohol. Another result found was the little fat intake in the diets. Finally, most dieticians had diet rich in fiber and 83.3% of these had abdominal circumference of up to 80 cm. Adopt measures to prevent the risk factors for NCDs qualifies people's lives and organizes the health system of the country. Know the magnitude, trend and risk factors of these diseases provides planning, implementation and evaluation of control for deployments and interventions.

Key Words: Chronic Illness; Risk factors; Worker's health; Obesity; Sedentary Lifestyle.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DANTs	Sistema Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FTND	Teste de Fagerstrom para Dependência de Nicotina
GATS	Pesquisa Global de Tabaco em Adulto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSFP	Hospital Universitário São Francisco de Paula
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
Ltda	Limitada
NIEPAS	Núcleo de Integração, Pesquisa e Assistência
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHAC	Agência de Saúde Pública do Canadá
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
RS	Rio Grande do Sul
SEMSAT	Medicina e Segurança do Trabalho Ltda
SUS	Sistema Único de Saúde
UAN	Unidade de Alimentação e Nutrição
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
I PROJETO.....	12
1 IDENTIFICAÇÃO.....	13
1.1 Título	13
1.2 Mestranda.....	13
1.3 Orientador	13
1.4 Coorientador.....	13
1.5 Instituição	13
1.6 Curso	13
1.7 Linha de pesquisa	13
1.8 Data	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 OBJETIVOS	17
4 HIPÓTESES	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
5.1 Fatores de Risco Modificáveis	19
5.2 Fatores de Risco Modificáveis em Trabalhadores.....	23
6 MARCO TEÓRICO.....	26
7 MÉTODO	28
7.1 Delineamento	28
7.2 Participantes	28
7.2.1 Critérios de inclusão.....	28
7.2.2 Critérios de exclusão.....	28
7.3 Cálculo do tamanho da amostra.....	28
7.4 Procedimentos e instrumentos.....	30
7.4.1 Desfecho primário.....	30
7.4.2 Desfecho secundário.....	31
7.4.3 Instrumentos.....	31
7.5 Análise dos dados.....	33
7.6 Aspectos éticos	33
7.6.1 Riscos.....	34

7.6.2 Benefícios.....	34
7.7 Cronograma	35
7.8 Orçamento	36
8 REFERÊNCIAS	37
II FOLDER.....	40
III ALTERAÇÕES PROJETO.....	43
IV ARTIGO	44
1 Introdução	46
2 Métodos	48
3 Resultados.....	50
4 Discussão.....	51
5 REFERÊNCIAS.....	54
Tabela 1: Variáveis sócio demográficas.....	58
Tabela 2: Fatores de Risco Modificáveis para DCNT.....	59
V CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO.....	60
ANEXOS	61
Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido	62
Anexo 2: Carta ao NIEPAS.....	63
Anexo 3: Carta ao Ambulatório da UFPel.....	64
Anexo 4: Instrumento.....	65
ADENDOS.....	70
Adendo 1: Carta ao Comitê de Ética.....	71
Adendo 2: Termo de compromisso do entrevistador.....	72

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é composto por quatro partes: a primeira, referente ao projeto, a segunda parte composta por um folder informativo entregue aos participantes do estudo e aos gestores do Hospital Universitário São Francisco de Paula, a terceira pertencente as alterações do projeto de pesquisa, a quarta- e última parte - o artigo resultante do projeto.

O projeto, intitulado Saúde dos Trabalhadores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição em um Hospital Universitário no Sul do Rio Grande do Sul, foi realizado no Hospital Universitário São Francisco de Paula, na cidade de Pelotas. Após a aprovação do projeto subdividido em introdução, justificativa, objetivos, revisão de literatura, marco teórico, metodologia, referências, anexos e adendos, iniciou-se as entrevistas através de um questionário com os profissionais da UAN e a mensuração das medidas antropométricas. Após as análises encontradas, estruturou-se o artigo.

A segunda parte é o folder informativo com orientações sobre qualidade de vida, que foi entregue à instituição de saúde e aos profissionais através de uma reunião.

As alterações do projeto de pesquisa foram realizadas por alternância dos objetivos, da população alvo, do tamanho amostral, das variáveis e das análises, representando a terceira parte deste trabalho.

O artigo constitui na quarta e última parte, e será submetido à Revista de Epidemiologia em Serviços de Saúde.

I PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Saúde dos Trabalhadores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição de um Hospital Universitário no Sul do Rio Grande Do Sul

1.2 Mestranda: Denise Knuth Kolosque

1.3 Orientador: Prof^{fa} Dr^a Janaína Vieira dos Santos Motta

1.4 Coorientador: M^a. Clarissa de Souza Ribeiro Martins

1.5 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.6 Curso: Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

1.7 Linha de pesquisa: Estratégias Preventivas em Saúde do Ciclo Vital

1.8 Data: Julho de 2015

2. INTRODUÇÃO

Devido às transições nutricionais, demográficas e epidemiológicas que a sociedade vem vivenciando, modificaram-se não só os estilos de vida, mas também as doenças, que passaram de infecciosas para crônico-degenerativas. Tais transformações resultaram em um problema de saúde pública devido a um grande aumento dessas enfermidades, o que propiciou ao Ministério da Saúde basear-se nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para implantar um Sistema Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS)¹.

As Doenças Crônicas são afecções que acometem o organismo humano, acompanhando o indivíduo ao longo de sua vida, alternando em momentos de melhora ou piora. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm sua etiologia incerta, além de múltiplos fatores de risco¹. Sua manifestação clínica se dá após um longo período de exposição a fatores de risco e, conseqüentemente, o diagnóstico se torna tardio, o que aumenta significativamente a prevalência de óbitos².

Segundo a OMS, cerca de 36 milhões de mortes anuais são causadas por esse grupo de doenças e essas taxas são mais prevalentes em países de baixa e média renda³.

O termo risco, do ponto de vista epidemiológico, refere-se à probabilidade que os indivíduos expostos a situações ou fatores venham a adoecer. Alguns dos principais fatores de risco para as DCNTs são modificáveis (fisicamente ativo, não fumar, não ter um consumo de álcool abusivo e dieta equilibra) e ações para ter um estilo de vida saudável tornam-se mais fáceis quando realizadas de forma coletiva⁴. O estado nutricional também é um fator de risco para o desenvolvimento de DCNTs. Ele contém uma carga biológica, porém a interação com o meio ambiente pode causar variações que poderão influenciar o padrão corporal estabelecido pela genética⁵.

A Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) agrupa áreas que objetivam fornecer refeições saudáveis e balanceadas, mantendo a higiene necessária para o estabelecimento da saúde. Existem três formas de direcioná-la: Autogestão: o estabelecimento dispõe de uma UAN que realiza refeições aos seus funcionários; Refeição transportada: A UAN integra-se em um estabelecimento que realiza refeições e as distribui para locais que dispõem somente de refeitórios; Concessão: A empresa

oferece seu local de produção e fornecimento para um estabelecimento especializado em restaurantes⁶.

A cidade de Pelotas é caracterizada como referência de ensino por ser um pólo universitário, com cinco instituições de ensino superior e quatro grandes escolas técnicas. No âmbito hospitalar a cidade é beneficiada por seis hospitais (Santa Casa de Misericórdia, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Miguel Piltcher, Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), Hospital Escola da UFPel e Hospital Clinicanp Ltda). O foco do presente projeto de pesquisa é o Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), composto por treze unidades assistenciais (Casa da gestante, Central de Materiais e Esterilização, Centro Cirúrgico, Centro de Referência em Nefrologia, Centro de Tratamento Intensivo I e II, Clínica Cirúrgica, Clínica Ginecológica e Obstétrica, Clínica Médica, Clínica Pediátrica Santo Antônio, Pronto Atendimento Pediátrico e Ginecológico, Unidade de Convênios e Particulares, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e UTI Pediátrica e Neonatal) e uma Unidade de Alimentação e Nutrição, na forma de autogestão, que fornece alimentação para os funcionários, pacientes e acompanhantes. O HUSFP dispõe de uma equipe de 70 servidores que atuam na UAN do estabelecimento e são divididos por turnos e funções.

Deste modo, o presente projeto tem como objetivo avaliar os fatores de risco modificáveis (Fumo, Álcool, Atividade Física, Consumo de Fibras e Gorduras) para DCNTs e o Estado Nutricional dos trabalhadores de uma UAN do Hospital Universitário São Francisco de Paula.

2.1 JUSTIFICATIVA

Os profissionais atuantes em unidades de alimentação, de alguma forma, são também responsáveis pela manutenção dos hábitos alimentares saudáveis dos cidadãos através da distribuição de dietas equilibradas. Frente a isso, deveriam manter hábitos adequados a serem seguidos como exemplo por sua clientela.

Durante a revisão bibliográfica, poucos foram os achados sobre a saúde desses profissionais, sendo que a maioria das publicações focava na equipe multiprofissional que estava ligada diretamente com os pacientes, excluindo os trabalhadores das UANs.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os fatores de risco modificáveis (Fumo, Álcool, Atividade Física, Consumo de Fibras e Gorduras) para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e o estado nutricional dos trabalhadores da unidade de alimentação e nutrição (UAN) do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP).

3.2 Específicos

1- Conhecer a prevalência dos fatores de risco modificáveis para DCNT de acordo com o sexo dos trabalhadores da UAN do HUSFP.

2-Verificar a prevalência dos fatores de risco modificáveis para DCNT de acordo com a faixa etária dos trabalhadores da UAN do HUSFP.

3-Medir a prevalência dos fatores de risco modificáveis para DCNT de acordo com a escolaridade dos trabalhadores da UAN do HUSFP.

4-Avaliar a associação entre os fatores de risco modificáveis para DCNT e o tipo de trabalho exercido na UAN do HUSFP.

5-Descrever o estado nutricional dos trabalhadores de acordo com as características sociodemográficas e características de trabalho.

6-Avaliar a associação do estado nutricional de acordo com os fatores de risco modificáveis para DCNT.

4. HIPÓTESES

1- O sexo feminino realizará menos atividade física e consumirá mais gorduras quando comparado ao sexo masculino, por outrora os homens consumirão mais álcool e fumo.

2- Os profissionais que apresentarem maior idade (> 35 anos) terão mais fatores de risco modificáveis para DCNT.

3- Os fatores de risco modificáveis para DCNT serão mais freqüentes em profissionais de baixa escolaridade.

4- A profissão dos trabalhadores da UAN que terá maior prevalência de fatores de risco modificáveis para DCNT será de atendentes do sexo feminino.

5- Os profissionais do turno da tarde apresentarão maiores excessos de peso em relação aos outros turnos, e esse fator de risco não modificável estará relacionado com o aumento de consumo de alimentos não saudáveis no local de trabalho.

6- Os profissionais da UAN que apresentarão excesso de peso serão os que fumarem, que forem inativos fisicamente, que consumirem mais gorduras que fibras e que ingerirem mais bebida alcoólica.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

Foi realizada uma busca na base de dados MedLine/PubMed, usando o descritor “**factors of risk modifiable AND illnesses crônicas**”, e a única limitação empregada foi “pesquisa em seres humanos”.

Foram encontrados 790 artigos, destes, após a leitura do título, foram analisados 267 desde o ano de 1987. O período de busca de referências para a redação do projeto encerrou-se em 20 de agosto de 2014.

Dos 267 artigos, 162 foram selecionados para análise do resumo e destes, 147 foram excluídos, sobrando 12 artigos selecionados na íntegra. Os estudos excluídos foram aqueles que não continham seus textos completos, que foram realizados em crianças e que não estavam diretamente relacionados com os fatores de risco modificáveis e estado nutricional para o desenvolver de DCNT.

Os artigos que foram selecionados são aqueles que incluíram fatores de risco modificáveis e estado nutricional para o desenvolvimento de doenças crônicas em adultos, sendo o total de 12 artigos, conforme mostra o Quadro 1. Destes, quatro foram realizados na América do Norte, quatro no continente asiático, um no continente africano, um no continente africano e na América do Norte, um no continente oceânico e um no continente europeu. O tamanho das amostras variou entre 104 a 156.316 nesses 12 artigos.

Observou-se que todos os estudos mediram o estado nutricional como fator do Índice de Massa Corporal (IMC, Kg/m²) e os demais fatores de risco modificáveis (Atividade Física, Fumo, Álcool e Consumo de Gordura), utilizando diversos instrumentos^{7 et al.18}, sendo eles: - Atividade Física: o instrumento mais utilizado dentre os artigos foi o IPAQ, que avalia as atividades físicas desde sua frequência, duração e intensidade (de moderadas a vigorosas). As respostas dos entrevistados foram divididas em três grupos: Nenhuma atividade física no lazer, baixa atividade física e alta atividade física^{7,8,9,10}; -Fumo: Os instrumentos mais utilizados para tal avaliação foram aqueles que mediram o fumo através do consumo de 100 cigarros. Os que fumaram menos de 100 na vida foram classificados como não fumantes e os que utilizaram mais de 100 durante a vida foram classificados como fumantes atuais ou antigos^{11,12,13}; -Álcool: O consumo de álcool foi classificado conforme a frequência consumida por semana no último ano e a quantidade de bebida consumida por ocasião. As respostas foram agrupadas em: 0

doses/semana; Menos de três doses/semana; Mais de três até oito doses/semana e mais de oito doses/semana. Um limite de oito doses por semana foi selecionado para separar os bebedores moderados dos altos. Os entrevistados foram categorizados como: bebedores e não bebedores^{7,11}; -Consumo de Gorduras: A maioria dos estudos não enfocou nas gorduras e sim nas frutas e hortaliças através do número de vezes que se consumiu esses alimentos por semana e alguns estudos perguntaram sobre a diversidade alimentar consumida por semana, através de listas de alimentos variados^{7,11,14}, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Principais estudos publicados no mundo sobre Fatores de Risco Modificáveis.

Nº	AUTOR(ES)	ANO	PAÍS	AMOSTRA	INSTRUMENTO	VARIÁVEIS	RESULTADOS PERTINENTES
1	Elizabeth D. Kantoret <i>al.</i>	2013	Estados Unidos	9.895	Questionário auto aplicado +IMC + IPAQ	Estado Nutricional, Tabaco, Atividade Física, IMC, Fatores Demográficos, Diabetes, Álcool	Aumento da idade, do IMC e do consumo de gordura foram associados à inflamação crônica. Fatores de risco associados à inflamação reduzida: aumento da ingestão de fibra alimentar, de atividade física e consumo moderado de álcool
2	Scott T Leatherdale <i>et al.</i>	2013	Canadá	31.396	IMC + Questionário + Guia Canadá Gastronomia + Health Canada + Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC) + Sociedade Canadense de Fisiologia do Exercício	Drogas lícitas e ilícitas + Atividade Física + Estado Nutricional + IMC + Dados Pessoais	8,8% de fumo, 25,5% de bebedores, 22,5% obesos ou com sobrepeso, 89,4% apresentaram inatividade física e 93,6% não consumiam frutas, legumes e verduras. O número médio de fator de risco por aluno foi de 2,9%
3	Kiet A Ly <i>et al.</i>	2013	Vietnã	1.713	Passos da Abordagem Progressiva de risco de doenças crônicas e vigilância de	Drogas lícitas + Atividade Física + Histórico da Doença + Sintomas de Derrame +	Mais de 25% fumantes e 14,4% ex fumantes, a maioria homens.

					fatores-OMS + Curso Livre de Estado (QVSFS) + Rose Angina Questionnaire + IMC	Estado Nutricional + Ansiedade + Estresse + Pressão Arterial Sistêmica + IMC + Dados Pessoais + Tabagismo	12,4% sobrepeso e 16,0% obesos.
4	Roy William Mayega <i>et al.</i>	2012	Uganda	1.680	Uganda Inquérito Demográfico e de Saúde + OMS Stepwise para NCD Vigilância (STEPS) + Global da OMS Physical Activity Questionnaire (GPAQ) + IMC	IMC + Pressão Arterial Sistêmica + Fatores Sócio Comportamentais + Atividade Física + Drogas Lícitas + Estresse + Situação Sócio Econômica + Diabetes + Estado Nutricional	Excesso de peso: Feminino 18%, Masculino 9,7%. Obesidade: Feminino 8,3% Masculino 2,2%. Excesso de peso foi maior no sexo feminino, moradores da zona urbana e de maior idade.
5	Pablo Mallaina <i>et al.</i>	2013	Grécia + Itália + Países Baixos	1.439	Questionário + Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (FTND) + equações de risco de Framingham, e modelo Progetto CUORE	Colesterol + Pressão Arterial Sistêmica + Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica + Doenças Cardiovascular + Diabetes + Tabaco	Os fumantes têm 100% maior probabilidade de morte por doença cardiovascular nos próximos 10 anos em comparação aos não fumantes.
6	Noushin Fahimfaret <i>al.</i>	2012	Irã	2.378	Questionário + Quality Initiative (KDOQI)	Dados Pessoais + Pressão Arterial Sistêmica + Diabetes + Doença Renal Crônica	Durante 9 anos de acompanhamento houve 69 casos (41 do sexo masculino) de acidente vascular cerebral.
7	Marita Södergren <i>et al.</i>	2012	Austrália	3.644	IMC + International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-long) + Questionário	Dados Pessoais + Atividade Física + Características Sócio-Demográficas + IMC + Tabagismo + Estado Nutricional	Acima do peso ou obesos: Feminino 57%, Masculino 72%. As mulheres relataram consumir mais frutas por dia e ficarem menos tempo sentadas comparadas aos homens.
8	Sutapa Agrawal <i>et al.</i>	2012	Índia	156.316	Questionário administrado por entrevistador na língua nativa	Fatores demográficos + Socioeconômicos + Hábitos alimentares + Drogas Lícitas + Dados Pessoais	A diabetes foi mais elevada no sexo masculinos, que encontravam-se obesos ou com sobrepeso, que assistiam televisão quase todos os dias e mais velhos.
9	Jun Lv, <i>et al.</i>	2011	China	2.016	OMS PASSOS + International	Tabaco + Atividade Física + Estado	As pessoas urbanas chinesas que são de

					Physical Activity Questionnaire (IPAQ) + Pesquisa Global de Tabaco Adulto (GATS)	Nutricional + Dados Sócio demográficos + Dados Pessoais + Tipo de trabalho	meia-idade, homens, e menos instruídas têm mais probabilidade e perfil para serem do grupo de alto risco para o desenvolver de Doenças Crônicas
10	John Zeber, PhD	2010	Texas	313	UKPDS (versão 2.0) + UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) + Questionário Sócio Demográfico	Dados Pessoais + Pressão Arterial Sistêmica + Estado Nutricional + Atividade Física +	Pacientes com diabetes experimentam um risco substancial de doenças cardiovasculares devido a fatores comportamentais potencialmente modificáveis. Os pacientes que foram cuidadosamente monitorados em suas dietas e no uso de medicamentos, reduziram o risco de doença cardiovascular em 44%
11	Loretta Jackson Brown, <i>et al.</i>	2011	África + Estados Unidos	104	IMC + Questionário + Dados de um estudo maior	IMC + Dados Pessoais + Pressão Arterial Sistêmica + Diabetes + Dislipidemias + Estado Nutricional	Com a incidência de diabetes mellitus, obesidade e pressão arterial alterada aumentando, estima-se que até 2015 haverá 136,000 novos indivíduos por ano com Doença Renal Crônica terminal e 712,000 indivíduos com Doença Renal Crônica nos EUA
12	Ian H. de Boer <i>et al.</i>	2010	Estados Unidos	4.295	Danninger Medical Technology Inc, Columbus, OH + IMC + OMS + Eastman Kodak, Rochester, NY + Questionário Sócio Demográfico	Dados Pessoais + IMC + Taxa de Filtração Glomerular + Diabetes + Pressão Arterial Sistêmica +	A obesidade pode ser um fator de risco modificável para o desenvolvimento e progressão da doença renal em idosos

5.2 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS EM TRABALHADORES

Nesta revisão de literatura realizou-se uma busca na base de dados MedLine/PubMed, usando o descritor “**modifiable risk factors AND workers**”, e a única limitação empregada foi “pesquisa em seres humanos”.

Foram encontrados 107 artigos, destes, após a leitura do título, foram analisados 44 desde o ano de 1997. O período de busca de referências para a redação do projeto encerrou-se em 15 de agosto de 2014.

Dentre os estudos identificados: cinco são de fatores de risco para doenças cardiovasculares e destes, quatro são com trabalhadores; um como fator de risco para hipertensão, não sendo em trabalhadores; seis são de fatores de risco para DST/HIV, sendo todos em trabalhadores; um de fator de risco para gestação, não sendo com trabalhadores; um de fator de risco de inatividade física, realizado em trabalhadores; um de fator de risco tabagismo, realizado com trabalhadores; um de fatores de risco para dor lombar, não sendo com trabalhadores; um de fator de risco para nascimento de crianças com deficiência, não sendo realizado em trabalhadores; um de fator de risco para ferimentos, realizado em trabalhadores; um de fator de risco para câncer, realizado em trabalhadores; um de fator de risco para violência doméstica, realizado em trabalhadores; um de deficiência do sono como fator de risco, realizado em trabalhadores e um de dor de garganta como fator de risco, realizado em trabalhadores. Os demais 63 artigos não estavam diretamente relacionados com o tema proposto e foram então denominados como “perdas”. Sendo assim foram analisados 44 artigos na íntegra.

Os artigos que foram selecionados são aqueles que incluíram fatores de risco modificáveis e estado nutricional para DCNT em trabalhadores. Foram selecionados cinco estudos, conforme mostra o Quadro 2. Desses, um foi realizado no continente africano, dois no continente asiático, um no continente oceânico e um na América do Norte. O tamanho das amostras variou de 53 a 4.435 nos cinco estudos.

Dentre os estudos analisados, a coleta de dados sobre a atividade física foi realizada com perguntas referentes à frequência e à duração de suas realizações^{19,20}. O consumo de fumo foi autorrelatado como fumar de forma regular e ocasional, sendo as respostas categorizadas como não fumante, ex-fumante ou fumante atual^{19,21}. O consumo de gordura foi avaliado através da história de dieta auto relatada, obtendo como recomendação de 50 a menos de 70% de consumo de carboidratos e 20 a menos de 25%

de consumo de gordura no mês^{19,22}. O estado nutricional (fator de risco não modificável) foi analisado através do IMC.

Em relação aos instrumentos utilizados observou-se uma grande diversidade, podendo ser justificada pela grande variabilidade de fatores de risco a serem coletados. Todos os estudos utilizaram pelo menos um questionário adaptado ou formulado pelos entrevistadores, no qual continham questões desde individuais (hábitos) até ambientais e trabalhistas.

Nesses estudos pode-se observar que os fatores de risco estavam relacionados com a doença estudada e na grande maioria a enfermidade foi interligada a múltiplas rotinas prejudiciais à saúde^{19,20,21,22,23}.

Apesar de as doenças crônicas não transmissíveis estarem diretamente envolvidas com os fatores de risco modificáveis e estado nutricional, e esses serem uma das causas de grande prevalência de mortes no mundo, observou-se que a literatura encontra-se deficitária de publicações e pesquisas sobre esse tema com os trabalhadores, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Principais estudos publicados no mundo sobre Fatores de Risco Modificáveis em Trabalhadores.

Nº	AUTOR(ES)	ANO	PAÍS	AMOSTRA	INSTRUMENTO	VARIÁVEIS	RESULTADOS PERTINENTES
1	Capingana DP1 <i>et al.</i>	2013	África	615	Questionário modificado do projeto Who-Monica + Manuais da OMS	Atividade física + Tabaco + IMC + Pressão Arterial Sistêmica + Colesterol + Glicose + Triglicerídeos	Tabaco: 7,2% maior em homens. Excesso de Peso: 29,3%. Inatividade Física: 87,2%. O sexo feminino apresentou um aumento 3 vezes maior de obesidade comparado ao sexo masculino.
2	Tanaka E1 <i>et al.</i>	2013	Japão	4.435	Questionário auto aplicado seguido pela pesquisa em base de 2002	Sono + Hábitos Alimentares + Pressão Arterial Sistêmica + Tabaco + Atividade Física + Fatores Psicológicos + Histórico Familiar	Menos consumo de proteínas foi associado à dificuldade de iniciar o sono e na má qualidade do sono. Consumo alto de proteínas foi associado à dificuldade de manter o sono. Menos consumo de carboidratos foi

							associado à dificuldade de manter o sono.
3	Buxton OM <i>et al.</i>	2012	EUA	1.572	Escala K-6 Non-specific Distress + Versão abreviada do Job Content Questionnaire (JCQ) + Nordic + Questionario	Dor musculoesquelético + Sono + Situação Sócio demográfica + IMC + Sofrimento Psíquico + Exigências do Trabalho	Deficiência de sono foi associada com maiores taxas de dor, a interferência de trabalho e ao controle da limitação funcional
4	Hush JMet <i>et al.</i>	2009	Austrália	53	Nordic Questionnaire	Gênero + Dor de Garganta + Atividade Física + Estresse + Mobilidade Coluna Cervical	Dor de garganta foi mais frequente no sexo feminino com estresse psicológico elevado. Aqueles que se exercitavam mais de 3 vezes por semana tinham 1,5 menos chances de desenvolverem dor no pescoço.
5	Chow CY <i>et al.</i>	2007	China	196	Entrevista via telefone + Questionário	Situação demográfica + Idade + Gênero + Tabaco + Condições de trabalho	Tabaco: 31,8%. Bebedores: 91,6%. Os cozinheiros apresentaram 14,6% de ferimentos nas mãos.

6. MARCO TEÓRICO

O trabalhador vivia de modo que o prazer era substituído pela fadiga e o adoecer não gerava afastamento do serviço, resultando assim em muitos acidentes irreversíveis e em tarefas realizadas de forma desumana²⁴.

A interligação dos sindicatos brasileiros e dos militares da Reforma Sanitária Italiana (inspiração para o movimento trabalhista) serviram de impulso para a realização das semanas de saúde do trabalhador (SEMSAT) e da criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), que fortaleceram a luta dos trabalhadores pelo direito a saúde no Brasil²⁵.

As ações começaram a serem analisadas a partir da década de 1980, por meio de Programas de Saúde do Trabalhador (PST), sendo assim essa data foi nomeada como um marco histórico e revolucionário de reconhecimento do trabalhador como sujeito e não somente como prestador de serviços²⁶.

Segundo o Ministério da Saúde, o trabalhador é: *toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico*²⁷.

A constituição da lei 8.080/90, Art. 6º, parágrafo 3º, atribuiu ao órgão de direção nacional do SUS, o Ministério da Saúde, a coordenação da política de saúde do trabalhador, atuando na assistência, vigilância e promoção desses²⁸.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em março de 2014 na cidade metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, o número de pessoas em idade ativa era 3.521 mil, destas 54,1% encontravam-se ocupadas (nível de ocupação), 1,8%, desocupadas e 44,1%, não economicamente ativas, significando que não variou na comparação mensal e reduziu 22,8% na comparação anual. A taxa de desocupação (3,2%) permaneceu estável frente a fevereiro de 2014 e teve redução de 0,8% em relação a março de 2013²⁹. Esses dados apontam um grande crescimento nas ocupações trabalhistas.

Segundo a Constituição da Organização Mundial da Saúde, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças³⁰.

Com todas as mudanças ocorridas na antiguidade, a saúde passou a ser aplicada também ao ambiente em que o trabalhador encontra-se inserido, tentando proporcionar a ele um ambiente saudável.

No município de Pelotas / RS foi fundado, em 22 de maio de 1974, o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias e Cooperativas da Alimentação, que se compõe de quatro fusões sindicais: frigoríficos, panificação, engenhos e moinhos. A partir de 1992 estendeu sua base territorial para os municípios de Canguçu, Piratini, Pinheiro Machado, Arroio Grande, Jaguarão, Pedro Osório e Cerrito, além de Capão do Leão, Morro Redondo e Arroio de Padre. Atualmente, a categoria é composta de aproximadamente 7000 trabalhadores. Sua sede reside na cidade de Pelotas, com subsede no Capão do Leão. Tem como enfoque assegurar os direitos e deveres dos trabalhadores das indústrias e das cooperativas da alimentação³¹.

Com os avanços tecnológicos, os ambientes tornaram-se mais insalubres, o que ocasionaria a existência de novas doenças e o fortalecimento das que já existiam, o que geraria maiores afastamento desses trabalhadores do mercado³².

Atualmente, com a competitividade no mercado trabalhista, os servidores acabam se expondo a múltiplas tarefas e a situações que levam ao individualismo, acarretando, conseqüentemente, a diminuição das horas de lazer, o que poderia estar aumentando o sofrimento, isolamento e adoecimento causados pelo excesso de atividades³².

Observa-se que mesmo com todas as disputas revolucionarias vividas, o trabalhador encontra-se praticamente na mesma situação em que estava antes dos anos 1980, sendo assim é preciso requalificar a organização da saúde pública no Brasil a fim de focar os processos de trabalho e os problemas enfrentados, garantindo assistência, vigilância e intervenções.

7. METODOLOGIA

7.1 Delineamento

Estudo do tipo transversal, será realizado na Unidade de Alimentação e Nutrição do Hospital Universitário São Francisco de Paula da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

7.2 Participantes

Todos os profissionais da UAN do Hospital Universitário São Francisco de Paula da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

7.2.1 Critérios de inclusão

- Ser profissional da UAN do HUSFP por pelo menos 6 meses;
- Ser alfabetizado.

7.2.2 Critérios de exclusão

- Estar de férias ou de dispensa do serviço no período da coleta de dados;
- Não participar de todas as etapas de avaliação durante as coletas de dados.

7.3 Cálculo do tamanho da amostra

Número de funcionários na UAN do HUSFP: 70

Prevalência estimada de excesso de peso: 60%

Erro Aceitável: 5 pontos percentuais

Nível de confiança: 95%

Número de funcionários necessário para o estudo: 59

Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 65

Número de funcionários na UAN do HUSFP: 70

Prevalência estimada de fumo: 20%

Erro Aceitável: 5 pontos percentuais

Nível de confiança: 95%

Número de funcionários necessário para o estudo: 55

Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 61

Número de funcionários na UAN do HUSFP: 70

Prevalência estimada de abuso de álcool: 18%

Erro Aceitável: 5 pontos percentuais

Nível de confiança: 95%

Número de funcionários necessário para o estudo: 54

Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 59

Número de funcionários na UAN do HUSFP: 70

Prevalência estimada de inatividade física: 45%

Erro Aceitável: 5 pontos percentuais

Nível de confiança: 95%

Número de funcionários necessário para o estudo: 60

Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 66

Número de funcionários na UAN do HUSFP: 70

Prevalência estimada de alimentação inadequada: 80%

Erro Aceitável: 5 pontos percentuais

Nível de confiança: 95%

Número de funcionários necessário para o estudo: 55

Acréscimo de 10% para perdas e recusas: 61

Frente às observações feitas sobre as prevalências estimadas dos fatores de risco modificáveis para DCNT, optou-se por aderir ao maior número calculado para definir o tamanho da amostra que irá participar da pesquisa, sendo essa de 66 pessoas. Os cálculos foram realizados com base no site OpenEpi.

7.4 Procedimentos e Instrumentos

Para identificar as características socioeconômicas e demográficas e os fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas não transmissíveis será realizada uma entrevista com um questionário pré-codificado.

7.4.1 Desfecho primário

Será avaliado em trabalhadores da UAN do HUSFP quatro fatores de risco modificáveis para DCNT, são eles:

- Consumo de Fumo;

- Consumo de Álcool;
- Atividade Física;
- Consumo de Fibras e Gorduras.

7.4.2 Desfecho secundário

Será avaliado o Estado Nutricional em trabalhadores da UAN do HUSFP.

7.4.3 Instrumentos

- Atividade Física: Será avaliado através do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ - Versão longa, que contém questões relacionadas à atividade física moderada ou vigorosa por pelo menos 10 minutos. Classifica o nível de atividade física como ativo fisicamente ou inativo fisicamente.

- Fumo: Será avaliado através de questões sobre a quantidade em dias e anos de consumo e será classificado como não fumante, ex-fumante ou fumante atual.

- Álcool: Será coletado através do CAGE, que contém questões referentes ao anagrama diminuição, irritabilidade, sentimento de culpa e revelação. O resultado “CAGE positivo” é empregado para consumo alto de álcool e “CAGE negativo” para consumo baixo de álcool.

- Altura: Será mensurado pelo entrevistador, previamente treinado, através de sua medição com uma fita antropométrica (com precisão de 1mm).

- Peso: Será mensurado pelo entrevistador, previamente treinado, através de uma balança digital portátil (com precisão de 100g).

- Índice de Massa Corporal (IMC): Será avaliado através do peso (kg)/ altura (m) x altura (m). Seu resultado é classificado como: Baixo Peso até 18,4; Normal 18,5 – 24,9; Sobrepeso 25,0 – 29,9; Obeso $\geq 30,0$.

- Consumo de Fibras e Gordura: Será avaliado através da *Block*, que é composto por 24 itens alimentares visando a avaliar a frequência consumida de alimentos ricos em gorduras (Bloco 1 - 15 itens) e fibras (Bloco 2 - 9 itens). As perguntas são referentes ao último ano e atribui-se determinado número de pontos a cada frequência de consumo. Se a soma de pontos for maior que 27 na avaliação do bloco 1, a sua classificação será de dieta rica em gordura e se a soma de pontos na avaliação do bloco 2 for menor que 20, a classificação será de dieta pobre em fibras.

Quadro 3 – Resumo de Variáveis.

Sexo	Feminino, Masculino
Idade	Em anos
Classe Social	ABEP
Raça	Branca, Preta, Parda, Outra
Situação Conjugal	Casado(a) ou com Companheira(o), Solteiro(a) ou sem companheira(o), Separado(a) ou Viúvo(a)
Escolaridade	Em anos completos
Peso	Quilos
Altura	Centímetros
Índice de Massa Corporal	Kg/m^2
Circunferência Abdominal	Centímetros
Diagnóstico de DCNT	Sim/Não
Atividade Física	Ativo, Não Ativo
Fumo	Fumante, Não Fumante
Álcool	Consumo Alto, Consumo Baixo
Consumo de Gordura	Dieta Rica em Gordura, Dieta Não Gordurosa

7.5 Análise de dados

Os questionários serão digitados e codificados através do programa *EPI INFO*®, versão 6.04d, e a análise dos dados será realizada no programa *STATA*® versão 12.0.

Para a descrição das variáveis contínuas, será utilizada a média com seu respectivo desvio padrão para as variáveis categóricas, o número absoluto e a frequência relativa.

Para a análise descritiva, será avaliada a distribuição dos fatores de risco modificáveis para DCNT e estado nutricional de acordo com as variáveis independentes. Será utilizado o teste do chi quadrado para as análises bivariadas e a regressão de Poisson com ajuste robusto de variância para calcular as razões de prevalências (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC95%) brutos e ajustados. Irá assumir-se um nível de significância de 5% para testes bicaudais.

7.6 Aspectos éticos

Será apresentado e entregue, aos sujeitos participantes, o Termo de consentimento Livre Esclarecido (Anexo 1) em duas vias, ficando uma com os pesquisadores e outra com o participante da pesquisa. A partir deste, será encaminhada uma carta ao Núcleo de Integração, Pesquisa e Assistência (NIEPAS), que solicitará Consentimento Institucional ao Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) para a aplicação da pesquisa (Anexo 2). Além disso, será encaminhado ao Departamento de Nutrição da UFPel uma carta solicitando os atendimentos dos profissionais diagnosticados com obesidade (Anexo 3).

Será assegurado aos participantes um ambiente adequado, ou seja, tranquilo e confortável, livre de interferências externas. Serão garantidos o sigilo das respostas e a

confidencialidade dos dados, além da liberdade para que possam realizar sua avaliação de forma autônoma.

O participante terá total autonomia na desistência em qualquer momento do andamento do projeto.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos, no mínimo, e serão utilizados como fonte de conhecimento através da divulgação em periódicos e eventos científicos da área.

7.6.1 Riscos

O projeto apresenta riscos mínimos. Os entrevistados podem sentir-se pouco confortáveis ou constrangidos com algumas perguntas do estudo.

7.6.2 Benefícios

O conhecimento procedente desta pesquisa contribuirá para intervenções e implementações de estratégias que diminuam a ocorrência desses fenômenos.

7.8 Orçamento

Quadro 4 – Previsão de gastos.

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
FOLHAS	1500	45,00
CANETA ESFEROGRÁFICA	10	10,00
CARTUCHOS IMPRESSORA	6	60,00
BLOCO DE PAPEL	5	5,00
ENCARDENAÇÃO	4	16,00
		TOTAL: R\$ 136,00

OBSERVAÇÃO: Todas as despesas provenientes deste estudo serão custeadas pelos pesquisadores.

8. REFERÊNCIAS

- 1-Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev. bras. estud. Popul*; 2012. 133-145.
- 2-Brischiliari SCR, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Pelloso SM. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. *Rev Bras Cardiol*; 2014. 531-38.
- 3-Organização Mundial da Saúde. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. <http://www.who.int>
- 4-Guia básico para agentes de saúde, secretaria de Estado da Saúde, coordenadoria de Controle de Doenças Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco. 2009. <http://www.cve.saude.sp.gov.br>
- 5-Petribú MMV, Cabral PC; Arruda IKG. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. *Rev. Nutr.*; 2009.
- 6-Popolim W D. Unidade Produtora de Refeições (UPR) e Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) - Definições, Diferenças e Semelhanças. *Nutrição profissional*, São Paulo: RCN Comercial e Editora Ltda. 2007.
- 7-Kantor ED, Lampe JW, Kratz M, Whitemassa E. Lifestyle Factors and Inflammation: Associations by Body Mass Index. 2013; 67833.
- 8-Mayega RW, Makumbi F, Rutebemberwa E, Peterson S, Tomson CGOG, Guwatudde D. Modifiable Socio-Behavioural Factors Associated with Overweight and Hypertension among Persons Aged 35 to 60 Years in Eastern Uganda. 2012; 47632.
- 9-Södergren M, McNaughton SA, Salmon J, Ball K, Crawford DA. Associations between fruit and vegetable intake, leisure-time physical activity, sitting time and self-rated health among older adults: cross-sectional data from the WELL study. *BMC Public Health*. 2012; 12: 551.
- 10-Jun LV, Liu Q, Ren Y, Gong T, Wang S, Li L. Socio-demographic association of multiple modifiable lifestyle risk factors and their clustering in a representative urban population of adults: a cross-sectional study in Hangzhou, China. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8: 40.
- 11-Leatherdale ST, Rynard V. A cross-sectional examination of modifiable risk factors for chronic disease among a nationally representative sample of youth: are Canadian students graduating high school with a failing grade for health? *BMC Public Health*. 2013; 13: 569.

- 12-Thanh GN, Quang VN, Tung TV, Fitzpatrick AL. Double burden: a cross-sectional survey assessing factors associated with underweight and overweight status in Danang, Vietnam. *BMC Public Health*. 2013; 13: 35.
- 13-Lionis C, Rol H, Imperiali R, Burgess A, Nixon M, Malvestiti FM. Smoking cessation and the risk of cardiovascular disease outcomes predicted from established risk scores: Results of the Cardiovascular Risk Assessment among Smokers in Primary Care in Europe (CV-ASPIRE) Study. *BMC Public Health*. 2013; 13: 362.
- 14-Zeber J. Cardiovascular disease in type 2 diabetes diabetes. 2010; 56(8):302–307.
- 15-Boer IH, Katz R, Fried LF, Ix JH, Luchsinger J, Sarnak MJ, et al. Obesity and Change in Estimated GFR Among Older Adults. 2010.
- 16-Brown LJ, Clark PC, Armstrong KA, Liping Z, Sandra B. Dunbar SB. Identification of Modifiable Chronic Kidney Disease Risk Factors by Gender in an African-American Metabolic Syndrome Cohort. 2011.
- 17-Fahimfar N, Khalili D, Mohebi R, Azizi F, Hadaegh F. Risk factors for ischemic stroke; results from 9 years of follow-up in a population based cohort of Iran. *BMC Neurol*. 2012; 12: 117.
- 18-Agrawal S, Ebrahim S. Prevalence and risk factors for self-reported diabetes among adult men and women in India: findings from a national cross-sectional survey. 2012; 15(6): 1065–1077.
- 19-Capingana DP, Magalhães P, Silva AB, Gonçalves MA, Baldo MP, Rodrigues SL, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and socioeconomic level among public-sector workers in Angola. 2013; 7;13:732.
- 20-Hush JM, Michaleff Z, Maher CG, Refshauge K. Individual, physical and psychological risk factors for neck pain in Australian office workers: a 1-year longitudinal study. *Eur Spine J*. 2009; 18(10):1532-40.
- 21-Chow CY, Lee H, Lau J, Yu IT. Transient risk factors for acute traumatic hand injuries: a case-crossover study in Hong Kong. *Occup Environ Med*. 2007.
- 22-Tanaka E, Yatsuya H, Uemura M, Murata C, Otsuka R, Toyoshima H, et al. Associations of protein, fat, and carbohydrate intakes with insomnia symptoms among middle-aged Japanese workers. 2013; 23(2):132-8.
- 23-Buxton OM, Hopcia K, Sembajwe G, Porter JH, Dennerlein JT, Kenwood C, et al. Relationship of sleep deficiency to perceived pain and functional limitations in hospital patient care workers. 2012; 54(7):851-8.
- 24-Lara R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. 2011; 78-85.

25-Leão LHC, Castro AC. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 769-778.

26-Edvânia ASL, Íris FB. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios e perspectiva frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 2007; 121-134.

27-Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde do Trabalhador, Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família. Caderno 5, Saúde do Trabalhador. 2002. <http://bvsmms.saude.gov.br>

28-Oliver MSP. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. *Serv. Soc.* 2010; 314-338.

29-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Mensal de Emprego PME-Região Metropolitana de Porto Alegre. 2014. <http://www.ibge.gov.br>

30-Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde – 1946. <http://www.who.int>

31-Sindicato dos Trabalhadores de Pelotas – 1974. <http://www.sticap.org.br>

32-Daldon MTB, Lancman S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. *Rev. bras. saúde ocup.* 2013; 92-106.

II Folder

Este material foi devolvido aos participantes, inclusive aos homens que não participaram das análises dos dados. Apontou-se os principais achados em relação aos seus estilos de vida e à instituição de saúde com orientações sobre hábitos saudáveis.

mestrados
DOUTORADOS



Mestrado Profissional em
SAÚDE DA MULHER,
CRIANÇA E ADOLESCENTE



**SAÚDE DOS TRABALHADORES DA UNIDADE
DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA**

Sua participação foi essencial para a realização deste trabalho.



www.ucpel.edu.br

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome: _____

Peso: _____ kg | Altura _____ m

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)O seu IMC é de _____ Kg/m²☐ Desnutrido = Até 18,4☐ Normal = De 18,5 até 24,9☐ Sobrepeso = De 25,0 até 29,9☐ Obeso = Maior ou igual 30,0

Desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o cálculo do peso ideal é feito utilizando a fórmula:

IMC = peso / (altura x altura).

Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas
Avenida Duque de Caxias, 250 – Segundo andar - Fragata**ATIVIDADE FÍSICA**☐ Ativo☐ Inativo

Para ficar longe das consequências causadas pelo sedentarismo é preciso fazer, pelo menos, 150 minutos de exercícios semanais (30 minutos por dia, cinco vezes na semana). Só é considerado exercício físico se você se exercitar por pelo menos 10 minutos, em velocidade constante.

CIGARRO

Cigarro, com 4000 substâncias, mata mais que heroína, cocaína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios, homicídios, suicídios e AIDS, juntos. Dentre as doenças relacionadas ao seu uso estão o acidente vascular cerebral (AVC, derrame cerebral), o infarto do miocárdio, o câncer, o enfisema pulmonar, a impotência sexual e as doenças vasculares em geral.

Se você e tem vontade de para, procure ajuda!
<http://www.ucpel.edu.br/maissaudavel/>**CONSUMO DE FIBRAS**☐ Dieta Rica em Fibras☐ Dieta Pobre em Fibras

Alguns alimentos ricos em fibras são: Farelo de Trigo, Pão Integral, Frutas, Legumes, Verduras, Ameixa Preta, Milho, Aveia, Feijão, dentre outros.

Os alimentos ricos em fibras são muito importantes para a saúde. Uma dieta rica em fibras e com pouca quantidade de gorduras melhora o funcionamento do intestino, previne doenças do coração, câncer e diabetes. Além de ajudar no combate a obesidade, pois ficam mais tempo no estômago e dão a sensação de saciedade.

CONSUMO DE GORDURAS☐ Dieta Rica em Gordura☐ Dieta Pobre em Gordura

Alguns alimentos ricos em gorduras são: Pele de Aves, Bacon e banha de porco, Carnes gordas e Visceras, Frituras em geral, Queijos amarelos (Mussarela, Lanche, Prato, Queijo Colonial), Creme de leite e nata, Bolachas, Produtos de Panificação, Hambúrguer, Molhos (Branco e Derivados), Embutidos (Salame, Linguça), etc.

Os alimentos gordurosos, se consumidos em excesso, podem causar problemas para a saúde, como entupimento das artérias e provocar doenças como diabetes e obesidade.

DICAS PARA UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL

1. Evite refrigerantes e sucos prontos;
2. Distribua melhor as refeições ao longo do dia;
3. Aumente o consumo de líquido ao longo do dia, preferencialmente água;
4. Prefira alimentos integrais em substituição aos carboidratos refinados;
5. Durma bem, deve-se dormir entre 7 e 9 horas por dia para garantir uma boa saúde;
6. Não consuma alimentos muito calóricos no jantar, isso pode prejudicar o sono;
7. Só consuma medicamentos sob orientação médica;
8. Tenha um hobby ou faça atividades de que goste bastante, saia da rotina.

A paixão pela vida começa com sua saúde, CUIDE-SE!

III ALTERAÇÕES DO PROJETO DE PESQUISA

Objetivos

Inicialmente haveria descrições dos fatores de risco modificáveis e estado nutricional em relação as características da amostra, porém, por homogeneidade e pelo pequeno tamanho amostral, optou-se somente pela descrição dos dados.

População Alvo

Primeiramente seriam avaliados todos os profissionais da UAN, porém pelo serviço só dispor de três homens, optou-se por avaliar apenas as funcionárias.

Tamanho Amostral

Devido a problemas em relação ao número de funcionários, houve discordância entre o cálculo apresentado no projeto e no artigo, sendo utilizado os parâmetros: Prevalência estimada de excesso de peso, fumo, álcool, inatividade física e alimentação inadequada. O total da amostra no artigo, com acréscimo de 10% para perdas e recusas, foi de 56 participantes.

Variáveis

O fumo foi avaliado de forma dicotômica.

A altura foi mensurada através de estadiômetro afim de maior facilidade para os aplicadores e maior exatidão nas mensurações.

Análises

Foram apenas descritivas devido ao tamanho amostral.

IVARTIGO

**SAÚDE DAS MULHERES TRABALHADORAS DE UMA UNIDADE DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO
SUL DO RIO GRANDE DO SUL**

O artigo será submetido à revista: Epidemiologia e Serviço de Saúde

1.Introdução

Devido às transições nutricionais, demográficas e epidemiológicas que a sociedade vem vivenciando, não só o estilo de vida foi modificado.Houve também alterações no perfil das doenças, que passaram de infecciosas para crônico degenerativas. Essas transições acarretaram problemas de saúde pública, devido ao grande aumento de enfermidades, levando o Ministério da Saúde a implantar um Sistema Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS)¹.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são afecções que acometem o organismo humano acompanhando o indivíduo ao longo de sua vida, apresentando múltiplos fatores de risco e etiologia incerta, além de alternar momentos de melhora e piora¹. Sua manifestação clínica se dá após longo período de exposição a fatores de risco, e normalmente com diagnóstico tardio, aumentando assim, significativamente a prevalência de óbitos². Em países de baixa e média renda, por ano, são registrados mais de 36 milhões de mortes por DCNT³.

Em relação aos fatores de risco, alguns dos principais para as DCNTs são modificáveis, entre eles atividade física, fumo, álcool e dieta saudável, ações que em conjunto tornam-se um estilo de vida saudável e potencialmente fácil de ser realizado tanto individual, quanto coletivamente⁴. O estado nutricional, em especial, apresenta-se como um forte fator de risco para o desenvolvimento de DCNTs por possuir um fator biológico pré-determinado em interação com o meio ambiente, podendo influenciar, tanto positiva quanto negativamente, o padrão corporal estabelecido pela genética⁵.

Torna-se importante salientar que os fatores de risco são divididos em dois grupos específicos: um modificável, como mencionado acima, e outro grupo não modificável, como sexo, idade, fator genético e meio ambiente. Esse último não é composto por fatores comportamentais, podendo desencadear uma DCNT mesmo que o indivíduo mantenha uma vida saudável⁶.

Em 2011 foi aprovada uma Declaração Política em reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas (Organização das Nações Unidas [ONU]), na qual países integrantes reestabeleceram uma meta de redução em 25% de óbitos por conta das quatro principais DCNTs (cardiovascular, respiratória, câncer, diabetes) em comparação ao período de 2010 a 2025. Foi planejado reduzir seis fatores de risco (tabagismo; consumo abusivo de álcool; ingestão de sal; obesidade; pressão arterial elevada; glicose) e frente a isso estima-se uma redução de óbitos nesse período em 22% para homens e

19% para mulheres. Acredita-se que com essas metas cumpridas haverá uma redução de 37 milhões⁷ de mortes nesses 15 anos.

Quando analisamos uma unidade de alimentação e nutrição (UAN), essa área objetiva oferecer refeições saudáveis e balanceadas para a saúde de sua clientela. Os profissionais que atuam em UANs, de alguma forma são também responsáveis pela manutenção de hábitos alimentares saudáveis dos consumidores através da distribuição de dietas equilibradas, e assim, seria esperado que estes mantivessem hábitos benéficos à saúde para serem seguidos como exemplo por sua clientela. Em relação à saúde e aos hábitos alimentares desses profissionais, verificou-se que existe uma lacuna na literatura em relação a trabalhadores de UANs, a maioria das publicações volta seu foco a pacientes e equipe de profissionais tais como médicos e enfermeiras^{2,3,5}.

A cidade de Pelotas é caracterizada como referência de ensino por ser um polo universitário, com cinco instituições de ensino superior e quatro grandes escolas técnicas. No âmbito hospitalar a cidade é beneficiada por seis hospitais, sendo dois universitários. O foco do nosso trabalho é o Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), composto por 13 unidades assistenciais (Casa da gestante, Central de Materiais e Esterilização, Centro Cirúrgico, Centro de Referência em Nefrologia, Centro de Tratamento Intensivo I e II, Clínica Cirúrgica, Clínica Ginecológica e Obstétrica, Clínica Médica, Clínica Pediátrica Santo Antônio, Pronto Atendimento Pediátrico e Ginecológico, Unidade de Convênios e Particulares, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e UTI Pediátrica e Neonatal) e uma Unidade de Alimentação e Nutrição que fornece alimentação para os funcionários, pacientes e acompanhantes. O HUSFP dispõe de uma equipe de 61 servidores que atuam na UAN do estabelecimento divididos por turnos e funções (sendo que 95,1% são do sexo feminino).

Diante do exposto, acredita-se na relevância de conhecer o perfil das trabalhadoras e assim, o presente artigo tem como objetivo avaliar fatores de risco modificáveis para DCNT e estado nutricional de funcionárias de uma unidade de alimentação e nutrição de um hospital, em uma cidade no sul do Brasil.

2. Métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado na UAN HUSFP, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados em agosto de 2015, e foram convidadas a participar do estudo todas as profissionais da UAN. Como critério de inclusão, a profissional deveria ser do sexo feminino e alfabetizada.

Em relação ao cálculo do tamanho da amostra, este foi feito com base na prevalência dos fatores de risco modificáveis para DCNT, sendo realizado no programa OpenEpi, observando um percentual de 10% para perdas e recusas. O total da amostra foi de 56 participantes.

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário pré-codificado composto por questões sociodemográficas e instrumentos que mensuravam fatores de risco modificáveis para DCNT. Esse questionário foi aplicado por entrevistadores treinados.

Para a mensuração da atividade física foram utilizados os domínios de lazer e deslocamento do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ⁸) na versão longa, no período recordatório de sete dias, sendo consideradas ativas aquelas pessoas que realizaram mais de 150 minutos de atividade física por semana. Quando houve relato de atividades físicas vigorosas, os minutos foram multiplicados por dois.

Para avaliar o abuso de álcool foi utilizada a escala CAGE⁹ (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener) validada para o Brasil, composta por cinco questões com respostas sim ou não. Foi considerado como indicativo de abuso se duas ou mais respostas foram afirmativas. Na entrevista, informações sobre o uso de tabaco foram coletadas, e foram consideradas fumantes aquelas pessoas que relataram fumar pelo menos uma vez ao dia.

Em relação à dieta e ao consumo de fibras e gorduras, foi avaliado através de um questionário, dividido em duas partes, proposto por *Block et al*¹⁰. A primeira parte, composta de 15 itens alimentares, avalia a frequência de consumo de alimentos ricos em gorduras e a segunda, composta de nove itens, avalia a ingestão de alimentos ricos em fibras. Cada um dos alimentos recebe uma pontuação de 0 a 4 pontos, que aumentam conforme a frequência de consumo. As entrevistadas que obtiveram mais de 27 pontos no primeiro bloco foram classificadas como tendo dieta rica em gorduras, e aquelas com menos de 20 pontos no segundo bloco foram classificadas como tendo dieta pobre em fibras.

Para verificação do estado nutricional, foram mensurados peso e altura, para posterior cálculo do IMC em Kg/m². O peso foi mensurado pelos entrevistadores, previamente treinados, e padronizados através de balança digital portátil (Digital Bathroom Scale HD-317®), e a altura através de estadiômetro (Alturaexata®). O IMC foi classificado segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹ Baixo Peso: > 18,4; Normal 18,5 – 24,9; Sobrepeso 25,0 – 29,9; Obeso $\geq$ 30,0. Além disso, foi mensurada a circunferência cintura adotando o ponto de corte da OMS de $\geq$ 80 cm para risco aumentado para complicações metabólicas¹¹.

Os questionários foram digitados no programa *EpiData*® versão 3.1, e as análises realizadas no programa *Stata*® versão 12.0. Para a descrição da amostra foi utilizado o número absoluto e frequência relativa.

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e aprovado pelo Comitê de Ética sob protocolo de número 1.148.809.

Como devolução a instituição e os profissionais que participaram da pesquisa, foi entregue um folder informativo, com resultados dos fatores de risco identificados individualmente, além de informações sobre estilo de vida e hábitos saudáveis. Ainda, haviam programas de encaminhamento e auto ajuda disponíveis.

3. Resultados

Das 58 funcionárias identificadas no começo do estudo, 47 concordaram em participar da pesquisa, o que corresponde a 81,0% da amostra. Destas, seis eram nutricionistas. Em relação às perdas e recusas, três funcionárias se recusaram a participar do estudo, cinco estavam afastadas do trabalho (licença ou férias) e três perdas, devido a demissões.

Na Tabela 1, observam-se as distribuições das variáveis sócio demográficas para as funcionárias e as nutricionistas da UAN do HUSF. Entre as funcionárias, há um predomínio de mulheres que relataram cor da pele branca, que trabalham apenas um turno do dia, que são pertencentes à classe econômica C e que completaram o ensino médio.

Em relação às nutricionistas, todas relataram ser de cor da pele branca, metade delas trabalha em regime integral e a maioria pertence às classes econômicas A-B. A média de idade das funcionárias é de 41 anos (desvio padrão = 8,9) e das nutricionistas 29,7 anos (desvio padrão = 9,6).

A descrição das variáveis relacionadas ao estilo de vida, ou seja, fatores de risco modificáveis para DCNT, estão apresentadas na Tabela 2. Das funcionárias entrevistadas, a maioria apresentava excesso de peso, dieta pobre em fibras, eram inativas fisicamente e tinham circunferência da cintura maior que o recomendado pela OMS, mas também apresentaram resultados positivos em relação a um estilo de vida saudável, pois a maior parte das entrevistadas não fuma e não tem uma dieta rica em gordura. Entre as nutricionistas há um predomínio de hábitos e características saudáveis, exceto atividade física, em que a frequência de ativa e não ativas é idêntica.

4. Discussão

As DCNT pertencem ao grupo de doenças e agravos que podem demorar anos para que suas manifestações clínicas no organismo sejam observadas¹². Segundo a OMS, cerca de 36 milhões de mortes anuais são causadas por DCNT e essas taxas são mais prevalentes em países de baixa e média renda¹³. O consumo de fumo e álcool, a mensuração da circunferência da cintura acima de 80 cm, inatividade física, dieta rica em gordura e pobre em fibras são fatores de risco que, em interação com estado nutricional inadequado, resultam no desenvolvimento destas doenças.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 52% dos adultos brasileiros encontram-se acima do peso normal e 11% são obesos, sendo a Região Sul a de maior prevalência (89,6% e 25,2% respectivamente)¹⁴. Com os resultados, podemos observar que a população estudada encontra-se nessa situação, pois 44% das funcionárias participantes foram diagnosticadas com excesso de peso ou obesidade. Esses fatores de risco foram constantemente analisados em inúmeros estudos. Um deles, realizado com adultos residentes em capitais brasileiras, enfatizou a prevalência desse grande problema de saúde pública, identificando cerca da metade da amostra com excesso de peso e 17,1% obesos, e o consumo calórico mostrou-se o principal acometedor desses achados¹⁵. Outro estudo analisando a saúde de trabalhadores da UAN de um hospital de Porto Alegre, analisou que 60,8% dos funcionários apresentaram excesso de peso, sendo 35,1% com sobrepeso e 25,7% com obesidade¹⁶. Esses resultados foram ao encontro dos achados em estudos de Pernambuco em 2010 e de Minas Gerais em 2011, nos quais houve uma grande prevalência da amostra com o IMC inadequado^{17,18}. O excesso de peso é um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. Cerca de 49,9% dos adultos encontram-se em excesso de peso e em torno de 14,8% com obesidade. Esses fatores de riscos estão associados a inúmeras doenças, principalmente diabetes e hipertensão arterial sistêmica (HAS)¹⁹.

Os hábitos alimentares saudáveis são uma forma de prevenção que ocasionam efeitos positivos na saúde ao longo da vida. São diversas as publicações sobre o assunto. Uma coorte, com jovens nascidos em 1982, realizada no Sul do Rio Grande do Sul, observou que o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, geralmente ricos em calorias e pobres em nutrientes, está associado ao baixo consumo de fibras, aumentando consequentemente o tecido adiposo e o IMC²⁰. No presente estudo observou-se que 65,8% das funcionárias consumiam poucas fibras. Em concordância com esses

resultados, outro estudo nacional de 2013 verificou que o consumo irregular de alimentos gordurosos ficou 20% acima do indicado, aumentando os riscos para o desenvolvimento de DCNT²¹.

O acúmulo de gordura concentrado na região abdominal aumenta a incidência de doenças cardiovasculares²². Na amostra estudada, identificou-se que as funcionárias encontram-se com a circunferência abdominal acima do estabelecido pela OMS e esse resultado apresentou-se semelhante ao verificado em outro estudo realizado nessa mesma cidade, onde cerca de 53% da amostra foram classificadas com sobrepeso ou obesidade e cerca de 62% das mulheres apresentavam-se com a circunferência abdominal acima de 80cm²³. No Maranhão, outra pesquisa encontrou resultados semelhantes aos citados, porém estabeleceu como ponto de corte normal até 88 cm, e identificou-se que 41% das entrevistadas encontravam-se com circunferência abdominal acima do padronizado. Salienta-se que se o ponto de corte fosse o padronizado pela OMS, a prevalência de entrevistadas com a circunferência abdominal elevada seria maior que o resultado encontrado²⁴.

Dentre os fatores de risco modificáveis para DCNT, a inatividade física vem crescendo gradualmente e encontra-se em primeiro lugar como o fator de risco que mais acomete a população. Os resultados do presente estudo vão ao encontro dessa tendência, uma vez que 68,2% das funcionárias são inativas fisicamente²⁵. Em 2008, foram mais de 13% de óbitos por esse fator de risco, ocasionando um aumento na gravidade de desenvolvimento de doenças crônicas causadoras de mais de 5 milhões de óbitos no mundo²⁶. Outro estudo com resultados comparativos aos encontrados na análise foi publicado em 2012, realizado com adultos em uma cidade do sul do Brasil. Verificou-se que a inatividade física foi o problema mais prevalente (75,6%) e foi associado à compreensão sobre os benefícios que o exercício físico produz no organismo²⁷. Salienta-se que o presente estudo não avaliou o conhecimento das funcionárias em relação ao assunto.

Dentre inúmeras drogas encontradas no mundo, o fumo e o álcool são as que mais causam mortes e problemas psicológicos, biológicos e sociais, resultando em dependência do uso^{28,29}. O fumo encontra-se no ranking como uma das drogas que mais causa malefícios à saúde e existem cerca de 34% de homens e 29% de mulheres fumantes no Brasil, consumindo cerca de 175 bilhões de cigarros por ano³⁰. O consumo abusivo de álcool e tabaco influencia não somente na saúde das pessoas, mas também na economia e na segurança da sociedade³¹. Na literatura podemos observar a existência de associação

entre tabagismo e dependência de álcool^{32,33,34}. Em relação a essas substâncias, o tabagismo foi encontrado em 19,1% das entrevistadas e nenhuma dessas apresentou uso abusivo de álcool. Ao contrário desses achados, inúmeras pesquisas apontam grande prevalência dessas substâncias em populações gerais, o que resulta em danos para saúde e mortes cada vez mais precoces, mas sabe-se que o álcool e o fumo são mais frequentemente encontrados em homens^{11,30,35} o que pode ter ocasionado esse resultado, pois a amostra analisada era composta somente de mulheres.

Este estudo apresenta limitações que devem ser discutidas. Primeiramente, ocorreu uma redução na amostra por conta de afastamentos, desligamentos da empresa e férias. Outra questão a avaliar foi o gênero amostral, que foi composto pelo sexo feminino. Por outro lado, obtivemos como pontos fortes as poucas recusas e a realização da verificação das medidas antropométricas pelo pesquisador, garantindo resultados fidedignos.

Ademais, identificou-se a presença de inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, sendo o excesso de peso, obesidade, inatividade física, consumo irregular de alimentos e o aumento da circunferência abdominal os que mais apresentaram resultados preocupantes em relação à saúde dos profissionais. Por outro lado, o baixo consumo de álcool e de fumo indica consciência sobre os prejuízos dessas drogas. Os profissionais atuantes em unidades de alimentação, de alguma forma, são também responsáveis pela manutenção dos hábitos saudáveis dos cidadãos através da distribuição de dietas equilibradas, e frente a isso, deveriam seguir comportamentos adequados para dar exemplo. Programas de mudança no estilo de vida são fundamentais para garantir a saúde e a qualidade de vida desses trabalhadores.

5. Referências

- 1-Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev. bras. estud. Popul*;2012. 133-145.

- 2-Brischiliari SCR, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Pelloso SM. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. *Rev Bras Cardiol*; 2014. 531-38.

- 3-AndradeJP; MattosLAP; CarvalhoAC; MachadoCA; OliveiraGMM. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. *Bras. Cardiol.* 2013;100(3): 203-211.

- 4-Petribú MMV, Cabral PC; Arruda IKG. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. *Rev. Nutr.*; 2009.

- 5-Popolim W D. Unidade Produtora de Refeições (UPR) e Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) - Definições, Diferenças e Semelhanças. *Nutrição profissional*, São Paulo: RCN Comercial e Editora Ltda. 2007.

- 6-Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015;20(3):679-688.

- 7-United Nations. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Washington (DC): United Nations; 2011.

- 8- Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36(3):556.

- 9- Masur, J, Monteiro, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res.*1983; 16:215-8.

10-Block G, Gillespie C, Rosenbaum E, Jenson C. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. *Am J Prev Med*. 2000;18(4):284-288.

11-Organização Mundial da Saúde. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

12-Secretaria de estado da saúde de São Paulo. Coordenadoria de controle de doenças – CCD. Centro de vigilância epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco. Guia básico para agentes de saúde. 3ª edição atualizada. 2008.

13- Organização Mundial da Saúde. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

14-Mariath AB, Grillo LP, Silva RO, Schmitz P, Campos IC, Medina JRP, et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(4):897-905.

15- Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, et al. Grupo Vigitel. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013 jul-set;24(3):373-387.

16- Simon MISS, Garcia CA, Lino ND, Forte GC, Fontoura ID, Oliveira ABA. Avaliação nutricional dos profissionais do serviço de nutrição e dietética de um hospital terciário de Porto Alegre. *Cad. Saúde Colet*. 2014 jan-mar;22(1):69-74.

17- Gonçalves MCR, Cavalcanti CL, Melo EMPB, Azevedo WF, Diniz MB. Perfil nutricional, consumo alimentar e indicadores bioquímicos dos funcionários de uma Unidade de Alimentação e Nutrição. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011 oct;15(4):377-84.

- 18-Scarparo ALS, Amaro FS, Oliveira AB. Caracterização e avaliação antropométrica dos trabalhadores dos restaurantes universitários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Rev HCPA*. 2010;30(3):247-51.
- 19- FerreiraSD, Carballo FP, SousaFF, Silva DMR. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso/obesidade e à hipertensão arterial sistêmica em crianças da rede privada de ensino de Divinópolis/MG. *Cad. saúde colet*. 2015 July/Sept ;23(3):289-297.
- 20- Bielemann RM, Motta JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev. Saúde Pública*. 2015 may;49(28):1518-8787.
- 21- Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013 April/June;24:2.
- 22-Almeida RT, Almeida MMG, Araújo TM. Obesidade Abdominal e Risco Cardiovascular: Desempenho de Indicadores Antropométricos em Mulheres. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 92(5):375-380.
- 23-Olinto MTA, Nacul LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2006 jun;22(6):1207-1215.
- 24- Serra MM, Pereira LCO, Fontenele DF, Viveiros MTM, Lima RA. Condições clínicas e antropométricas de hipertensos atendidos em um centro de saúde de São Luís, MA. *Rev Pesq Saúde*. 2015 mai-ago;16(2): 107-111.
- 25- MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002; 36(2):254-256.
- 26- Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(2):277-286.

- 27- Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2012 mar;46(3):534-542.
- 28- Primo NLNP, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004 set-dez;26(3):280-6.
- 29- Costa COM, Alves MVQM, Santos CAST, Carvalho RC, Souza KEP, Sousa HL. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. *Cienc Saude Coletiva*. 2007 set-out;12(5):1143-54.
- 30- Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR, Hallal PC. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(2):376-85.
- 31- Imai FI, Coelho IZ, Bastos JL. Consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores associados em amostra representativa de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012: estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(3):435-446.
- 32- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001 –. 2002 São Paulo. Brasil.
- 33-Bobo JK. Nicotine dependence and alcoholism epidemiology and treatment. *J Psychoactive Drugs* 1992 apr-Jun;24(2):123-9.
- 34-Stein MD, Cyr MG. Women and substance abuse. *Med Clin N Am* 1997;81:979-98.
- 35-Leatherdale ST, Rynard V. A cross-sectional examination of modifiable risk factors for chronic disease among a nationally representative sample of youth: are Canadian students graduating high school with a failing grade for health? *BMC Public Health*. 2013;13:569.

Tabela 1. Variáveis sócio demográficas

	Funcionárias	Nutricionistas
	N (%)	N (%)
Cor ou Raça		
<i>Branco</i>	26 (63, 4)	6 (100, 0)
<i>Não Branco</i>	15 (36, 5)	-
Turno de Trabalho		
<i>Manhã</i>	16 (39, 0)	1 (16, 6)
<i>Tarde</i>	15 (36,5)	2 (33, 3)
<i>Noite</i>	6 (14, 6)	-
<i>Integral</i>	4 (9, 7)	3 (50,0)
Classe Social		
<i>A-B</i>	19 (46,3)	5 (83,3)
<i>C</i>	16,7 (53,7)	1(16,7)
Ensino Médio Completo		
<i>Não</i>	8 (17,0)	-
<i>Sim</i>	39 (83,0)	-

Tabela 2.Fatores de Risco Modificáveis para DCNT

		Funcionárias	Nutricionistas
		N (%)	N (%)
Estado Nutricional			
	<i>Normal</i>	5 (12, 2)	5 (83, 3)
	<i>Sobrepeso</i>	18 (43, 9)	1 (16, 6)
	<i>Obeso</i>	18 (43, 9)	-
Fumo			
	<i>Sim</i>	8 (19, 5)	-
	<i>Não</i>	33 (80, 4)	6 (100,0)
Dieta Rica em Gordura			
	<i>Sim</i>	4 (9, 7)	-
	<i>Não</i>	37 (90, 2)	6 (100, 0)
Dieta Pobre em Fibras			
	<i>Sim</i>	27 (65, 8)	1 (16, 6)
	<i>Não</i>	14 (34, 1)	5 (83, 3)
Ativo Fisicamente			
	<i>Sim</i>	13 (31, 7)	3(50, 0)
	<i>Não</i>	28 (68, 2)	3(50, 0)
Cintura			
	<i><80centímetros</i>	10 (24,4)	5 (83,3)
	<i>≥ 80centímetros</i>	31(75,6)	1 (16,7)
Total		41 (100)	6 (100)

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores de risco, em parte, são responsáveis pelo desenvolver das DCNTs e essas tornaram-se um grande problema de saúde pública que cresce diariamente no mundo todo. As DCNTs mantêm-se na categoria de doenças que mais acometem a população e que mais causam mortes. Conhecer a magnitude, a tendência e os fatores de risco dessas doenças proporciona planejamentos, execução e avaliação de controle para implementações e intervenções.

O presente estudo apresentou pontos forte como as poucas perdas/recusas e a mensuração das medidas antropométricas realizadas pelo entrevistador treinado. Por outro lado, obteve como dificuldade o número amostral e seu gênero composto somente pelo feminino, sendo difícil a comparação dos resultados encontrados com pesquisas maiores e de ambos os sexos. Com os resultados do presente estudo, fica evidente a necessidade de intervenções relacionadas ao estilo de vida dos profissionais de saúde, para que além de proporcionarem saúde aos pacientes, eles também sejam saudáveis.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
COMPORTAMENTO/MESTRADO E DOUTORADO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E
ADOLESCENTE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Em atendimento a Resolução N^o 466/12 do Ministério da Saúde e sua atualização, Resolução n^o 292 do Conselho Nacional da Saúde.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que estou ciente da pesquisa intitulada “Saúde dos Trabalhadores da Unidade de Alimentação e Nutrição de um Hospital Universitário no Sul do Rio Grande do Sul”, tendo como objetivo geral “Avaliar os fatores de risco modificáveis (Fumo, Álcool, Atividade Física, Consumo de Gorduras) e Estado Nutricional para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) dos trabalhadores da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de um hospital universitário”.

Também fui informado(a) pelos entrevistadores sobre a justificativa deste estudo e quanto ao instrumento da investigação para a coleta de dados, isto é, entrevista semi-estruturada. Ainda fui esclarecido quanto aos itens a seguir:

Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados a esta investigação; da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, de deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo; da segurança que não serei identificado(a), mantendo dessa forma meu anonimato; de que serão mantidos todos os preceitos éticos-legais durante e após o término da pesquisa; de acesso às informações em todas as etapas do estudo bem como dos resultados do mesmo.

Desta forma, aceito responder ao presente instrumento, autorizo inclusive a publicação dos dados em todos os veículos de comunicação acadêmica, científica e eventos pertinentes, desde que preservado meu anonimato como respondente.

Pelotas, ____de____de 2015

Assinatura do(a) participante_____

Pesquisadora Responsável: _____
Denise Knuth Kolosque / nysepel@hotmail.com (53) 8436-9397

Orientadora Responsável: _____
Janaína Vieira dos Santos Motta / jsantos.epi@gmail.com (53) 8115-2736

Anexo 2

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
COMPORTAMENTO/MESTRADO E DOUTORADO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E
ADOLESCENTE

Pelotas, Janeiro de 2015

Ao Conselho Diretor do NIEPAS

Prezados Senhores:

Encaminhamos ao Núcleo de Integração, Pesquisa e Assistência (NIEPAS) o projeto intitulado **“Saúde dos Trabalhadores da Unidade de Alimentação e Nutrição de um Hospital Universitário no Sul do Rio Grande do Sul”** para análise e possível autorização de execução no Hospital Universitário São Francisco de Paula. O projeto tem como coordenadora a Prof^a. Dr^a. Janaína Vieira dos Santos Motta (UCPel) e as colaboradoras M^a.Clarissa de Souza Ribeiro Martins (UCPel), Enf^a. Denise Knuth Kolosque (UCPel), as quais declaram estar cientes sobre seu envio e que o presente projeto não foi realizado sem a prévia autorização do NIEPAS.

Sem mais,

Atenciosamente

Diretor Responsável NIEPAS: _____

Pesquisadora Responsável: _____

Denise Knuth Kolosque / nysepel@hotmail.com (53)8436-9397

Orientadora Responsável: _____

Prof^a. Dra. Janaína Vieira dos Santos Motta / jsantos.epi@gmail.com

(53)8115-273

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E
ADOLESCENTE

Ao Ambulatório de Nutrição UFPel,

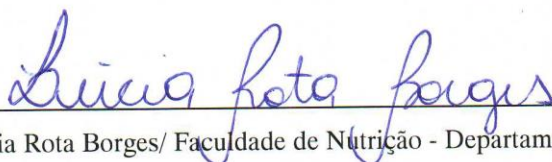
Vimos por meio deste solicitar que os profissionais diagnosticados com obesidade através da pesquisa **“Saúde dos Trabalhadores da Unidade de Alimentação e Nutrição de um Hospital Universitário no Sul do Rio Grande do Sul”**, recebam atendimento junto ao Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas.

Este estudo está sob a orientação da Prof^a. Dra. Janaína Vieira dos Santos Motta, e apresenta como objetivo geral **“Avaliação dos fatores de risco modificáveis para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e o Estado Nutricional dos trabalhadores da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de um Hospital Universitário”**.

Reiteramos que a permissão para estes atendimentos é de fundamental importância, e auxiliará no alcance da proposta para esta pesquisa.

Desde já agradecemos a sua cordial disponibilidade.

Pelotas, 16 de dezembro de 2014.



Profª Dra. Lúcia Rota Borges/ Faculdade de Nutrição - Departamento de Nutrição da UFPel



Orientadora Profª. Dra. Janaína V. dos Santos Motta

jsantos.epi@gmail.com / (53)8115 2736



Mestranda Responsável Denise Knuth Kolosque

nysepel@hotmail.com / (53)8436 9397

Anexo 4

	UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS	
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE		
ESTUDO SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO RIO GRANDE DO SUL		

1. Número Do Questionário:	__ __
2. Nome do profissional: _____	
3. Idade: _____ anos	
4. Sexo:	<i>masculino (1)</i> <i>feminino (2)</i>

CARACTERÍSTICAS TRABALHISTAS

5. Turno de Trabalho: (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Turno integral
6. Há quanto tempo, em meses, tu trabalhas na UAN do HUSFP? __ __ meses
7. Profissão: (1) Nutricionista (2) Cozinheiro(a) (3) Auxiliar de cozinha (4) Atendente (5) Outros
8. Até que série completaste na escola? __ série __ grau
9. Qual sua situação conjugal? (1) Casado(a) ou com companheira(o) (2) Solteiro(a) ou sem companheira(o) (3) Separado(a) ou Viúvo(a)
10. A tua cor ou raça é? Ler as opções (1) branca (2) preta ou negra (3) mulata (4) amarela (5) indígena
11. Alguma vez na vida tu fumaste todos os dias? (0) Não (1) Sim <i>Se não pule para questão 18</i>
12. SE SIM: Com que idade tu começaste a fumar? __ __ anos
13. SE SIM: Tu ainda fumas? (0) Não (1) Sim <i>Se sim pule para questão 16</i>
14. SE PAROU DE FUMAR: Com que idade tu paraste de fumar? __ __ anos
15. SE PAROU DE FUMAR: Quantos cigarros tu fumavas por dia? __ __ <i>Pule para questão 18</i>
16. SE AINDA FUMA: Na última semana, quantos dias tu fumaste? __ Dias
17. SE AINDA FUMA: Quantos cigarros por dia tu fumaste na última semana? Cigarros/dia __ __

18. Das pessoas que moram contigo, alguém fuma? (0) Não (1) Sim			
<i>Se não pule para questão 20</i>			
19. SE SIM: Quem fuma? [Marcar somente as pessoas mencionadas]			
a. Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
b. Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
c. Esposo (a) / Companheiro (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
d. Irmão (ã)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
e. Outro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
20. No teu local de trabalho ou estudo, as pessoas costumam fumar perto de ti?			
(0) Não (1) Sim			

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS. PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS TU DEVES SABER QUE: ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR <u>MUITO MAIS RÁPIDO</u> QUE O NORMAL. ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR <u>UM POUCO MAIS RÁPIDO</u> QUE O NORMAL. → EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS	
AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZES QUANDO ESTÁS <u>TRABALHANDO</u>.	
21. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas FORTES no teu trabalho? Por ex.: trabalhar em obras, levantar e carregar objetos pesados, trabalhar com enxada, etc.	___ dias/semana
22. SE FAZ A.F. FORTES: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?	___ min
23. Quantos dias por semana tu caminhas no teu trabalho?	___ dias/semana
24. SE CAMINHA: Nos dias em que caminhas, quanto tempo no total duram essas caminhadas por dia?	___ min
25. Quantos dias por semana tu fazes outras atividades físicas MÉDIAS fora as caminhadas no teu trabalho? Por ex.: levantar e carregar objetos leves, varrer, aspirar etc.	___ dias/semana
26. SE FAZ A.F. MÉDIAS: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?	___ min

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZES QUANDO ESTÁS NO <u>PÁTIO</u> DA TUA CASA, COMO TRABALHAR NO JARDIM OU VARRER O PÁTIO.	
27. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas FORTES no pátio ou jardim da tua casa? Por ex.: capinar, cortar lenha, cavar, lavar e esfregar o chão, carregar objetos pesados etc.	___ dias p/ sem.
28. SE FAZ A.F. FORTES: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?	___ minutos
29. Quantos dias por semana fazes atividades físicas MÉDIAS no pátio ou jardim da tua casa? Por ex.: levantar e carregar pequenos objetos, limpar vidros, varrer, lavar, etc.	___ dias p/ sem.
30. SE FAZ A.F. MÉDIAS: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?	___ minutos

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES APENAS NAS TAREFAS QUE TU FAZES DENTRO DE CASA, POR EXEMPLO: LEVANTAR E CARREGAR PEQUENOS OBJETOS, LIMPAR VIDROS, VARRER.

31. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas MÉDIAS dentro da tua casa? ____ dias p/ semana

32. SE FAZ A.F. MÉDIAS: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ minutos

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZES NO TEU TEMPO LIVRE (LAZER).

33. Quantos dias por semana tu fazes caminhadas no teu tempo livre? ____ dias p/ semana

34. SE CAMINHA: Nos dias em que tu fazes essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ minutos

35. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas FORTES no teu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica em academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos etc. ____ dias p/ sem.

36. SE FAZ A.F. FORTES: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ minutos

37. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas MÉDIAS foras as caminhadas no teu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão etc. ____ dias p/ sem.

38. SE FAZ A.F. MÉDIAS: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? ____ minutos

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES COMO TU TE DESLOCAS DE UM LUGAR AO OUTRO QUANDO ESSE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO VAIS FAZER COMPRAS, VISITAR A AMIGOS OU IR A ESCOLA.

39. Quantos dias por semana tu usas a bicicleta para ires de um lugar a outro? ____ dias p/ semana

40. SE USA BICICLETA: Nesses dias, quanto tempo no total tu pedalas por dia? ____ minutos

41. Quantos dias por semana tu caminhas para ires de um lugar a outro? ____ dias p/ semana

42. SE CAMINHA: Nesses dias, quanto tempo no total tu caminhas por dia? ____ minutos

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUNS ALIMENTOS

43. Estas são as opções (*MOSTRE COM O LÁPIS*) com o número de vezes que tiveste o costume de comer estes alimentos no último ano.

Desde <MÊS> do ano passado, quantas vezes tu costumaste comer:

ALIMENTOS	☐ 1x/mês	2-3x/mês	1-2x/sem	3-4x/sem	5 + x/sem
Hambúrguer, cheesburger, bauru, pastel	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Carne assada, bife, churrasco	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Frango frito	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Cachorro-quente	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Presunto, mortadela, patês	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Maionese	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Margarina, manteiga	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Ovos	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Bacon, linguiça, salsichão	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Queijo, requeijão	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Leite integral	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Batata frita	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Chips ou pipoca	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorvete	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Bolos, bolachas, pastéis, massas folhadas	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

AGORA CONTINUAREMOS FALANDO SOBRE O SEU CONSUMO DE ALIMENTOS

ALIMENTOS	< 1x/sem	1x/sem	2-3x/sem	4-6x/sem	Todo dia
Suco de laranja natural	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Fruta, sem cortar o suco	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Salada verde	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Batata	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Feijão	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Outros vegetais	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Cereal integral	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Pão integral / centeio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Pão branco	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS

44. Alguma vez tu sentiste que deverias diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	(0) Não Sim	(1)
45. As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?	(0) Não Sim	(1)
46. Tu te sentes chateada pela maneira como costumás tomar bebidas alcoólicas?	(0) Não Sim	(1)
47. Costumas tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	(0) Não Sim	(1)

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O/A CHEFE DA FAMÍLIA. TODAS AS TUAS RESPOSTAS SÃO PARA UMA PESQUISA E NÃO SERÃO DIVULGADAS PARA NINGUÉM.

48. Quem é o chefe da família? Parentesco com <nome>

(01) pai natural (02) mãe natural (03) pai social (04) mãe social (05) avô (06) avó (07) não tem chefe (10) sogro (11) sogra (12) o/a jovem (13) marido/esposa do/a jovem () outro: _____ cód. ____

49. SE O CHEFE DA FAMÍLIA NÃO É FUNCIONÁRIO DA UAN DO HUSFP: Até que série o/a <chefe da família> completou na escola?

__ série __ grau

SE NÃO TEM UM CHEFE DE FAMÍLIA

(8) NSA

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE QUANTO GANHAM AS PESSOAS DA CASA

50. No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa? *parentesco com <nome>*

- a) Pessoa1: _____ Cód. ____ _ Reais
- b) Pessoa2: _____ Cód. ____ _ Reais
- c) Pessoa3: _____ Cód. ____ _ Reais
- d) Pessoa4: _____ Cód. ____ _ Reais
- e) Pessoa5,6,...: _____ Cód. ____ _ Reais

51. A família teve alguma outra fonte de renda? (0) Não (1) Sim

52. SE SIM: De quanto foi? _____ Reais

53. Alguém que mora aqui contigo está desempregado? (0) Não (1) Sim (8) NSA

54. SE SIM: Tem alguém procurando emprego? (0) Não (1) Sim

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS COISAS DA TUA CASA

55. Vocês têm rádio em casa? SE SIM, Quantos? ____ _

56. Vocês têm televisão colorida em casa? SE SIM, Quantas? ____ _

57. Vocês têm carro? SE SIM, Quantos? ____ _

58. Vocês têm aspirador de pó? (0) Não (1) Sim

59. Vocês têm empregada doméstica mensalista? SE SIM, Quantas? ____ _

60. Vocês têm máquina de lavar roupa? (0) Não (1) Sim

61. Vocês têm videocassete ou DVD? (0) Não (1) Sim

62. Vocês têm aparelho de som? (0) Não (1) Sim

63. Vocês têm computador? (0) Não (1) Sim

64. SE TEM COMPUTADOR: Vocês têm Internet? (0) Não (1) Sim

65. Vocês têm geladeira? (0) Não (1) Sim

66. Vocês têm freezer separado, geladeira duplex? (0) Não (1) Sim

67. Quantos banheiros têm na casa? ____ _

68. SE TIVER BANHEIRO: Quantos banheiros com chuveiro têm na casa? ____ _

69. Vocês têm água encanada em casa? (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no quintal

70. Como é a privada da casa? Ler opções

(1) Sanitário com descarga (2) Sanitário sem descarga

(3) Casinha / fossa negra (0) Não tem

71. Esta casa é própria, alugada ou emprestada?

(1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (4) Posseiro

() Outro _____

cód. ____ _

72. Altura do/a trabalhador(a): ____ _ , ____ _ cm

73. Peso: ____ _ , ____ _ kg

MUITO OBRIGADA POR TUA COLABORAÇÃO. FOI MUITO IMPORTANTE TU TERES PARTICIPADO NESTA ETAPA DO ESTUDO.

ADENDOS

Adendo 1

Pelotas, Janeiro de 2015

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas:

Declaro ter conhecimento e autorizo a realização da pesquisa intitulada “Saúde dos Trabalhadores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição de um Hospital Universitário no Sul do Rio Grande do Sul”, proposto pelas pesquisadoras Denise Knuth Kolosque, Clarissa de Souza Ribeiro e Janaína Vieira dos Santos Motta.

O referido projeto será desenvolvido no Hospital Universitário São Francisco de Paula, e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação.

Atenciosamente,

Coordenação do Comitê de Ética: _____

Pesquisadora Responsável: _____

Denise Knuth Kolosque / nysepel@hotmail.com
(53)8436-9397

Orientadora Responsável: _____

Janaína Vieira dos Santos Motta / jsantos.epi@gmail.com
(53)8115-2736

Adendo 2

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Enf^a Denise Knuth Kolosque, com a pesquisa intitulada Saúde dos Trabalhadores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição de um Hospital no Sul do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof^a Dr^a Janaina Vieira dos Santos Motta, comprometo-me a entregar os resultados finais de meu trabalho, realizado dentro do Hospital Universitário São Francisco de Paula, para que possa fornecer o aceite final e a liberação da publicação dos resultados. Eu me responsabilizo em divulgar o nome da instituição em todos os eventos científicos nos quais minha pesquisa for divulgada ou publicada.

Pelotas, 2015

Denise Knuth Kolosque

Janaina Vieira dos Santos Motta

Núcleo de Integração Ensino, Pesquisa e Assistência - HUSFP
Título da Pesquisa: Saúde dos Trabalhadores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição de um Hospital Universitário no Sul do Rio Grande do Sul
Nome dos pesquisadores: Denise Knuth Kolosque (Pesquisadora) Clarissa de Souza Ribeiro (Co-Orientadora)
Nome do orientador: Janaina Vieira dos Santos Motta
Área de formação dos pesquisadores: Denise Knuth Kolosque – Enfermeira Clarissa de Souza Ribeiro – Nutricionista Janaina Vieira dos Santos Motta – Nutricionista
Contato dos Pesquisadores: Denise Knuth Kolosque: nysepel@hotmail.com / (53) 84369397 Clarissa de Souza Ribeiro: ntcissa@gmail.com / (53) 81269852

Janaina Vieira dos Santos Motta: jsantos.epi@gmail.com / (53)8115-2736
Ano de realização da pesquisa: 2015
Ano de término da pesquisa: 2015
Tipo de Trabalho: ☐ Trabalho de Conclusão ☒ Dissertação de Mestrado ☐ Tese de Doutorado ☐ CNPq ☐ Outro
Situação da Pesquisa: ☐ Em andamento, com previsão de término em 31/07/2015
Observações:

Denise Knuth Kolosque

Enfermeira Carolina Ferreira Venzke
Coordenadora do NIEPAS