

Índice de qualidade da dieta e presença de fatores de risco para DCNTs em colaboradores de uma UAN

Diet quality index and presence of risk factors for NCDs in collaborators of a UAN

Rayanne Vieira da Silva¹, Lorena Furtado Falcão², Walyson Santos Souza³, Thaís De Oliveira Carvalho Granado Santos⁴

¹Nutricionista pós Graduada em Nutrição Clínica e Residente Em Neurologia no Centro Universitário do Pará, Centro Universitário do Pará

²Docente na Universidade da Amazônia, Universidade da Amazônia

³Nutricionista, residente em Saúde do Idoso pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto - EBSERH/UFPA

⁴Nutricionista do Hospital Ophir Loyola e CAPS AD, Mestre em Gestão e Saúde pela FSCMP

Endereço para correspondência: Rayanne Vieira da Silva - rayanne.vs@hotmail.com

Palavras-chave

Dieta
Trabalhadores
Doenças Crônicas

Mudanças nos padrões alimentares, evidentes no alto consumo de alimentos gordurosos, baixa ingestão de frutas e legumes, sedentarismo e fatores socioculturais estão fazendo com que haja preocupação com as doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, obesidade e diabetes. O estudo objetivou associar a presença de doenças crônicas não transmissíveis à qualidade da dieta de colaboradores da Unidade de Alimentação e Nutrição de um hospital em Belém-PA. A coleta de dados realizou-se na Divisão de Nutrição e Dietética do Hospital Ophir Loyola, através de cinco etapas; palestra-convite, avaliação de consumo alimentar e antropométrica, questionário socioeconômico e exames bioquímicos. No estudo, 50,72% colaboradores encontravam-se com sobrepeso, 49,3% com perímetro da cintura muito aumentada, 49,28% não praticavam exercício físico, 47,8% com perfil lipídico adequado e 49,3% com glicemia elevada. Associação entre Índice de Qualidade da Dieta e as variáveis do estudo, demonstrou que não houve diferença estatística significativa, porém na associação entre o peso de admissão e o peso da pesquisa houve diferença estatística muito significativa. Conclui-se que há necessidade da promoção de educação nutricional para os colaboradores, a fim de promover a alimentação e estilo de vida saudável no local de trabalho.

Keywords

Diet
Workers
Chronic diseases

Changes in dietary patterns, evident in the high consumption of fatty foods, low intake of fruits and vegetables, sedentary lifestyle and sociocultural factors, are causing concern for chronic noncommunicable diseases, such as hypertension, obesity and diabetes. The study aimed to associate the presence of chronic noncommunicable diseases with the quality of the diet of employees of the Food and Nutrition Unit of a hospital in Belém-PA. Data collection was carried out at the Nutrition and Dietetics Division of Ophir Loyola Hospital, through five stages; lecture-invitation, evaluation of food and anthropometric consumption, socioeconomic questionnaire and biochemical exams. In the study, 50.72% of the workers were overweight, 49.3% had a very high waist circumference, 49.28% did not exercise, 47.8% had adequate lipid profile and 49.3% with high glycemia. Association between Diet Quality Index and the study variables, showed that there was no significant statistical difference, but in the association between the admission weight and the weight of the research there was a very significant statistical difference. It is concluded that there is a need to promote nutritional education for collaborators in order to promote nutrition and a healthy lifestyle in the workplace.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o perfil nutricional da população mundial vem sofrendo mudanças - é a chamada transição

nutricional, caracterizada pela redução da desnutrição e o aumento generalizado na prevalência de sobrepeso e obesidade. Isso tem sido associado, em parte, a mudanças nos padrões alimentares, evidenciado pelo consumo

excessivo de alimentos gordurosos, baixa ingestão de frutas e legumes, sedentarismo, fatores socioculturais, e tem despertado a preocupação com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como: hipertensão, obesidade e diabetes¹.

A alimentação é fator fundamental na qualidade de vida, pois afeta o indivíduo de várias formas, pois os nutrientes são indispensáveis para o funcionamento do organismo².

Para tal, faz-se necessária a utilização de índices que permitam a avaliação global da alimentação do indivíduo/grupo. Logo, o Índice de Qualidade da Dieta (IQD) desenvolvido por Patterson *et al.*³ como instrumento de medida da qualidade da dieta, propõe identificação do grau de adequação comum às características para uma dieta saudável, a partir determinados grupos alimentares.

O estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre consumo alimentar e gasto energético do organismo. De acordo com a idade, sexo, estado de saúde e características fisiológicas e nível de atividade física ocorrem variações nas recomendações energéticas. Para um estado nutricional ideal, em relação à energia, o consumo alimentar deve estar em excelente equilíbrio com o gasto energético do organismo⁴.

A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando realizar uma intervenção de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo e é realizada por meio da coleta de dados clínicos, dietéticos, bioquímicos e da composição corpórea, com a finalidade de identificar e orientar as alterações do estado nutricional⁵. O índice de massa corporal (IMC) é uma medida recomendada internacionalmente para avaliação do estado nutricional de adolescentes, adultos e idosos, permitindo estimar a massa corporal e o risco de desenvolvimento de DCNT que estão relacionadas com o sobrepeso e à obesidade⁶.

Paixão *et al.*⁷ demonstraram relação direta e indireta entre obesidade e acidentes de trabalho, fator que impede o indivíduo de desenvolver suas atividades profissionais, principalmente, se estas estiverem relacionadas a um maior esforço físico.

Os estabelecimentos que trabalham com produção e distribuição de alimentação para coletividades recebem o nome de Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN), e tem como objetivo principal oferecer alimentação adequada às necessidades nutricionais dos clientes⁸. Os cardápios elaborados devem ser, portanto, balanceados e equilibrados de modo que as necessidades em energia e

nutrientes possam ser atendidas, garantindo saúde e capacitação para o trabalho⁹.

Nas unidades de alimentação e nutrição, as refeições devem ser consumidas no mesmo dia em que são produzidas. Observa-se uma grande pressão das atividades, principalmente, nos horários que antecedem a distribuição, caracterizando o ritmo intenso de trabalho. Isso é determinado, notadamente, pelas limitações de manipulação de alimentos e atendimento da clientela¹⁰. Desta forma, o trabalho em UANs tem sido caracterizado por movimentos repetitivos, levantamento de peso excessivo e permanência na postura, em pé, por períodos prolongados. Ademais, tem-se a pressão da produção, necessitando ajustar-se aos horários de distribuição das refeições, condicionando e/ou modificando constantemente as atividades realizadas pelos trabalhadores, a fim de atender a demanda⁹.

Neste sentido, surge a preocupação com a saúde dos colaboradores das UANs, pois as condições de trabalho e saúde estão diretamente relacionadas com o desempenho e produtividade.

Evidenciando os problemas relacionados à saúde e também tendo em vista que os elementos mais importantes de uma empresa são os recursos humanos, é fundamental que esta realize seu papel, mostrando preocupação com a saúde de seus operários, porque a alimentação e o estado nutricional são formas de remuneração indireta⁹.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo identificar o perfil demográfico, bioquímico, antropométrico e estilo de vida e associar com Índice de Qualidade da Dieta de colaboradores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de um hospital localizado em Belém-PA.

MÉTODOS

Este é um estudo de caráter transversal, descritivo e quantitativo realizado com colaboradores da Divisão de Nutrição e Dietética do Hospital Ophir Loyola (HOL). A pesquisa ocorreu no período de agosto a outubro de 2017, de Segunda à Sexta-feira, nos turnos Matutino, Vespertino e Noturno, durante a jornada de trabalho, conforme a disponibilidade de horário de cada colaborador. Participaram do estudo colaboradores que exerciam funções variadas na unidade (nutricionista, residente, estagiário, administrador, auxiliar administrativo e auxiliar operacional), os quais declararam o aceite mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, e do HOL, respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução n. 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob nº CAAE 65503817.5.0000.5169.

Inicialmente, realizou-se uma palestra com colaboradores para expor os objetivos da pesquisa e convidá-los a participar da mesma. Posteriormente, foram realizados exames bioquímicos para analisar perfil lipídico e glicemia, bem como aferição da pressão arterial, avaliação antropométrica, avaliação de consumo alimentar e aplicação de questionário estruturado com as seguintes variáveis: sexo, data de nascimento, idade, grau de instrução, cargo, turno de trabalho, tempo de trabalho no hospital, peso que possuía ao ser admitido (a) na UAN e prática de atividade física.

A avaliação do consumo alimentar foi realizada por meio do Inquérito Recordatório de 24 (vinte e quatro) horas, aplicado em 03 (três) dias, não consecutivos da semana, sendo 02 (dois) em dias úteis, nos quais os participantes estavam trabalhando, e 01 (um) de final de semana, quando estavam de folga, registrando informações sobre o tipo, a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos ao longo do dia. Foram coletadas todas as informações necessárias para posterior análise da dieta, como os tipos de lipídios e açúcares adicionados, medida utilizada, horários e tipo de cocção. O programa Avanutri® versão 4.0 foi utilizado para calcular a quantidade de calorias e dos macronutrientes da dieta consumida por cada colaborador, conforme Recordatório. Além disso, foram analisados dez componentes da dieta para a classificação do Índice de Qualidade da Dieta (IQD), conforme descrito por Fisberg *et al*¹¹, os quais foram classificados com pontuação mínima de zero (0) ponto para o componente que se encontrava fora dos parâmetros estabelecidos e pontuação máxima de dez (10) pontos para o que estivesse dentro dos parâmetros estabelecidos pelos autores. O somatório dos componentes avaliados variou de 0 a 100 pontos, sendo as dietas classificadas em: inadequadas (escore menor ou igual a 40 pontos), que necessita de modificação (escore entre 41 e 64 pontos) e saudável (acima de 65 pontos).

A avaliação antropométrica constituiu-se das medidas de peso, estatura, IMC e perímetro da cintura (PC). Os colaboradores foram pesados com uniforme padronizado da instituição, descalços e posicionados em pé, utilizando-se balança eletrônica da marca Plenna®, com capacidade de 150kg e sensibilidade de 50g. A estatura foi aferida com o indivíduo descalço, no centro do equipamento, com calcanhares unidos, braços estendidos ao longo do corpo e

cabeça em plano de Frankfurt, utilizando-se estadiômetro vertical da marca Toledo®, graduado em centímetros e menor divisão em milímetros. Por meio dessas medidas, calculou-se o IMC, cuja classificação foi realizada de acordo com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹². Colaboradores com sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) foram classificados com excesso de peso. O perímetro da cintura foi mensurado a partir do ponto médio entre a última costela e a cicatriz umbilical com fita métrica flexível de marca Sanny Medical®, de 2 m de comprimento, sendo considerada “aumentada” medidas acima de 94 cm e 80 cm e Muito Aumentada acima de 102 cm e 88 cm, para homens e mulheres, respectivamente, de acordo com os valores de referência da OMS¹².

Para a aferição da pressão arterial foi utilizado esfigmomanômetro digital da marca BD®, seguindo as normas estabelecidas pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹³. Foram consideradas alteradas as medidas de pressão arterial sistólica (PAS) maior de 135 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior de 85 mmHg.

As medidas de glicemia, colesterol total (CT), LDL-colesterol (LDL), HDL-colesterol (HDL) e triglicerídeos (TG) foram realizadas no Centro de Análises Clínicas do HOL. Em relação ao perfil lipídico, utilizou-se os valores de referência propostos na IV Diretriz Brasileira para o Tratamento de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose¹⁴, que considera alterados valores acima de 150, 200 e 160 mg/dl para TG, CT e LDL, respectivamente, e valores de HDL abaixo de 40 e 50 mg/dl para homens e mulheres, respectivamente.

Para a análise estatística foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. A estatística descritiva foi aplicada através do cálculo das principais medidas numéricas (Média e Desvio-Padrão) e a inferência estatística foi implementada através de testes de hipóteses: “Teste do G” que comparou as proporções dentro da amostra, conforme o caso analisado; e “Teste t”, de *Student* que analisou a diferença das médias aritméticas do peso inicial e atual. Foi previamente estabelecido o nível de significância alfa = 0,05 para rejeição da hipótese de nulidade. Todo o processamento estatístico foi realizado sob o suporte computacional do *software* BioEstat 5, Epi Info 3.3.2 e *Microsoft Office Excel* 2010.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 69 (sessenta e nove) colaboradores adultos, de ambos os sexos, sendo 76,8% do gênero feminino, com idade média de $43,0 \pm 12,6$ anos. A maioria possuía ensino médio completo e atuava no cargo

de auxiliar operacional, exercendo funções de despenseiros, cozinheiros, copeiros e serviços gerais, com tempo de serviço de 02 a 23 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis demográficas e relativas ao trabalho de colaboradores de uma UAN de um Hospital Público em Belém-PA.

Variáveis	Nº de Casos	%
Sexo		
Feminino	53	76,8
Masculino	16	23,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	4	5,8
Ensino Médio Incompleto	4	5,8
Ensino Médio Completo	42	60,9
Ensino Superior Incompleto	7	10,1
Ensino Superior Completo	12	17,4
Cargos		
Administrador	1	1,4
Auxiliar Administrativo	3	4,3
Auxiliar Operacional	51	73,9
Estagiário	5	7,2
Nutricionista	6	8,7
Residente	3	4,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

A Tabela 2 apresenta o perfil antropométrico e bioquímico dos colaboradores estudados. Em média, estes apresentavam $71,8\text{kg} \pm 14,2$ e $1,60\text{cm} \pm 0,10$, sendo que 75,4% apresentavam excesso de peso e 49,3% apresentavam perímetro da cintura muito aumentada, indicando maior risco para desenvolvimento de complicações cardiometabólicas, como Diabetes *Mellitus* (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Em relação à pressão arterial, 79,7% dos colaboradores apresentaram valores considerados normais.

Quanto aos exames bioquímicos, é importante destacar que ocorreu uma redução no tamanho da amostra, em função do desligamento de 06 (seis) colaboradores, que deixaram de fazer parte da equipe, durante a realização desta pesquisa.

Embora os valores de triglicérides e colesterol total encontravam-se adequados para 56,6% e 47,8% dos colaboradores, respectivamente, deve-se destacar que um percentual significativo apresentou valores elevados para os dois parâmetros, 31,9% e 43,5%, respectivamente. Em relação à glicose, 49,3% apresentaram glicemia elevada, que indica a necessidade de intervenção dietética.

Neste estudo, 94,2% e 53,6% relataram não fazer uso de cigarros e álcool, respectivamente, e 65,2% relatou não praticar atividade física.

Tabela 2 – Perfil antropométrico, bioquímico e estilo de vida dos colaboradores de uma UAN de um Hospital Público em Belém-PA.

Variáveis	Nº de Casos	%
IMC		
Eutrófica	16	23,2
Magreza Grau I	1	1,4
Excesso de Peso	52	75,4
PA		
Elevada	14	20,3
Normal	55	79,7
PC		
Aumentado	18	26,1
Muito Aumentado	34	49,3
Normal	17	24,6
TGD		
Abaixo	2	2,9
Elevado	22	31,9
Normal	39	56,5
Sem Informação	6	8,7
GLICEMIA		
Elevada	34	49,3
Normal	29	42,0
Sem Informação	6	8,7
COLESTEROL TOTAL		
Elevado	30	43,5
Normal	33	47,8
Sem Informação	6	8,7
FUMA		
Não	65	94,2
Sim	4	5,8
CONSOME BEBIDA ALCÓOLICA		
Esporadicamente	11	15,9
Não	37	53,6
Sim	21	30,4
PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA		
Não	45	65,2
Sim	24	34,8

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

A Tabela 3 demonstra os valores médios referente ao Índice de Qualidade da dieta dos comensais. Observa-se que 84,1% dos entrevistados possuíam inadequação na dieta propriamente dita e/ou necessitavam da adequação, número este consideravelmente alto. Encontra-se ainda disposta a média de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos), bem como fibras alimentares calculadas com base no registro alimentar. Destaca-se a ingestão de fibras, perfazendo total de 19g, reflexo do baixo consumo de verduras, legumes e frutas segundo os participantes do estudo.

Tabela 3 – Índice da qualidade da dieta e média de consumo de macronutrientes dos colaboradores de uma UAN de um Hospital Público em Belém-PA.

IQD	Nº de Casos	%
Inadequado	28	40,6
Necessário modificar	30	43,5
Saudável	11	15,9
MÉDIA DE MACRONUTRIENTES		
Carboidratos	98,3g	
Fibras alimentares	19g	
Proteínas	58,6g	
Lipídeos	116,3g	

Fonte: Pesquisa de Campo, 2017.

A Tabela 4 apresenta a associação entre o IQD e as variáveis bioquímicas, antropométricas e referentes ao estilo de vida dos colaboradores, demonstrando que não houve associação estatística significativa entre o IQD e as variáveis em estudo, ou seja, a ocorrência do IQD se mostrou independente das variáveis estudadas.

Em relação ao Recordatório de 24 horas, observou-se baixo consumo de verduras, legumes e frutas. Em contrapartida, houve consumo elevado de alimentos de alta densidade calórica como: purês, farofas, pães, frituras e excesso de adição de açúcar.

Tabela 4 – Perfil bioquímico e antropométrico associados com índice da qualidade da dieta dos colaboradores de uma UAN de um Hospital Público em Belém-PA.

Variáveis	IQD						p
	INADEQUADA	%	NECESSÁRIO MODIFICAR	%	SAUDÁVEL	%	
GLICEMIA							
Elevada	13	50,0	16	57,1	5	55,6	0,8661
Normal	13	50,0	12	42,9	4	44,4	
Sem Informação	3	0,1	2	7,1	1	11,1	
PERFIL LIPIDICO							
Alterado	18	69,2	22	78,6	6	66,7	0,3914
Adequado	8	30,8	6	21,4	3	33,3	
Sem Informação	3	11,5	2	7,1	1	11,1	
PA							
Elevada	8	27,6	5	16,7	1	10,0	0,3950
Normal	21	72,4	25	83,3	9	90,0	
C/C							
Aumentada	8	27,6	8	26,7	2	20,0	0,6202
Muito Aumentada	14	48,3	13	43,3	7	70,0	
Normal	7	24,1	9	30,0	1	10,0	
ATIVIDADE FISICA							
Não	22	75,9	16	53,3	7	70,0	0,1797
Sim	7	24,1	14	46,7	3	30,0	
ALCOOLISMO							
Esporádico	2	6,9	5	16,7	4	40,0	0,1540
Não	19	65,5	14	46,7	4	40,0	
Sim	8	27,6	11	36,7	2	20,0	
TABAGISMO							
Esporádico	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0,5543
Não	28	96,6	27	90,0	10	100,0	
Sim	1	3,4	2	6,7	0	0,0	

Fonte: Pesquisa de Campo, 2017.

O presente estudo buscou ainda testar a associação entre o peso de admissão referido pelos colaboradores e o peso aferido na pesquisa, como mostra a figura 1. De acordo com os testes estatísticos, o valor de t calculado é igual a -11.4493, com $p < 0,0001$, ou seja, a diferença observada é estatisticamente significativa, indicando que o peso inicial era inferior àquele obtido após anos de trabalho.

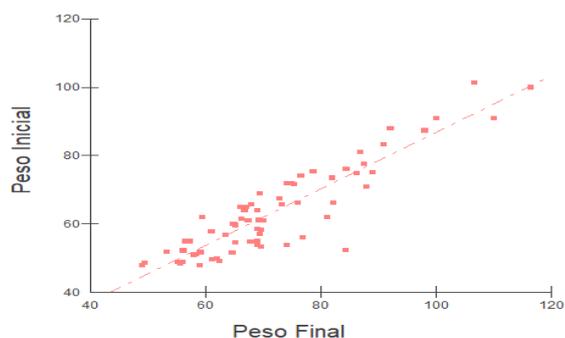


Figura 1- Correlação entre o peso admissional e o peso atual dos colaboradores de uma UAN de um Hospital Público em Belém-PA. Teste t de Student, $P < 0,0001$.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2017.

DISCUSSÃO

Segundo Silva *et al.*¹⁵, no setor de alimentação coletiva, de uma maneira geral, o ritmo de trabalho é intenso, uma vez que a maioria dos trabalhadores realiza um número elevado de tarefas diferentes e, muitas vezes, as condições de trabalho mostram-se inadequadas, acarretando queda na produtividade, problemas de saúde, acidentes de trabalho, descontentamento com o serviço e rotatividade de mão de obra.

No presente estudo, observou-se que a maioria dos participantes estava acima do peso. Dados semelhantes foram encontrados na literatura. Estevam e Guimarães¹⁰, que avaliaram o estado nutricional de colaboradores de uma UAN hospitalar em Muriaé (MG), encontraram elevada prevalência de sobrepeso (41,18%) e obesidade (23,53%) entre os participantes. Gonçalves *et al.*⁹, avaliando o perfil nutricional dos colaboradores de uma UAN hospitalar em João Pessoa, também encontraram excesso de peso entre os participantes, sendo 39,4% com sobrepeso e 21,2% com obesidade. Já no estudo realizado por Tonini *et al.*¹⁶, que avaliaram o estado nutricional de 130 colaboradores de uma Instituição de Ensino Superior, 59,2% dos participantes apresentaram-se eutróficos.

A obesidade é uma doença comumente encontrada entre colaboradores de UAN, contribuindo para elevar a

prevalência do problema nutricional de maior ascensão entre a população nos últimos anos¹⁷.

De acordo com Aguiar¹⁷, o ganho de peso pode acontecer por diversos fatores, dentre eles, a ingestão de alimentos em grande quantidade e a elevada frequência de consumo alimentar. O autor cita ainda que os trabalhadores têm dificuldades em quantificar os alimentos consumidos.

Na UAN avaliada, a alimentação é fornecida gratuitamente aos colaboradores. O consumo frequente de preparações culinárias, a facilidade de acesso e a gratuidade podem ter contribuído para o aumento da ingestão calórica e conseqüente balanço energético positivo, levando ao excesso de peso e alterações metabólicas observadas no presente estudo.

No estudo realizado por Scarparo *et al.*¹⁸, 74,6% dos colaboradores dos restaurantes universitários, ganharam peso após o início do trabalho e, no primeiro ano, o ganho foi maior, com uma média de 2,6 kg. Assim como no estudo citado, os resultados do presente estudo também apontaram para o aumento do peso após os anos trabalhados sendo esse aumento estatisticamente significativo.

Boclin e Blank¹⁹ observaram prevalência de sobrepeso e obesidade entre trabalhadores de cozinha, quando comparados aos da lavanderia, sendo que o ato de “beliscar” alimentos, ou seja, comer pequenas porções de alimentos fora de hora, mostrou-se condição específica dos trabalhadores de cozinha, indicando que o acesso ao alimento pode estar relacionado à manutenção do excesso de peso, como foi observado no presente estudo.

A alimentação dos trabalhadores de UANs tem sido caracterizada pelo elevado teor calórico, destacando-se o consumo de alimentos ricos em proteínas e gorduras. A necessidade de maior consumo de alimentos para a manutenção de suas atividades de trabalho, que exigem esforços físicos, também pode ser uma possível explicação. Além disso, a maioria dos colaboradores não pratica atividades físicas regulares, colaborando bastante para o elevado ganho de peso²⁰, dado que também foi encontrado no presente estudo.

Segundo Vannin *et al.*²⁰ é importante oferecer uma dieta balanceada para trabalhadores que desempenham atividades moderadas e intensas em UANs, contendo alimentos que forneçam nutrientes inseridos nos três grupos alimentares (energéticos, construtores e reguladores), contribuindo desta forma para um melhor rendimento do trabalho, com aumento da produtividade e diminuição dos riscos de acidentes de trabalho.

O consumo alimentar, avaliado por meio do IQD, indicou inadequação ou necessidade de adequação da dieta para a maioria dos participantes. De acordo com dados do Vigitel, Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde (2018), Belém foi classificada como a capital brasileira com menor índice de consumo de frutas, legumes e verduras (23%) em relação à média nacional (33,9%). O hábito irregular no consumo de alimentos *in natura*, pode promover o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis²¹.

O presente estudo observou que a maioria dos participantes apresentava deposição de gordura abdominal identificada pela medida do perímetro da cintura acima dos valores de referência, o que pode indicar risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, uma vez que a medida tem sido indicada como boa preditora do tecido adiposo e apresenta forte correlação com o IMC¹⁸.

Em relação às variáveis bioquímicas avaliadas no estudo, observou-se que apenas a glicemia encontrava-se alterada para a maioria dos participantes. No entanto, é importante destacar que, embora não fosse a maioria, um percentual elevado de colaboradores também apresentou alterações no colesterol total e triglicerídeos. Diferente dos dados encontrados, neste estudo, Gonçalves *et al.*⁹ encontrou valores de colesterol total, triglicerídeos e glicemia dentro da normalidade entre os participantes do estudo. O autor destacou apenas o valor limítrofe encontrado para o LDL colesterol.

Segundo Kolosque²², 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 a maioria relatou não praticar atividades físicas.

O consumo de álcool e cigarro, também considerados fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, não foi prevalente no estudo. A maioria dos participantes relatou que não fuma e nem ingere bebida alcóolica. Dentre as várias drogas encontradas no mundo, o fumo e o álcool são as que mais causam mortes e problemas psicológicos, biológicos e sociais. O fumo encontra-se no *ranking* como uma das principais 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 ano. O consumo abusivo de álcool e tabaco influencia não somente à saúde das pessoas, mas também a economia e a segurança da sociedade⁹.

Embora o consumo de álcool e o fumo não tenham sido prevalentes entre os participantes, identificou-se, neste estudo, a presença de outros fatores de risco para o

desenvolvimento de DCNT, como: excesso de peso, inatividade física, glicemia elevada e o aumento do perímetro da cintura. Esses resultados são preocupantes para a saúde dos profissionais, indicando a necessidade de adotar mudanças no estilo de vida com vistas à melhoria da qualidade de vida dessa população.

CONCLUSÃO

Os dados encontrados, no estudo, apontam para a necessidade de monitoramento dos hábitos alimentares e estilo de vida dos trabalhadores de UAN, uma vez que foi observada inadequação em vários aspectos analisados, como alto índice de colaboradores com excesso de peso/obesidade, glicemia elevada, qualidade inadequada da dieta, perímetro da cintura muito aumentado e baixa de atividade física, características que contribuem significativamente para o surgimento de DCNTs. Além disso, indicam que é necessário adotar estratégias visando mudanças no consumo alimentar e no estilo de vida dos colaboradores em prol da saúde e redução dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs.

Nesse contexto, o gestor tem importante papel e deve atuar por meio de campanhas educativas incentivando e promovendo a alimentação saudável com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos diretamente associados à alimentação inadequada, como as DCNTs. Dessa forma, estará contribuindo ao mesmo tempo para a saúde dos colaboradores e também para o aumento da produtividade da equipe.

Em suma, os resultados desse estudo sugerem o papel importante do nutricionista/gestor na promoção da alimentação saudável através de estratégias de Educação Alimentar Nutricional (EAN) para os colaboradores, a fim de promover a alimentação e estilo de vida saudável, no local de trabalho, reduzindo riscos, favorecendo saúde, aumento da produtividade, diminuição de absenteísmo e melhor rendimento no trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Almeida GCS, Lamounier WM. Os alimentos transgênicos na agricultura brasileira: evolução e perspectivas. Organ. Rurais Agroind [Internet]. 2005 [acesso em 2020 jan 6]; 3(7): 345-55. Disponível em: <http://200.131.250.22/revistadae/index.php/ora/article/viewFile/192/189>.
2. Cunha DT, Albano RD. Evolução antropométrica após intervenção nutricional. Nutrire. 2013; 38(1): 15-26.
3. Pitanga FJG, Lessa I. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos

- na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Rev. bras. epidemiol [Internet]. 2007 [acesso em 2020 jan 6]; 10(2): 239-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000200011.
4. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 2020 jan 6]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf.
 5. Maham LK, Escott-Stump S. Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
 6. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneve: WHO; 2003.
 7. Paixão MCP, Franco LR. Obesidade como fator de risco para acidentes no trabalho. Saude e pesqui [Internet]. 2009 [acesso em 2020 jan 6]; 2(3): 379-86. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8793/63641b2a536cae5613d2d2d9331fd81135.pdf>.
 8. Escobar FA. Avaliação nutricional em funcionários de uma Unidade de Alimentação e Nutrição. Cad. UniFoA [Internet]. 2009 [acesso em 2020 jan 6]; 6(9): 51-7. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/938/858>.
 9. Gonçalves MCR, Cavalcanti CL, Mello EMPB, Azevedo WF, Diniz MB. Perfil nutricional, consumo alimentar e indicadores bioquímicos dos funcionários de uma Unidade de Alimentação e Nutrição. Rev. bras. cienc saude [Internet]. 2011 [acesso em 2020 jan 6]; 15(4): 377-84. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10355>.
 10. Estevam E, Guimarães M. Caracterização do perfil nutricional e os aspectos ergonômicos relacionados ao trabalho de trabalhadores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição. Rev. Cient. Faminas [Internet]. 2013 [acesso em 2020 jan 6]; 9(2): 56-68. Disponível em: http://www.faminas.edu.br/upload/downloads/20131227160532_811288.pdf.
 11. Fisberg RM, Slater B, Barros RR, Lima FD, César CLG, Carandina L. Índice de qualidade da dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. Rev. Nutr [Internet]. 2004 [acesso em 2020 jan 6]; 17(3): 301-318. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732004000300003&script=sci_abstract&tling=pt.
 12. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneve: WHO; 2000.
 13. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [acesso em 2020 jan 6]; 95(1 Supl.1): 1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.
 14. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FA, Bertolami MC, Afíune Neto A, Souza AD, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2007 [acesso em 2020 jan 6]; 88(Supl 1): 2-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X200700070002.
 15. Silva KF, Drumond NB, Quintão DF. Avaliação do perfil nutricional e condições de trabalho de colaboradores de unidades de alimentação e nutrição de Eugenópolis (MG). Rev. Cient. Faminas [Internet]. 2015 [acesso em 2020 jan 6]; 11(2): 34-48. Disponível em: <http://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/109>.
 16. Tonini E, Broll AM, Correa EN. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de funcionários de uma instituição de ensino superior do oeste de Santa Catarina. Mundo saúde [Internet]. 2013 [acesso em 2020 jan 6]; 33(3): 268-79. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/avaliacao_estado_nutricional_habito_alimentar.pdf.
 17. Aguiar LF. Avaliação nutricional dos funcionários de uma UAN (Unidade de Alimentação e Nutrição) de empresa terceirizada, município de Sobral (CE). In: Anais do IV Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte e Nordeste de Educação Tecnológica [CD-ROM], 2009; Belém. Belém: IFPA; 2009.
 18. Scarparo AL, Amaro FS, Oliveira AB. Caracterização e avaliação antropométrica dos trabalhadores dos restaurantes universitários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rev HCPA [Internet]. 2010 [acesso em 2020 jan 6]; 30(3): 247-51. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/15382>.
 19. Boclin KL, Blank N. Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. Rev. bras. saúde ocup [Internet]. 2010 [acesso em 2020 jan 6]; 35(121): 124-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000100014&script=sci_abstract&tling=pt.
 20. Vannin M, Southier N, Novello D, Francischetti VA. Adequação nutricional do almoço de uma Unidade de Alimentação e Nutrição de Guarapuava-PR. Rev. salus [Internet]. 2007 [acesso em 2020 jan 6]; 1(1): 31-8. Disponível em: <https://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/view/667>.
 21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>.

22. Kolosque DK. Saúde dos trabalhadores de uma Unidade de Alimentação e Nutrição de um hospital universitário no Sul do Rio Grande do Sul [Dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Católica de Pelotas; 2016. [acesso em 2020 jan 06]. Disponível em: <http://pos.ucpel.edu.br/mpsmca/wp-content/uploads/sites/2/2018/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o-DENISE-KNUTH-KOLOSQUE.pdf>.
-

Submissão: 03/08/2018

Aprovado para publicação: 04/01/2020