

2.º CICLO
EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Relação entre alimentação consciente e o ambiente alimentar no local de trabalho

Sónia Alexandra Santos Taboada

M

2024



Relação entre alimentação consciente e o ambiente alimentar no local de trabalho

Relationship between mindful eating and the workplace food environment

Sónia Alexandra Santos Taboada

(Licenciatura em Ciências da Nutrição)

**Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.**

Orientador: Rui Poínhos

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Coorientadora: Sandra Torres

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação Alimentar apresentada
à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

2024

AGRADECIMENTOS

Quem melhor me conhece, sabe o quanto gosto de me sentir em constante aprendizagem e evolução. Sinto-me extremamente grata por todos os que prosseguiram junto comigo neste caminho, contribuindo para continuar a crescer.

Ao Rui Poínhos pela sua enorme capacidade de orientação, análise ao detalhe, conhecimento valioso a juntar nutrição, psicologia e estatística, assim como extrema disponibilidade, paciência e empatia em todos os momentos.

À Prof.^a Sandra Torres pela larga experiência e profundo conhecimento de psicologia, aliados à sua assertividade, objetividade e sentido prático, bem necessários para coorientar eficazmente. Senti-me extremamente bem amparada por ambos ao longo deste desafio, quer a nível académico, quer pessoal e muito vos agradeço por isso.

À Prof.^a Bela Franchini pela incansável ajuda ao longo de todo o MEA, sempre prestável e atenciosa.

À Patrícia Araújo pelas valiosas bases de *mindfulness*, troca de ideias estimulantes e toda a sua generosidade e apoio.

À Taína Silva, que apesar de nos cruzarmos tão pouco tempo, me mostrou a sua generosidade na partilha de conhecimento.

À Sonae Capital Fitness por ter contribuído para este desenvolvimento.

Agradeço ao meu companheiro, família e amigos de sempre pelo apoio incondicional, cada um à sua maneira, nos momentos de maior exigência e na gestão emocional.

Estou muito grata a todos!

RESUMO

Introdução: Abordagens baseadas em Alimentação Consciente (AC) têm mostrado efetividade a promover comportamentos alimentares mais adaptativos e saudáveis. O ambiente alimentar moderno obesogénico tem contribuído para comportamentos alimentares nutricionalmente pouco adequados e não adaptativos, como a Alimentação Motivada pela Recompensa (AMR). As relações entre o ambiente alimentar e AC estão poucas estudadas, inclusive no local de trabalho onde os adultos passam uma boa parte do dia.

Objetivo: Estudar as relações entre AC e o ambiente alimentar no local de trabalho.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal quantitativo com uma amostra de conveniência composta por trabalhadores adultos. Recolheram-se informações sociodemográficas e de trabalho, medidas antropométricas relatadas, e dados sobre o ambiente alimentar. Foram aplicadas a Escala de Alimentação Consciente (EAC), a Escala do Comer Motivado Pela Recompensa (RED-13) e a Escala de Apreciação Corporal-2 (BAS-2), além de serem avaliados os estádios de mudança para uma alimentação saudável.

Resultados: Foram avaliados 123 participantes entre 21 e 64 anos (70,7% mulheres), com mediana de IMC 23,4 kg/m² (P25 = 21,5; P75 = 25,2). A maioria (48,0%) apresentava-se no estágio de manutenção para uma alimentação saudável. Os homens apresentaram níveis significativamente superiores de AC. Foi identificada uma associação positiva entre AC e apreciação corporal e AC e IMC, negativa com AMR e associação positiva (fator 5 EAC) e negativa (fator 4 EAC) com os estádios ação e manutenção para uma alimentação saudável; relação

significativa com efeito grande entre maiores níveis de AC e a presença de micro-ondas ($p = 0,002$; $d = 1,33$) e relação significativa com efeito médio entre maiores níveis de AC e a origem das refeições “fora” ($p = 0,021$; $d = 0,48$); associação positiva entre AC e a satisfação com o ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições e positiva do fator 6, mas negativa do fator 4 da EAC com a satisfação geral com o ambiente alimentar. A AC não mostrou relação significativa com a forma das refeições (sozinho vs. acompanhado), nem com a satisfação com a oferta alimentar saudável, variedade, preço, pausas flexíveis, ou com estratégias de promoção de alimentação saudável no local de trabalho.

Conclusão: Níveis mais elevados de AC relacionam-se com a presença de micro-ondas no local de trabalho, com a origem das refeições “fora”, com maior satisfação com o ambiente tranquilo e cómodo e em parte com maior satisfação geral com o ambiente alimentar.

Palavras-Chave

Alimentação Consciente, Ambiente Alimentar, Local de Trabalho, Alimentação Motivada pela Recompensa, Apreciação Corporal.

ABSTRACT

Introduction: Mindful Eating (ME) approaches have shown effectiveness in promoting more adaptive and healthy eating behaviors. The modern obesogenic food environment has contributed to nutritionally inadequate and maladaptive eating behaviors, such as Reward-Based Eating (RBE). The relationships between the food environment and ME are under-researched, including in the workplace, where adults spend a significant portion of their day.

Objective: To study the relationships between ME and the food environment in the workplace.

Methodology: A quantitative cross-sectional study was conducted with a convenience sample of adult workers. Data were collected through a self-administered questionnaire that included sociodemographic and work-related information, self-reported anthropometric measures, and data on the food environment. The Mindful Eating Scale (MES), the Reward-based Eating Drive scale (RED-13), and the Body Appreciation Scale-2 (BAS-2) were applied, in addition to assessing the stages of change towards healthy eating.

Results: 123 Participants aged between 21 and 64 years (70.7% women) were evaluated, with a median BMI of 23.4 kg/m² (P25 = 21.5; P75 = 25.2). The majority (48.0%) were in the maintenance stage towards healthy eating. Men exhibited significantly higher levels of ME. A positive association was identified between ME and body appreciation, and between ME and BMI, a negative association with RBE, and a positive (factor 5 MES) and negative (factor 4 MES) association with the action and maintenance stages towards healthy eating. There was a significant relationship with a large effect size between higher levels of ME and the presence

of microwaves ($p = 0.002$; $d = 1.33$) and a significant relationship with a medium effect size between higher levels of ME and the origin of meals “outside” ($p = 0.021$; $d = 0.48$). There was a positive association between ME and satisfaction with a calm and comfortable environment during meals, and a positive (factor 6 MES) and negative (factor 4 MES) association with overall satisfaction with the food environment. ME showed no significant relationship with the way meals are taken (alone vs. accompanied), nor with satisfaction with healthy food options, variety, price, flexible breaks, or healthy eating promotion strategies in the workplace.

Conclusion: There is a relationship between ME and the workplace food environment. Higher levels of ME are related to the presence of a microwave, having meals from outside, greater satisfaction with a quiet and comfortable eating environment, and partially with greater overall satisfaction with the food environment.

Keywords

Mindful Eating, Food Environment, Workplace, Reward-Based Eating, Body Appreciation.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT	v
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
INTRODUÇÃO	1
1. Alimentação consciente	1
2. Outras dimensões relacionadas com a alimentação consciente	3
2.1 Estádios de mudança para uma alimentação saudável	3
2.2 Alimentação motivada por recompensa	4
2.3 Imagem corporal positiva	5
3. Educação alimentar e ambiente alimentar no contexto do local de trabalho.....	7
4. Alimentação consciente e ambiente alimentar no local de trabalho... 	9
OBJETIVOS	11
1. Objetivo geral.....	11
2. Objetivos específicos	11
HIPÓTESES	12
METODOLOGIA.....	13
1. Desenho e amostra do estudo.....	13

2. Métodos e técnicas	13
a. Questionário para recolha de dados	13
1. Dados sociodemográficos e de trabalho	14
2. Dados antropométricos	15
3. Ambiente alimentar do local de trabalho.....	15
4. Estádios de mudança para uma alimentação saudável	17
5. Escala de Alimentação Consciente	18
6. Escala do Comer Motivado pela Recompensa-13	19
7. Escala de Apreciação Corporal-2	20
3. Análise estatística	20
4. Questões éticas	21
RESULTADOS	22
1. Caracterização da amostra	22
2. Caracterização do ambiente alimentar do local de trabalho.....	25
2.1 Características da origem e da forma das refeições	25
2.2 Características presentes no ambiente alimentar	26
2.3 Grau de satisfação com o ambiente alimentar	26
3. Caracterização do comportamento alimentar saudável	27
4. Comparação do nível de alimentação consciente, de alimentação motivada por recompensa e de apreciação corporal entre mulheres e homens	28

5. <i>Relações entre alimentação consciente e sexo, idade, IMC, estádios de mudança para uma alimentação saudável, alimentação motivada por recompensa e apreciação corporal</i>	29
6. <i>Relações entre alimentação consciente e características das refeições</i>	30
7. <i>Relações entre alimentação consciente e características do ambiente alimentar</i>	34
8. <i>Associações entre alimentação consciente e satisfação com o ambiente alimentar</i>	34
DISCUSSÃO	38
1. <i>Alimentação consciente e dimensões associadas</i>	38
2. <i>Alimentação consciente e ambiente alimentar no local de trabalho ..</i>	44
3. <i>Forças e limitações</i>	53
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE - QUESTIONÁRIO	69

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AC: Alimentação Consciente

AMR: Alimentação Motivada pela Recompensa

AP: Atenção Plena

BAS-2: Escala de Apreciação Corporal-2

EA: Educação Alimentar

EAC: Escala de Alimentação Consciente

IMC: Índice de Massa Corporal

OMS: Organização Mundial da Saúde

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

RED-13: Escala do Comer Motivado pela Recompensa-13

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.

Tabela 2 - Características de trabalho da amostra.

Tabela 3 - Frequência e distribuição do IMC da amostra.

Tabela 4 - Origem e forma das refeições durante o dia de trabalho.

Tabela 5 - Características presentes no ambiente alimentar do local de trabalho.

Tabela 6 - Frequência do grau de satisfação com o ambiente alimentar do local de trabalho.

Tabela 7 - Frequência dos estádios de mudança para uma alimentação saudável.

Tabela 8 - Comparação da EAC, RED-13 e BAS-2 entre mulheres e homens.

Tabela 9 - Análise multivariada para os 6 fatores da EAC com sexo feminino, idade, IMC, estádios ação e manutenção para uma alimentação saudável, RED-13 e BAS-2.

Tabela 10 - Relações entre EAC e as características da origem e da forma das refeições.

Tabela 11 - Relações entre EAC e as características do ambiente alimentar do local de trabalho.

Tabela 12 - Correlação entre EAC e satisfação com o ambiente alimentar no local de trabalho.

INTRODUÇÃO

O estilo de vida moderno acelerado promove comer rápido em vez de sentar a desfrutar lenta e completamente de uma refeição. Nesse sentido, a Alimentação Consciente (AC) surge precisamente como uma abordagem que atua mais em “como” comer do que “o que” comer ou não comer, com o intuito de favorecer atitudes e comportamentos positivos em relação à alimentação⁽¹⁾. A relação desta abordagem de cariz psicológico com o comportamento alimentar tem vindo cada vez mais a ser estudada⁽²⁾.

1. Alimentação consciente

O conceito de AC, também conhecido como comer com Atenção Plena (AP), parte da tradução do conceito original *mindful eating*. Este, deriva de um conceito mais abrangente, o *mindfulness*, traduzido em AP, que se caracteriza pela autorregulação da atenção, a fim de direcioná-la para a experiência do momento presente, acompanhada de um olhar curioso, aberto, não crítico e recetivo⁽³⁾. A AP quando aplicada ao contexto da alimentação, leva-nos à AC. Não existe uma definição universal de AC, pelo que, uma das primeiras definições foi proposta por Framson *et al.*⁽⁴⁾, que a define como a “*consciência sem julgamento das sensações físicas e emocionais ligadas ao ato de comer ou em um ambiente relacionado à alimentação*”.

Ao praticar AC, o indivíduo é encorajado a trazer a consciência centrada ao momento presente para observar todos os pensamentos, emoções e sensações

físicas que acompanham as suas experiências relacionadas à alimentação de uma forma que aceita e não julga⁽⁵⁻⁷⁾.

Ao prestar muita atenção ao efeito dos alimentos nos sentidos, permite desenvolver a consciência dos sinais físicos de fome e de saciedade e dos gatilhos ambientais ou emocionais para comer, leva assim o indivíduo a comer em resposta aos sinais internos do próprio corpo, em vez de externos. Ao desenvolver esta consciência, o indivíduo tende a comer de forma saudável em resposta a esses mesmos sinais, enfatizando a qualidade em vez da quantidade de alimentos consumidos, fazendo escolhas alimentares mais conscientes, resultando desta forma numa mudança positiva dos hábitos alimentares⁽⁷⁻⁹⁾.

As abordagens baseadas em AP têm mostrado efetividade na promoção de comportamentos alimentares saudáveis e em estabelecer uma relação saudável com os alimentos, especificamente as de AC, porque colocam os alimentos como foco central da abordagem. Têm mostrado resultados em perturbações do comportamento alimentar, no controlo da ingestão alimentar⁽¹⁰⁾, na diminuição da alimentação motivada pela recompensa (AMR), como no desejo por comida⁽¹¹⁾, na alimentação em resposta a estímulos externos ou alimentação automática, na alimentação emocional, como método de escapar ou suprimir os seus estados afetivos negativos e na compulsão alimentar, que são comportamentos inter-relacionados com a obesidade^(5, 7, 12, 13). Bem como têm também mostrado resultados na redução dos níveis de stresse, ansiedade e depressão, especialmente quando relacionados ao ato de comer⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Os efeitos na ingestão alimentar parecem ser mais evidentes em indivíduos com excesso de peso e obesidade do que com peso normal^(7, 11, 18). No que diz respeito aos efeitos na regulação do peso e Índice de Massa Corporal (IMC), os

resultados têm mostrado que as intervenções são mais efetivas quando usam abordagens integradas⁽¹⁹⁻²¹⁾ e existe mais evidência, sobretudo na perda de peso a curto prazo⁽²⁰⁻²⁶⁾, pela escassa investigação a longo prazo⁽¹²⁾. Ainda assim, parece ser mais consensual em poderem prevenir ganho de peso^(7, 11). Convém salientar que o intuito destas abordagens não é diretamente a perda de peso, mas sim melhorar as adaptações psicossociais, de stresse e cognitivas, expandir a automotivação e autoconsciência sem julgamento, com o objetivo de adotar estilos de vida saudáveis⁽²¹⁾, trazendo benefícios substanciais ao comportamento alimentar em sentido mais amplo.

Para medir a AC alguns instrumentos têm vindo a ser propostos, em 2009, foi desenvolvimento por Framson *et al.*, o *Mindful Eating Questionnaire*⁽⁴⁾. Posteriormente em 2014 foi proposto por Hulbert-Williams *et al.*⁽²⁷⁾ a *Mindful Eating Scale*, que está em maior consonância com o conceito de AP.

2. Outras dimensões relacionadas com a alimentação consciente

Várias dimensões do comportamento alimentar podem ser relacionadas com a AC e avaliadas para um conhecimento mais aprofundado das suas relações, nomeadamente os estádios de mudança para uma alimentação saudável, AMR e também dimensões mais indiretas, como a imagem corporal positiva.

2.1 Estádios de mudança para uma alimentação saudável

Parece que os indivíduos precisam demonstrar alguma intenção de melhorar os seus comportamentos alimentares ou regular o peso, para que a AC seja mais

efetiva⁽¹²⁾. Neste sentido, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento adaptado ao comportamento alimentar, pode ajudar a explicar e prever como e quando os indivíduos mudam de comportamento. Baseia-se em 5 estádios⁽²⁸⁾: 1) pré-contemplação, em que não há intenção de mudar o comportamento; 2) contemplação, em que o indivíduo começa a pensar na mudança, mas ainda não está comprometido com ela; 3) preparação, quando existe a intenção de agir num futuro próximo; 4) ação, com a concretização da modificação de comportamento; 5) manutenção (ou terminação), com a manutenção da mudança (ou recaída). Este modelo não é estático e linear, é dinâmico e cíclico, funciona em espiral, ou seja, a ocorrência de recaídas é comum. Observa-se frequentemente que os indivíduos no estádio “ação” não se conseguem manter sempre lá desde o primeiro momento, podendo ter recaídas para estádios anteriores, com a queda do comportamento alterado⁽²⁹⁻³¹⁾.

2.2 *Alimentação motivada por recompensa*

O ambiente alimentar atual é propício aos comportamentos alimentares não adaptativos, como a AMR. A AMR é definida como a alimentação impulsionada pelos aspetos gratificantes e aliviantes de alimentos altamente palatáveis⁽³²⁾. Mostra uma tendência a comer pelo valor hedónico dos alimentos e não por necessidade homeostática (fome)⁽³³⁾.

A AMR inclui um largo espectro do comportamento alimentar, como a perda de controlo sobre a alimentação na presença de alimentos altamente gratificantes⁽³⁴⁾. A alimentação externa desencadeada por sinais alimentares, como a visão, o cheiro e o sabor dos alimentos⁽³³⁾. Também as emoções positivas,

como a felicidade e eventos comemorativos, ou emoções negativas, como o stresse ou ansiedade, podem levar à AMR, considerada um impulso alimentar baseado em recompensa, de modo a amplificar (reforço positivo) ou reduzir (reforço negativo) o estado emocional, respetivamente⁽³⁵⁾.

Assim como os desejos alimentares também se enquadram na recompensa alimentar. A AP, nomeadamente a AC, parece ser uma estratégia promissora para reduzir a AMR, pois atua nestes comportamentos alimentares não adaptativos, caracterizados por reatividade automática^(13, 36). Intervenções com AP gerem o desejo em si, em vez de o tentar mudar, suprimir, resistir ou evitar, uma vez que ajuda o indivíduo a aceitar os pensamentos, emoções e sensações corporais que constituem os desejos, levando-o a obter domínio sobre eles⁽¹³⁾. Por outras palavras, os indivíduos aprendem a prestar atenção e a conviver com os seus desejos, em vez de agir compulsivamente sobre eles ou lutar contra eles.

A AMR pode ser avaliada pela Escala do Comer Motivado Pela Recompensa-13 (RED-13)⁽³⁵⁾, que avalia amplamente o espectro de AMR, como desejos alimentares, alimentação descontrolada, comportamento viciante, alimentação restrita e compulsão alimentar. A RED-13 parece estar positivamente correlacionada com o IMC e diagnóstico autorreportado de diabetes tipo 2. Pode ainda ser uma ferramenta útil para identificar indivíduos em risco de excesso de peso ou de maior ganho de peso em quem já tem excesso de peso^(35, 37).

2.3 *Imagem corporal positiva*

De acordo com a literatura, uma imagem corporal positiva é um conceito multidimensional, diz respeito ao “*amor e aceitação do próprio corpo e apreciação*

da sua singularidade e das funções que desempenha”^(38, 39). Assim se percebe que a apreciação corporal se concentra mais nas características internas de aceitação, amor e respeito pelo corpo, e menos na aparência externa⁽⁴⁰⁾. A apreciação corporal tem mostrado correlações positivas com AP, regulação emocional adaptativa, autoestima e autocompaixão, por outro lado, está inversamente associada a ansiedade, depressão, perturbações alimentares, supervalorização do peso⁽⁴¹⁾ e IMC⁽⁴²⁾. Indivíduos com imagem corporal positiva relatam mais comportamentos de autocuidado e melhores resultados não só de saúde mental, como física⁽⁴³⁾.

A apreciação corporal está positivamente ligada à alimentação intuitiva, ou seja, comer de acordo com sinais fisiológicos de fome e saciedade, portanto com a alimentação em resposta ao impulso interno por parte do corpo⁽⁴³⁾, que é uma dimensão também comum com a AC, por promover a observação do próprio corpo e incentivar uma atitude de aceitação sem julgamento, da consciência corporal⁽⁸⁾. Assim, fortalecer a imagem corporal positiva, com aceitação do corpo, é uma atitude que pode desempenhar um papel significativo no comportamento alimentar saudável.

Pode ser avaliada pela Escala de Apreciação Corporal (BAS)⁽⁴⁴⁾, tendo sido aprimorada na versão 2^(40, 45). A Escala de Apreciação Corporal-2 (BAS-2) avalia a apreciação corporal e é considerada uma medida de imagem corporal positiva, avalia a aceitação, as opiniões favoráveis e o respeito do indivíduo pelo seu corpo, permite assim explorar os fatores que influenciam as atitudes positivas em relação ao corpo e à valorização do mesmo⁽⁴⁰⁾. A BAS-2 pode também ser usada em indivíduos com perturbações alimentares, pois prevê a variação incremental nos

sintomas de transtorno alimentar, pode ser útil para avaliar o risco de recaída de um transtorno alimentar, sobretudo no sexo feminino⁽⁴⁰⁾.

3. Educação alimentar e ambiente alimentar no contexto do local de trabalho

O local de trabalho é considerado um ambiente privilegiado para a promoção de comportamentos alimentares saudáveis^(46, 47), inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁴⁸⁾. Portugal também reconhece esta importância no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030⁽⁴⁹⁾. Segundo os últimos dados da Pordata (2022-2023), 78,7% da população portuguesa é ativa para o total da população em idade ativa, 53,5% da população em idade ativa encontra-se empregada e passa em média 32,9 horas por semana no local de trabalho⁽⁵⁰⁾, onde geralmente consomem pelo menos uma refeição por dia.

Os dados mostram que a prevalência da obesidade tem vindo a aumentar mundialmente⁽⁵¹⁾, em Portugal praticamente duplicou entre a década de 90 e a atualidade⁽⁵²⁾, associados à obesidade, estão também as perturbações do comportamento alimentar, que são altamente prevalentes em todo o mundo, especialmente em mulheres⁽⁵³⁾. No âmbito das perturbações do comportamento alimentar, estão os comportamentos alimentares não adaptativos, que incluem a AMR, a compulsão alimentar, alimentação emocional e impulsividade alimentar ou alimentação externa⁽³³⁾.

O comportamento alimentar refere-se a aspetos quantitativos e qualitativos relacionados com a seleção e decisão sobre os alimentos a

consumir⁽⁵⁴⁾. Que por sua vez é influenciado por uma ampla variedade de fatores, tais como biológicos, fisiológicos, intrapessoais (percepções, atitudes e crenças), interpessoais e ambientais^(55, 56). A revisão de Chen *et al.*⁽⁵⁷⁾ e de Neve *et al.*⁽⁵⁸⁾ destacam sobretudo a interação entre características individuais e ambientes alimentares.

No entanto, a abordagem alimentar e nutricional tradicional aborda principalmente a associação nutriente-saúde numa perspectiva mais biológica, mais prescritiva, tal como corroborado por Mozaffarian *et al.*⁽⁵⁹⁾, mas de acordo com o modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner⁽⁶⁰⁾, o contexto em que o indivíduo está inserido também influencia o comportamento alimentar e deve ser tido em consideração na Educação Alimentar (EA).

A EA é um termo complexo, tal como a própria alimentação nos remete, o que faz jus à complexidade da mudança de comportamento. Contento⁽⁶¹⁾ mostra uma visão integrada da EA, define-a como *“qualquer combinação de estratégias educacionais, acompanhadas de apoios ambientais, destinadas a motivar e facilitar de forma voluntária a adoção de escolhas alimentares e outros comportamentos relacionados com a alimentação e nutrição que conduzam à saúde e ao bem-estar. A educação alimentar é realizada em vários locais e envolve atividades a nível individual, comunitário e político”*.

Segundo a *Food and Agriculture Organization* (FAO), o ambiente alimentar diz respeito ao conjunto do ambiente físico, social, económico, e de informação⁽⁶²⁾. Estes diferentes ambientes envolvem a disponibilidade e acessibilidade de alimentos, bem como as influências sociais e as práticas culturais, as políticas alimentares, a organização social das organizações, os recursos materiais, preço e tempo e as práticas de marketing alimentar e

educação. Todas essas influências interagem entre si dinamicamente e facilitam ou dificultam o comportamento alimentar saudável^(55, 62-65).

4. Alimentação consciente e ambiente alimentar no local de trabalho

Em suma, de acordo com a revisão de literatura, as relações entre AC e o ambiente alimentar no local de trabalho estão muito pouco estudadas. O ambiente alimentar moderno obesogénico, incluindo social e cultural, fornece acesso fácil a alimentos altamente palatáveis, o que contribui para desviar o controlo do comportamento alimentar no que diz respeito aos processos internos inatos (como a fome fisiológica e sinais de saciedade) para sinais externos de exposição, levando a uma alimentação não homeostática (ou seja, comer por outras razões que não a fome), como a AMR, ou à restrição alimentar apesar da fome fisiológica^(13, 66). A AC, estando associada negativamente com as características da AMR⁽¹¹⁾, pode atuar como um fator de proteção contra as influências do ambiente alimentar. Segundo alguns autores, pode mesmo ser uma ferramenta poderosa a diminuir a reatividade a este^(13, 67).

Assim, por um lado, será relevante avaliar o ambiente alimentar do local de trabalho, que é um importante microssistema e veículo de mudança comportamental dos indivíduos, nomeadamente ao nível de fatores como a disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis, características das refeições, ambiente social e físico das mesmas, a presença de estratégias de EA ou até a satisfação geral. Por outro lado, importa avaliar o comportamento alimentar ao nível da AC, da AMR, a apreciação corporal e os estádios de mudança para uma alimentação saudável.

Por fim, analisar como a AC se relaciona tanto com características já mais amplamente estudadas, quanto com o ambiente alimentar, ainda pouco explorado, revela relações que merecem ser investigadas, e conferem pertinência a esta investigação e à EA. O desconhecimento de investigação que estude de forma conjunta estas características, levanta desta forma a questão de investigação à qual se irá procurar resposta: *qual a relação entre AC e o ambiente alimentar no local de trabalho?*

OBJETIVOS

1. *Objetivo geral*

Estudar as relações entre AC e o ambiente alimentar no local de trabalho.

2. *Objetivos específicos*

- Avaliar o ambiente alimentar a partir das características da origem e da forma das refeições, presença de características físicas e de estratégias de promoção de alimentação saudável, e a partir do grau de satisfação dos trabalhadores ao nível de tempo e pausas para refeições, preço, oferta e variedade alimentar saudável, ambiente tranquilo e cómodo e ambiente no geral;
- Avaliar os estádios de mudança para uma alimentação saudável;
- Avaliar a AC, AMR e apreciação corporal dos trabalhadores;
- Analisar as relações entre o nível de AC e sexo, idade, IMC, estádios de mudança para uma alimentação saudável, AMR e apreciação corporal;
- Analisar a relação entre AC e características das refeições e do ambiente alimentar e satisfação com o ambiente alimentar no local de trabalho.

HIPÓTESES

Foram formuladas as seguintes hipóteses:

- A AC e o IMC associam-se negativamente.
- A AC e a AMR associam-se negativamente.
- A AC e a apreciação corporal associam-se positivamente.
- Trabalhadores que se encontram nos estádios ação e manutenção para uma alimentação saudável apresentam níveis mais elevados de AC do que os que se encontram nos restantes estádios.
- Trabalhadores cuja origem das refeições durante o dia de trabalho é em “casa” apresentam níveis mais elevados de AC comparativamente com “fora”, assim como nos que as realizam sozinhos comparativamente a acompanhados.
- Trabalhadores que referem a presença no ambiente alimentar de refeitório/cantina, micro-ondas, espaço específico para realizar as refeições e de estratégias de promoção de alimentação saudável, apresentam níveis mais elevados de AC comparativamente a quem não refere a sua presença.
- A AC e a satisfação com o ambiente alimentar associam-se positivamente.

METODOLOGIA

1. Desenho e amostra do estudo

Foi realizado um estudo observacional transversal no contexto do local de trabalho, numa amostra de conveniência composta por trabalhadores ativos adultos residentes em Portugal, recrutados via publicação *online* em redes sociais e por contacto pessoal, entre novembro e dezembro de 2023. Foram critérios de inclusão: ser trabalhador ativo, ter idade igual ou superior a 18 anos e residir em Portugal, sem qualquer restrição quanto ao local e às características do trabalho.

2. Métodos e técnicas

a. Questionário para recolha de dados

Os dados foram obtidos através de um questionário de autorrelato preenchido *online*. O questionário foi elaborado em *Lymesurvey* e alojado na plataforma *InqueritosUP* (inqueritos.up.pt). Foi desenhado com uma declaração introdutória a comunicar o objetivo do estudo, um consentimento informado e a identificação das organizações de investigação envolvidas, a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP) e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), assim como o contacto da investigadora principal. As questões do questionário tinham na sua maioria um formato de resposta fechado, salvo exceções como a idade e os dados antropométricos, assim como as opções

“outro(a)” que remetiam para uma segunda resposta aberta à questão “qual?”. As questões encontravam-se distribuídas por sete secções:

1. Dados sociodemográficos e de trabalho

Foram recolhidos dados como idade, sexo “Qual o sexo/género com que se identifica?” (feminino/masculino), nacionalidade (portuguesa/outra), zona geográfica (Norte/Centro/Área Metropolitana de Lisboa/Alentejo/Algarve/Região Autónoma dos Açores/Região Autónoma da Madeira), habilitações literárias e características de trabalho.

Para avaliar as habilitações literárias, foram usadas as seguintes categorias:

- Sem escolaridade ou não completou o ensino primário;
- 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano, antigo ensino primário, 4.ª classe);
- 2.º ciclo do ensino básico (6.º ano, antigo ciclo preparatório);
- 3.º ciclo do ensino básico (9.º ano, antigo 5.º ano do liceu);
- Ensino secundário (12.º ano, antigo 7.º ano do liceu);
- Ensino pós-secundário não-superior (curso de especialização tecnológica);
- Ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento).

Para avaliar as características de trabalho, foram usados os seguintes tópicos e categorias:

- Função (administração/finanças/comercialização/produção e/ou operacional/outra);

- Hierarquia (gerência e/ou supervisão/profissional e/ou técnico/administrativo e/ou operacional/outra);
- Setor de atuação (saúde/educação/tecnologias da Informação/serviços financeiros/indústria e/ou manufatura/comércio/governo e/ou administração pública/sem fins lucrativos e/ou ONG/outra);
- Regime (tempo integral/tempo parcial/outra);
- Tipo de horário (flexível/fixo/por turnos);
- Modelo (presencial/remoto/híbrido (presencial e remoto)).

2. Dados antropométricos

Foram recolhidos o peso (kg) e a altura (cm) autorrelatados. Com base nos dados antropométricos autorrelatados, foi calculado o IMC a partir do peso (kg) dividido pelo quadrado da altura (m^2) e classificado de acordo com os critérios da OMS para adultos⁽⁶⁸⁾.

3. Ambiente alimentar do local de trabalho

Para avaliar o ambiente alimentar no local de trabalho, as questões foram construídas com base nos fatores ambientais que determinam o comportamento alimentar segundo Contento⁽⁵⁵⁾, nomeadamente a disponibilidade de alimentos saudáveis, a acessibilidade/ localização dos alimentos, estrutura social da organização, influências sociais e culturais, fator preço, e presença de estratégias de EA, assim como foram acrescentadas outras questões relevantes para os objetivos da investigação:

- Origem das refeições durante o dia de trabalho (refeitório e/ou cantina/restaurante e/ou bar/máquina de venda automática/*Levo marmita de casa/Vou comer a casa/Apenas faço lanches rápidos e como no próprio local de trabalho* (p. ex. na secretária) /outra);
- Forma de realizar as refeições (sozinho(a)/acompanhado(a) e/ou em grupo);
- Presença no local de trabalho de (opção de resposta sim ou não): refeitório/cantina; micro-ondas; espaço específico para realizar as refeições; máquinas de venda automática; estratégias de promoção de alimentação saudável no local de trabalho (p. ex. *webinars* sobre alimentação saudável, oferta de fruta, entre outras);
- Grau de satisfação com (opções de resposta numa escala *Likert* de 5 pontos, de 1 = Muito mau a 5 = Muito bom): oferta alimentar saudável; preço oferta saudável; variedade alimentar; pausas flexíveis para refeições; tempo de pausa para refeições; ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições (ruído, temperatura ambiente, luminosidade, conforto, com opção de sentar, entre outros); ambiente alimentar no geral.

Para efeitos de relações com outras variáveis, a origem das refeições durante o dia de trabalho agrupou-se em apenas duas categorias em vez das seis iniciais para refletir a origem das refeições "casa" ("*Levo marmita de casa*" + "*Vou comer a casa*") ou "fora" ("Refeitório/ cantina" + "Restaurante/ bar").

4. Estádios de mudança para uma alimentação saudável

Os estádios de mudança para uma alimentação saudável foram avaliados através da adaptação da pergunta e respetivos itens de Kearney *et al.*⁽⁶⁹⁾, de forma a referirem-se especificamente à adoção de uma alimentação saudável e posteriormente analisados com base nos cinco estádios de mudança originais (I. pré-contemplação; II. contemplação; III. preparação; IV. ação; V. manutenção) e o de recaída do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento⁽²⁸⁾.

Foi pedido aos participantes para escolherem qual das seguintes afirmações melhor descrevia a sua alimentação:

- I. *Atualmente não faço uma alimentação saudável e não pretendo fazê-lo nos próximos 6 meses.*
- II. *Atualmente não faço uma alimentação saudável, mas estou a pensar em melhorá-la no próximo mês.*
- III. *Atualmente não faço uma alimentação saudável, mas estou determinado(a) a fazê-lo.*
- IV. *Atualmente faço uma alimentação saudável, mas só nos últimos 6 meses.*
- V. *Atualmente faço uma alimentação saudável, há mais de 6 meses.*
- VI. *Costumava fazer uma alimentação saudável até há cerca de 1 ano, mas nos últimos meses tenho feito uma alimentação menos saudável.*

Para efeitos de relações com outras variáveis, os seis estádios de mudança para uma alimentação saudável agruparam-se em dois: “Ação + Manutenção”

(estádios V e VI), que representam quem já faz atualmente uma alimentação saudável vs. “Restantes”.

5. Escala de Alimentação Consciente

Para avaliar a AC foi aplicada a versão de investigação da EAC, que se encontra em fase de estudo de propriedades psicométricas para a população portuguesa por investigadores da Universidade do Porto, com base na escala desenvolvida inicialmente por Hulbert-Williams *et al.*⁽²⁷⁾. É composta por 28 itens que avaliam seis fatores (subescalas): 1. *Aceitação*, 2. *Consciência*, 3. *Não reatividade*, 4. *Rotina*, 5. *Agir com consciência* e 6. *Alimentação não estruturada*. O fator 1 diz respeito à aceitação sem julgamento das experiências do momento presente. Inclui seis itens relacionados a julgamentos alimentares. O fator 2 mede aspetos da consciência ligados à observação e à atenção. Inclui cinco itens relacionados à perceção de experiências físicas relacionadas à alimentação. O fator 3 diz respeito à não reatividade comportamental face a estímulos motivacionais externos ao apetite, a equanimidade avaliada em cinco itens. Os respetivos itens avaliam atitudes não reativas. O fator 4 mede a rotina para aquilo que se come e quando se come em quatro itens. O fator 5 mede o comportamento consciente. Inclui quatro itens sobre automaticidade e distração, ações em modo piloto automático. O fator 6 avalia, em quatro itens, a estrutura das refeições, como o ato de petiscar ou realizar várias ações em simultâneo com o ato de comer. Cada item é respondido numa escala *Likert* de 4 pontos (Nunca (1); Raramente (2); Às vezes (3); Habitualmente (4)). A pontuação é obtida através da média de cada uma das subescalas e do total de todos os itens, podendo variar de 1 a 4,

sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de AC. Os itens do fator 2 e um dos itens do fator 3, “*Consigo aguentar estar com fome durante algum tempo*”, têm pontuação mais elevada para *Habitualmente*. Todos os restantes são pontuados inversamente, i.e., pontuação mais elevada para *Nunca*⁽²⁷⁾.

6. Escala do Comer Motivado pela Recompensa-13

Para avaliar a AMR foi aplicada a versão de investigação da RED-13⁽³⁵⁾, que se encontra em fase de estudo de propriedades psicométricas para a população portuguesa por investigadores da Universidade do Porto. É composta por 13 itens que avaliam três subescalas: 1. *Perda de controlo sobre a alimentação*, 2. *Falta de saciedade* e 3. *Preocupação com a comida*. A subescala 1 avalia em seis itens se o indivíduo não consegue controlar a quantidade de comida que ingere ou tem dificuldade em parar de comer, mesmo quando já está satisfeito. A subescala 2 mede em três itens a dificuldade de um indivíduo em se sentir saciado a comer. A subescala 3 avalia em quatro itens a preocupação que um indivíduo tem em relação à comida, inclui pensamentos constantes sobre alimentos. Cada item é respondido numa escala *Likert* de 5 pontos (Discordo fortemente (0); Discordo (1); Não concordo nem discordo (2) Concordo (3); Concordo fortemente (4)). A pontuação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, e a de cada subescala através do somatório dos itens correspondentes, sendo que a opção *Concordo fortemente* está associada a pontuação mais elevada. Quanto maior for a pontuação obtida, maior a AMR⁽³⁵⁾.

7. Escala de Apreciação Corporal-2

Para avaliar a apreciação corporal foi aplicada a BAS-2, já validada para a população portuguesa⁽⁴⁵⁾. É composta por dez itens, cada um respondido numa escala *Likert* de 5 pontos: 1 (Nunca); 2 (Raramente); 3 (Às vezes); 4 (Frequentemente); 5 (Sempre). A pontuação total é obtida através da média de todos os itens, de forma a obter uma apreciação geral do corpo, sendo que pontuações mais elevadas refletem maior nível de apreciação corporal, uma imagem corporal positiva⁽⁴⁰⁾.

3. Análise estatística

Os dados quantitativos tiveram tratamento estatístico através do programa IBM SPSS® versão 29.0 para Windows®. A estatística descritiva consistiu no cálculo de frequências absolutas (n), relativas (%), médias (M) e desvios-padrão (DP) ou medianas (Md) e percentis (P25; P75). A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada por meio dos coeficientes de simetria e de achatamento. Calculou-se o alfa de Cronbach para cada uma das escalas EAC, RED-13 e respectivas subescalas e BAS-2 para garantir a sua confiabilidade, todas apresentaram boa consistência interna com valores > 0,7, exceto os fatores 4 e 6 da EAC e subescala *Falta de saciedade* da RED-13, que têm menor número de itens.

Calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s) para avaliar a associação entre variáveis ordinais, na correlação entre EAC e satisfação com o ambiente alimentar no local de trabalho. A correlação foi interpretada como muito fraca quando $|r_s| < 0.25$, fraca quando $|r_s| \in [0.25; 0.5[$, moderada quando

$|r_s| \in [0.5; 0.75[$, forte quando $|r_s| \in [0.75; 0.9[$ e muito forte quando $|r_s| \in [0.9; 1]^{(70)}$. O teste *t de Student* foi utilizado para comparar médias de pares de amostras independentes e emparelhadas. O tamanho do efeito foi quantificado usando o *d de Cohen*. Com base nos valores propostos por Cohen (1988)⁽⁷¹⁾ considerou-se efeito pequeno quando $d < 0,35$, efeito médio quando $d \in [0,35; 0,65[$ e efeito grande quando $d \geq 0,65$.

Foi realizada uma MANCOVA para estudar os efeitos do sexo, idade, IMC, estádios de alimentação saudável, RED-13 e BAS-2 (variáveis independentes) nos 6 fatores da EAC (variáveis dependentes). O tamanho do efeito foi quantificado usando o eta quadrado parcial (η_p^2). Com base nos valores propostos por Cohen (1988)⁽⁷¹⁾ considerou-se efeito pequeno quando $\eta_p^2 < 0,03$, médio quando $\eta_p^2 \in [0,03; 0,1[$ e efeito grande quando $\eta_p^2 \geq 0,1$. Em toda a estatística inferencial, valores de p abaixo de 0,05 foram considerados estatisticamente significativos⁽⁷²⁾.

4. Questões éticas

Esta investigação obteve parecer favorável da Comissão de Ética da FCNAUP, com o número 139/2023/CEFCNAUP, a 20/10/2023. Os princípios éticos presentes na Declaração de Helsínquia foram respeitados, os trabalhadores aceitaram participar no estudo mediante consentimento informado, após receberem informações escritas sobre objetivos e métodos envolvidos no estudo, garantindo a proteção, anonimato e confidencialidade de todas as informações recolhidas.

RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

Obtiveram-se 123 respostas ao questionário. As características sociodemográficas e de trabalho da amostra encontram-se descritas nas tabelas 1 e 2 respetivamente. A amostra foi constituída maioritariamente por mulheres (n = 87; 70,7%), de nacionalidade portuguesa (n = 120; 97,6%), a habitar na zona norte do país (n = 76; 61,8%), e com habilitações literárias ao nível do ensino superior (n = 101; 82,1%). A principal função no trabalho foi produção/ operacional (n = 62; 50,4%), com nível hierárquico profissional/ técnico (n = 75; 61,0%), no setor da saúde (n = 42; 34,1%), com regime de trabalho a tempo integral (n = 111; 90,2%), com horário fixo (n = 60; 48,8%) e modelo presencial (n = 82; 66,7%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.

Caraterísticas		n	%	M (DP)	Mínimo	Máximo
Idade (anos)				36 (9)	21	64
Mulheres		87	70,7			
Homens		36	29,3			
Nacionalidade	Portuguesa	120	97,6			
	Brasileira	2	1,6			
	Francesa	1	0,8			
Zona geográfica	Norte	76	61,8			
	Área Metropolitana de Lisboa	31	25,2			
	Centro	10	8,1			
	Região Autónoma dos Açores	5	4,1			
	Alentejo	1	0,8			
Habilitações literárias	Ensino superior	101	82,1			
	Ensino secundário	10	8,1			
	Ensino pós-secundário não-superior ((curso de especialização tecnológica)	8	6,5			

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão.

Tabela 2 - Características de trabalho da amostra.

Caraterísticas		n	%
Função	Produção/ Operacional	62	50,4
	Administração	32	26,0
	Outra (não especificada)	13	10,6
	Comercialização	10	8,1
	Finanças	6	4,9
Nível hierárquico	Profissional/ técnico	75	61,0
	Gerência/ supervisão	28	22,8
	Administrativo/ operacional	17	13,8
	Outro (não especificado)	3	2,4
Setor de atuação	Saúde	42	34,1
	Comércio	22	17,9
	Outro (turismo e serviços)	20	16,3
	Educação	13	10,6
	Tecnologias da informação	10	8,1
	indústria/ manufatura	10	8,1
	Governo/ Administração Pública	3	2,4
	Sem fins lucrativos/ ONG	2	1,6
	Serviços financeiros	1	0,8
Regime de trabalho	Tempo integral	111	90,2
	Tempo parcial	12	9,8
Tipo de horário*	Fixo	60	48,8
	Flexível	55	44,7
	Por turnos	12	9,8
Modelo de trabalho	Presencial	82	66,7
	Híbrido	32	26,0
	Remoto	9	7,3

Nota. * múltiplas opções.

Com base nos dados recolhidos de peso (kg) e altura (m) foi calculado o IMC dos participantes, descrito na tabela 3. A maioria revelou-se normoponderal (n = 88; 71,5%).

Tabela 3 - Frequência e distribuição do IMC da amostra.

IMC (kg/m ²)		n	%	Md	P25	P75	Mínimo	Máximo
Total		123	100	23,4	21,5	25,2	17,4	42,2
Mulheres		87	70,7	22,3	20,8	24,2	17,4	42,2
Homens		36	29,3	24,9	24,1	26,8	20,5	31,7
Classes	Baixo peso: < 18,5	1	0,8					
	Normoponderal: [18,5; 25,0[	88	71,5					
	Pré-obesidade: [25; 30,0[	26	21,1					
	Obesidade: ≥ 30	8	6,5					

Nota. Md = Mediana; P25 = Percentil 25; P75 = Percentil 75.

2. Caracterização do ambiente alimentar do local de trabalho

2.1 Características da origem e da forma das refeições

A origem das refeições dos participantes mais frequente durante o dia de trabalho encontra-se descrita na tabela 4. A maioria referiu “*Levo marmita de casa*” (n = 62; 50,4%). Após se agrupar a origem das refeições em duas categorias “casa” ou “fora”, observou-se que a maioria dos participantes teve a origem das refeições durante o dia de trabalho em “casa” (n = 88; 71,5%), comparativamente a “fora” (n = 32; 26,0%). A maioria revelou fazer as refeições acompanhado(a)/em grupo (n = 71; 57,7%).

Tabela 4 - Origem e forma das refeições durante o dia de trabalho.

Refeições		n	%
Origem	<i>Levo marmita de casa</i>	62	50,4
	<i>Vou comer a casa</i>	26	21,1
	Refeitório/ cantina	17	13,8
	Restaurante/ bar	15	12,2
	<i>Apenas faço lanches rápidos e como no próprio local de trabalho (p. ex. na secretária)</i>	2	1,6
	Máquina de venda automática	1	0,8
Forma	Acompanhado(a)/ em grupo	71	57,7
	Sozinho(a)	52	42,3

2.2 Características presentes no ambiente alimentar

Na tabela 5 estão descritas as características presentes no ambiente alimentar do local de trabalho, sendo a mais frequente a presença de micro-ondas (n = 117; 95,1%).

Tabela 5 - Características presentes no ambiente alimentar do local de trabalho.

Ambiente alimentar		n	%
Presença no local de trabalho	Micro-ondas	117	95,1
	Espaço específico para realizar as refeições	101	82,1
	Refeitório/ cantina	73	59,3
	Máquinas de venda automática	61	49,6
	Estratégias de promoção de alimentação saudável no local de trabalho	39	31,7

2.3 Grau de satisfação com o ambiente alimentar

Quanto ao grau de satisfação com vários itens do ambiente alimentar do local de trabalho, as respostas mais frequentes encontram-se descritas na tabela

6. A variedade alimentar e o preço foi onde se registou maior proporção de pontuação de negativa (1 ou 2; n = 51; 41,5% e n = 48; 39,0% respetivamente), enquanto as pausas flexíveis e o tempo de pausa foi onde houve maior proporção de pontuação positiva (4 ou 5; n = 80; 65,1% e n = 79; 64,2% respetivamente).

Tabela 6 - Frequência do grau de satisfação com o ambiente alimentar do local de trabalho.

Grau de satisfação	1	2	3	4	5
	Muito mau				Muito bom
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pausas flexíveis para refeições	3 (2,4)	10 (8,1)	30 (24,4)	36 (29,3)	44 (35,8)
Tempo de pausa para refeições	3 (2,4)	11 (8,9)	30 (24,4)	37 (30,1)	42 (34,1)
Oferta alimentar saudável	19 (15,4)	25 (20,3)	38 (30,9)	27 (22,0)	14 (11,4)
Preço oferta saudável	24 (19,5)	24 (19,5)	33 (26,8)	30 (24,4)	12 (9,8)
Variedade alimentar	23 (18,7)	28 (22,8)	35 (28,5)	22 (17,9)	15 (12,2)
Ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições	4 (3,3)	19 (15,4)	42 (34,1)	36 (29,3)	22 (17,9)
Ambiente alimentar no geral	3 (2,4)	14 (11,4)	47 (38,2)	41 (33,3)	18 (14,6)

3. Caracterização do comportamento alimentar saudável

A frequência dos estádios de mudança para uma alimentação saudável encontra-se descrita na tabela 7. A maioria apresentava-se nos estádios “Acção + Manutenção” (n = 69; 56,1%).

Tabela 7 - Frequência dos estádios de mudança para uma alimentação saudável.

Estádios	n	%
Pré-contemplação	1	0,8
Contemplação	16	13,0
Preparação	13	10,6
Ação	10	8,1
Manutenção	59	48,0
Recaída	24	19,5

4. Comparação do nível de alimentação consciente, de alimentação motivada por recompensa e de apreciação corporal entre mulheres e homens

A comparação dos resultados da EAC, da RED-13 e da BAS-2 entre mulheres e homens está descrita na Tabela 8. As médias das pontuações totais das três escalas estão próximas dos respetivos pontos médios.

Os homens apresentaram nível significativamente superior de AC para os fatores 3, *Não reatividade* e 6, *Alimentação não estruturada* ($p = 0,023$ e $0,027$ respetivamente), com efeito médio ($d = 0,46$ e $0,44$ respetivamente). Não houve diferença significativa entre mulheres e homens na pontuação média da RED-13 relativamente ao total e às subescalas deste instrumento, nem na pontuação total da BAS-2.

Tabela 8 - Comparação da EAC, RED-13 e BAS-2 entre mulheres e homens.

Escala	Subescala	Total (n = 123) M (DP)	Mulheres (n = 87) M (DP)	Homens (n = 36) M (DP)	<i>p</i> *	<i>d de Cohen</i> **
EAC	Fator 1	2,28 (0,54)	2,29 (0,56)	2,26 (0,50)	0,827	0,04
	Fator 2	3,45 (0,58)	3,46 (0,58)	3,42 (0,60)	0,777	0,06
	Fator 3	2,51 (0,63)	2,43 (0,64)	2,71 (0,55)	0,023	0,46
	Fator 4	2,52 (0,65)	2,57 (0,64)	2,40 (0,67)	0,184	0,27
	Fator 5	2,89 (0,70)	2,84 (0,68)	3,00 (0,73)	0,263	0,22
	Fator 6	2,23 (0,53)	2,16 (0,51)	2,39 (0,55)	0,027	0,44
	Total	2,64 (0,32)	2,62 (0,33)	2,69 (0,33)	0,272	0,22
RED-13	PDC	17,31 (4,36)	16,93 (4,35)	18,22 (4,31)	0,136	0,30
	FDS	6,81 (2,01)	6,69 (1,98)	7,22 (2,08)	0,292	0,21
	PCC	7,52 (3,17)	7,62 (3,23)	7,28 (3,06)	0,588	0,11
	Total	31,64 (8,24)	31,24 (8,34)	32,61 (8,02)	0,404	0,17
BAS-2	Total	3,54 (0,74)	3,50 (0,74)	3,64 (0,72)	0,309	0,20

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; Fator 1 = Aceitação; Fator 2 = Consciência; Fator 3 = Não reatividade; Fator 4 = Rotina; Fator 5 = Agir com consciência; Fator 6 = Alimentação não estruturada; PDC = Perda de controlo; FDS = Falta de saciedade; PCC = Preocupação com a comida.

* Os valores de *p* < 0,05 encontram-se a negrito.

** Os valores de *d de Cohen* com efeito médio encontram-se a negrito.

5. Relações entre alimentação consciente e sexo, idade, IMC, estádios de mudança para uma alimentação saudável, alimentação motivada por recompensa e apreciação corporal

O efeito do sexo, idade, IMC, estádios ação/manutenção para uma alimentação saudável, RED-13 e BAS-2 nos seis fatores da EAC estão representados na tabela 9. No seu conjunto, estas variáveis têm um efeito significativo em todos os fatores da EAC. Nos testes multivariados apenas o sexo, IMC, estádios ação/manutenção, RED-13 para a subescala *Perda de controlo* e BAS-2 têm efeito significativo no conjunto dos seis fatores da EAC.

Ser do sexo feminino associa-se a menores pontuações no fator 3, *Não reatividade* ($\beta = -0,278$; $p = 0,030$), e a maiores no 4, *Rotina*, da EAC ($\beta = 0,358$; $p = 0,008$), com tamanhos do efeito médio ($\eta_p^2 = 0,04$ e $0,06$ respetivamente).

Valores mais elevados de IMC estão associados de forma significativa a níveis superiores na EAC para os fatores 4, *Rotina* ($\beta = 0,731$; $p = 0,043$) e 6, *Alimentação não estruturada* ($\beta = 0,576$; $p = 0,039$), com tamanho do efeito médio ($\eta_p^2 = 0,04$).

Os Estádios de ação e manutenção para uma alimentação saudável estão associados significativamente a níveis inferiores do fator 4, *Rotina* ($p = 0,014$) e níveis superiores do fator 5, *Agir com consciência*, da EAC ($p = 0,022$), com efeito médio ($\eta_p^2 = 0,05$ para ambos).

Níveis superiores de RED-13 para a subescala *Perda de controlo*, estão associados a níveis inferiores na EAC para os fatores 1, *Aceitação* e 5, *Agir com consciência* ($p = 0,017$ e $0,025$ respetivamente) e superiores do fator 4, *Rotina* ($p = 0,029$), todos com efeito médio ($\eta_p^2 = 0,05$; $0,04$ e $0,04$ respetivamente).

Níveis superiores da BAS-2 estão associados a níveis superiores da EAC para o fator 1, *Aceitação* ($p < 0,001$), com efeito grande ($\eta_p^2 = 0,12$).

Não há associações significativas entre a idade e a EAC.

6. Relações entre alimentação consciente e características das refeições

As relações entre a EAC e as características da origem e da forma das refeições durante o dia de trabalho dos participantes estão representadas na tabela 10. Para a origem, o fator 4, *Rotina* da EAC, é o único que apresenta diferenças significativas entre os 2 grupos, com efeito médio ($p = 0,021$; $d = 0,48$),

com maior pontuação para a origem “fora”, comparativamente à origem “casa”. Para a forma das refeições, não se revelaram diferenças significativas entre quem almoça sozinho, comparativamente a quem almoça acompanhado.

Tabela 9 - Análise multivariada para os 6 fatores da EAC com sexo feminino, idade, IMC, estádios ação e manutenção para uma alimentação saudável, RED-13 e BAS-2.

Testes multivariados			F1 Aceitação			F2 Consciência			F3 Não reatividade			F4 Rotina			F5 Agir com consciência			F6 Alimentação não estruturada		
	p^*	η_p^{2**}	B	p^*	η_p^{2**}	B	p^*	η_p^{2**}	B	p^*	η_p^{2**}	B	p^*	η_p^{2**}	B	p^*	η_p^{2**}	B	p^*	η_p^{2**}
Modelo corrigido			<0,001 0,42			0,007 0,17			0,001 0,20			0,003 0,18			<0,001 0,32			<0,001 0,27		
Sexo F	0,011	0,14	-0,054	0,562	0,00	-0,076	0,530	0,00	-0,278	0,030	0,04	0,358	0,008	0,06	-0,216	0,100	0,02	-0,195	0,060	0,03
Idade	0,271	0,07	-0,009	0,059	0,03	-0,004	0,536	0,00	-0,003	0,599	0,00	0,008	0,202	0,01	-0,001	0,872	0,00	0,000	0,974	0,00
IMC	0,007	0,15	-0,201	0,421	0,01	-0,638	0,052	0,03	0,386	0,258	0,01	0,731	0,043	0,04	0,023	0,947	0,00	0,576	0,039	0,04
Estádios A/M	0,023	0,12	0,075	0,375	0,01	0,190	0,086	0,03	-0,192	0,097	0,02	-0,303	0,014	0,05	0,274	0,022	0,05	0,153	0,104	0,02
RED-13 PDC	0,011	0,14	-0,032	0,017	0,05	-0,008	0,655	0,00	-0,013	0,461	0,01	0,042	0,029	0,04	-0,042	0,025	0,04	-0,016	0,261	0,01
RED-13 FDS	0,053	0,11	-0,060	0,019	0,05	-0,026	0,437	0,01	-0,072	0,039	0,04	0,001	0,971	0,00	-0,017	0,639	0,00	-0,055	0,051	0,03
RED-13 PCC	0,064	0,10	0,011	0,514	0,00	-0,035	0,124	0,02	-0,025	0,295	0,01	-0,055	0,030	0,04	-0,064	0,009	0,06	-0,011	0,555	0,00
BAS-2 Total	0,010	0,14	0,250	<0,001	0,12	-0,086	0,309	0,01	-0,027	0,757	0,00	-0,001	0,995	0,00	-0,060	0,510	0,00	0,129	0,072	0,03

Nota. B = Coeficiente Beta; Sexo F = Sexo Feminino; A/M = Estádios Ação/Manutenção para uma alimentação saudável; PDC = Perda de controlo; FDS = Falta de saciedade; PCC = Preocupação com a comida.

* Os valores de $p < 0,05$ encontram-se a negrito.

** Os valores de η_p^2 com efeito médio ou grande encontram-se a negrito.

Tabela 10 - Relações entre EAC e as características da origem e da forma das refeições.

Escala	Subescala	(Origem refeições)				(Forma refeições)			
		“Fora” (n = 32) M (DP)	“Casa” (n = 88) M (DP)	<i>p</i> *	<i>d de Cohen</i> **	Sozinho(a) (n = 52) M (DP)	Acompanhado(a) (n = 71) M (DP)	<i>p</i> *	<i>d de Cohen</i> **
EAC	Fator 1	2,35 (0,46)	2,27 (0,56)	0,460	0,15	2,19 (0,53)	2,35 (0,54)	0,095	0,31
	Fator 2	3,36 (0,61)	3,47 (0,58)	0,360	0,19	3,42 (0,58)	3,47 (0,59)	0,626	0,09
	Fator 3	2,53 (0,59)	2,48 (0,64)	0,689	0,08	2,53 (0,65)	2,49 (0,61)	0,681	0,08
	Fator 4	2,72 (0,62)	2,42 (0,62)	0,021	0,48	2,50 (0,75)	2,55 (0,57)	0,672	0,08
	Fator 5	2,94 (0,67)	2,89 (0,71)	0,739	0,07	2,85 (0,75)	2,92 (0,66)	0,550	0,11
	Fator 6	2,13 (0,53)	2,28 (0,52)	0,171	0,29	2,16 (0,55)	2,27 (0,51)	0,267	0,20
	Total	2,67 (0,28)	2,63 (0,33)	0,592	0,11	2,60 (0,38)	2,67 (0,26)	0,234	0,22

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; Fator 1 = Aceitação; Fator 2 = Consciência; Fator 3 = Não reatividade; Fator 4 = Rotina; Fator 5 = Agir com consciência; Fator 6 = Alimentação não estruturada.

* Os valores de $p < 0,05$ encontram-se a negrito.

** Os valores de *d de Cohen* com efeito médio encontram-se a negrito.

7. Relações entre alimentação consciente e características do ambiente alimentar

As relações entre a EAC e as características do ambiente alimentar do local de trabalho está representada na tabela 11. Os trabalhadores que referem a presença de micro-ondas apresentam pontuações significativamente mais elevadas no fator 2, *Consciência* da EAC ($p = 0,002$), sendo o efeito grande ($d = 1,33$). A presença ou não, de máquinas de venda e de estratégias de promoção de alimentação saudável, não apresentam relação significativa com a EAC.

8. Associações entre alimentação consciente e satisfação com o ambiente alimentar

As correlações entre EAC e satisfação com o ambiente alimentar no local de trabalho estão representadas na tabela 12. Níveis superiores dos fatores 5, *Agir com consciência* e 6, *Alimentação não estruturada*, associam-se significativamente com um ambiente mais tranquilo e cómodo durante as refeições ($p = 0,040$ e $p = 0,014$ respetivamente), com correlações muito fracas ($r_s = 0,186$ e $r_s = 0,221$ respetivamente).

Níveis inferiores do fator 4, *Rotina*, e níveis superiores do fator 6, *Alimentação não estruturada*, estão associados significativamente a maior satisfação com o ambiente alimentar no geral ($p = 0,037$ e $p = 0,020$ respetivamente), com correlações muito fracas ($r_s = -0,188$ e $r_s = 0,209$ respetivamente).

Tabela 11 - Relações entre EAC e as características do ambiente alimentar do local de trabalho.

Escala	Subescala	Refeitório (n = 73) M (DP)	Não (n = 50) M (DP)	<i>p</i> *	<i>d de Cohen</i> **	Micro-ondas (n = 117) M (DP)	Não (n = 6) M (DP)	<i>p</i> *	<i>d de Cohen</i> **	Espaço (n = 101) M (DP)	Não (n = 22) M (DP)	<i>p</i> *	<i>d de Cohen</i> **
EAC	Fator 1	2,30 (0,55)	2,25 (0,52)	0,605	0,10	2,27 (0,54)	2,42 (0,59)	0,527	0,27	2,31 (0,52)	2,14 (0,60)	0,190	0,31
	Fator 2	3,48 (0,57)	3,40 (0,61)	0,477	0,13	3,48 (0,55)	2,73 (0,83)	0,002	1,33	3,46 (0,58)	3,38 (0,60)	0,575	0,13
	Fator 3	2,51 (0,59)	2,51 (0,68)	0,992	0,00	2,52 (0,62)	2,20 (0,72)	0,219	0,52	2,51 (0,61)	2,51 (0,71)	0,988	0,00
	Fator 4	2,51 (0,58)	2,55 (0,75)	0,773	0,05	2,51 (0,64)	2,75 (0,82)	0,386	0,36	2,48 (0,65)	2,72 (0,64)	0,128	0,36
	Fator 5	2,93 (0,70)	2,83 (0,69)	0,392	0,16	2,91 (0,68)	2,54 (0,95)	0,210	0,53	2,94 (0,68)	2,66 (0,75)	0,086	0,41
	Fator 6	2,23 (0,49)	2,23 (0,59)	0,992	0,00	2,24 (0,52)	2,04 (0,68)	0,385	0,37	2,24 (0,53)	2,18 (0,51)	0,670	0,10
	Total	2,66 (0,30)	2,62 (0,35)	0,548	0,11	2,65 (0,31)	2,45 (0,47)	0,122	0,65	2,65 (0,30)	2,59 (0,40)	0,399	0,20

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; Fator 1 = Aceitação; Fator 2 = Consciência; Fator 3 = Não reatividade; Fator 4 = Rotina; Fator 5 = Agir com consciência; Fator 6 = Alimentação não estruturada.

* Os valores de *p* < 0,05 encontram-se a negrito.

** Os valores de *d de Cohen* com efeito médio ou grande, encontram-se a negrito.

Tabela 11 - Relações entre EAC e as características do ambiente alimentar do local de trabalho (continuação).

Escala	Subescala	Máquinas de venda (n = 61) M (DP)	Não (n = 62) M (DP)	<i>p</i> *	<i>d de Cohen</i>	Estratégias (n = 39) M (DP)	Não (n = 84) M (DP)	<i>p</i> *	<i>d de Cohen</i>
EAC	Fator 1	2,28 (0,57)	2,28 (0,51)	0,927	0,02	2,24 (0,51)	2,30 (0,55)	0,606	0,10
	Fator 2	3,42 (0,61)	3,47 (0,56)	0,673	0,08	3,42 (0,61)	3,46 (0,58)	0,748	0,06
	Fator 3	2,55 (0,65)	2,47 (0,60)	0,482	0,13	2,54 (0,64)	2,49 (0,62)	0,663	0,09
	Fator 4	2,55 (0,64)	2,50 (0,67)	0,627	0,09	2,62 (0,59)	2,48 (0,68)	0,260	0,22
	Fator 5	2,86 (0,71)	2,92 (0,68)	0,642	0,08	2,94 (0,68)	2,87 (0,71)	0,623	0,10
	Fator 6	2,20 (0,53)	2,25 (0,53)	0,608	0,09	2,31 (0,43)	2,19 (0,57)	0,243	0,23
	Total	2,64 (0,32)	2,64 (0,32)	0,960	0,01	2,67 (0,30)	2,63 (0,33)	0,536	0,12

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; Fator 1 = Aceitação; Fator 2 = Consciência; Fator 3 = Não reatividade; Fator 4 = Rotina; Fator 5 = Agir com consciência; Fator 6 = Alimentação não estruturada.

Tabela 12 - Correlação entre EAC e satisfação com o ambiente alimentar no local de trabalho.

Escala	Subescala	Oferta alimentar saudável		Preço oferta saudável		Variedade alimentar		Pausas flexíveis para refeições		Tempo de pausa para refeições		Ambiente tranquilo e cómodo		Ambiente alimentar no geral	
		r_s	p^*	r_s	p^*	r_s	p^*	r_s	p^*	r_s	p^*	r_s	p^*	r_s	p^*
EAC	Fator 1	0,075	0,408	0,063	0,488	0,093	0,306	-0,126	0,165	-0,111	0,221	0,039	0,665	-0,017	0,849
	Fator 2	-0,134	0,139	-0,079	0,385	-0,044	0,632	0,014	0,875	0,038	0,675	0,088	0,332	0,046	0,613
	Fator 3	0,023	0,804	-0,019	0,833	-0,009	0,924	-0,107	0,239	-0,016	0,864	0,009	0,918	0,023	0,802
	Fator 4	-0,089	0,328	-0,096	0,289	-0,129	0,154	-0,060	0,509	-0,040	0,659	-0,134	0,138	-0,188	0,037
	Fator 5	-0,010	0,870	0,006	0,947	0,029	0,752	-0,017	0,854	0,031	0,736	0,186	0,040	0,155	0,087
	Fator 6	0,100	0,269	0,005	0,957	0,066	0,468	-0,013	0,884	0,023	0,804	0,221	0,014	0,209	0,020
	Total	0,006	0,945	-0,011	0,900	0,027	0,766	-0,130	0,152	-0,045	0,623	0,136	0,134	0,074	0,418

Nota. n = 123; r_s = Coeficiente de correlação de *Spearman*; Fator 1 = Aceitação; Fator 2 = Consciência; Fator 3 = Não reatividade; Fator 4 = Rotina; Fator 5 = Agir com consciência; Fator 6 = Alimentação não estruturada.

* Os valores de $p < 0,05$ encontram-se a negrito.

DISCUSSÃO

A presente investigação avaliou as relações entre AC dos trabalhadores e o ambiente alimentar no local de trabalho, principalmente no que se refere às características das refeições e às características do próprio ambiente e satisfação. Sendo estas relações pouco discutidas na literatura, esta constitui a principal contribuição do estudo.

1. Alimentação consciente e dimensões associadas

Primeiramente, ao avaliar os níveis de AC, AMR e apreciação corporal dos trabalhadores, observou-se que as médias das pontuações totais das três escalas estão próximas dos respectivos pontos médios.

Os resultados da comparação entre sexos, indicaram que apenas houve diferenças significativas na AC, mostrando que os homens apresentaram níveis significativamente superiores na EAC para o fator 3, *Não reatividade*, i.e., são menos reativos a estímulos motivacionais externos ao apetite, e fator 6, *Alimentação não estruturada*, i.e., comer sem realizar várias tarefas em simultâneo e petiscar menos, em comparação com as mulheres. A literatura é inconsistente no que diz respeito às diferenças de AC entre mulheres e homens, podendo ter níveis superiores nos homens, ou não variar⁽⁷³⁻⁷⁵⁾. Estes dados sugerem que estas mulheres podem ter maior dificuldade em lidar com estímulos emocionais para comer, ou seja, têm maior reatividade comportamental, assim como menor estruturação da alimentação, como fazer várias atividades enquanto se come, que eventualmente pode estar associado a um aumento da ingestão

alimentar, especialmente quando as tarefas são cognitivamente exigentes⁽⁷⁶⁾. Outro estudo transversal tinha já encontrado ausência de diferenças entre mulheres e homens para a AC total, mas com algumas subescalas superiores nos homens⁽⁷⁷⁾. Sabe-se, no entanto, que as perturbações do comportamento alimentar são mais prevalentes em mulheres⁽⁵³⁾.

Na análise multivariada, o sexo, IMC, estádios ação/manutenção, AMR para *Perda de controlo* e apreciação corporal, têm efeito significativo na AC.

Ser do sexo feminino associa-se a menores pontuações no fator 3, *Não reatividade*, e a maiores no 4, *Rotina*, da EAC. Já na comparação do nível de AC entre sexos, as mulheres apresentaram também pontuações significativamente inferiores para o fator 3 e para o 6, *Alimentação não estruturada*, mas na análise multivariada o fator 6 deixa de ter relação e passa a ter com o fator 4, *Rotina*, uma associação positiva significativa, ou seja, as mulheres têm maior pontuação na *Rotina*, i.e., menor rotina alimentar, o que vem reforçar as diferenças já encontradas de AC entre mulheres e homens para determinados fatores da EAC.

Estas observações são relevantes, pois sugerem que intervenções de EA que incluam AC podem precisar de ser adaptadas ao sexo, de forma a atender a necessidades específicas. No caso particular das mulheres, pode ser benéfico desenvolver estratégias que as ajudem a se tornarem menos reativas aos sinais internos de fome e saciedade, a trabalharem a equanimidade, um conceito-chave de AP, que se caracteriza por um estado mental equilibrado ou tendência de disposição em relação a todas as experiências ou objetos, independentemente de sua origem ou valência afetiva (agradável, desagradável ou neutra)⁽⁷⁸⁾.

Não se verificou uma diferença significativa na AMR, nem na apreciação corporal entre mulheres e homens, o que vai ao encontro de estudos anteriores

que mostraram semelhanças na AMR entre ambos^(37, 79). Apesar de se saber que as regiões cerebrais de recompensa parecem ter maior envolvimento entre as mulheres do que entre os homens com obesidade⁽⁸⁰⁾, no presente estudo a amostra foi maioritariamente normoponderal, o que pode contribuir para explicar este resultado.

Verificou-se uma associação negativa entre AC e AMR na análise multivariada, estando este resultado de acordo com a hipótese inicial. De uma forma geral, níveis superiores de AMR estão associados significativamente a níveis inferiores de AC para alguns fatores da EAC, como revela a subescala *Perda de controlo* da RED-13, para os fatores 1, *Aceitação* e 5, *Agir com consciência*, da EAC (mas níveis superiores do fator 4, *Rotina*), o que sugere que os trabalhadores com níveis superiores de perda de controlo, ou seja, com dificuldade em controlar a quantidade de comida que ingerem ou em parar de comer, mesmo quando já estão satisfeitos, são também os que julgam mais as suas experiências internas e externas, agem mais um modo automático, sem prestar atenção ao que estão a comer, e têm menos rotinas alimentares, tendo em conta os fatores de ambas as escalas^(27, 35). Estudos anteriores também já tinham encontrado esta associação, em que a AP e AC estariam negativamente relacionadas com as características da AMR^(11, 36, 81).

Não se verificou diferença significativa na apreciação corporal entre mulheres e homens, não sendo estes resultados condizentes com os da literatura. Uma metanálise recente refere que os homens apresentam níveis superiores de apreciação corporal do que as mulheres⁽⁸²⁾, até porque geralmente as mulheres enfrentam muitas pressões para um corpo perfeito, através p. ex. dos *social*

media, podendo levar a mais baixa apreciação corporal, e a perturbações alimentares^(83, 84).

Não obstante, uma associação positiva entre AC e a apreciação corporal observada nos resultados, vem confirmar a hipótese inicialmente formulada. De salientar que níveis superiores de apreciação corporal estão associados significativamente a níveis superiores de AC, para o fator 1, *Aceitação*, da EAC ($p < 0,001$) com efeito grande ($\eta_p^2 = 0,12$), o que mostra que uma imagem corporal positiva pode ser preditora de um nível superior de AC, especialmente no que toca à aceitação sem julgamento das experiências internas e externas do momento presente, que é um conceito-chave também da AP⁽⁸⁵⁾. O próprio constructo de imagem corporal positiva pressupõe características internas de aceitação, amor e respeito pelo próprio corpo⁽⁴⁰⁾, que se relaciona com a faceta de *Aceitação* da AP e da AC, que inclui itens relacionados com a autocrítica pela forma de comer, como *“Digo a mim própria/o que eu não devia comer o que estou a comer”* e *“Costumo avaliar se a minha alimentação está certa ou errada”*, o que sugere que quem tem nível superior de apreciação corporal, faz menos julgamentos da sua alimentação e do seu comportamento alimentar. Esta associação positiva entre AP e apreciação corporal foi também já mostrada em alguns estudos transversais anteriores^(86, 87). A apreciação corporal também tem estado relacionada com a responsividade corporal, ou seja, com o estar atento aos sinais do corpo e usá-los como orientação para tomar decisões em termos de comportamentos de saúde⁽⁸⁸⁾. Tal sugere que a apreciação corporal pode ser uma área relevante a desenvolver quando se pretende promover a AC. Apesar de tudo, está mais estudada e fundamentada em metanálise, uma associação positiva entre apreciação corporal

e alimentação intuitiva^(41, 89) do que com a AC, que embora seja um conceito diferente, têm algumas semelhanças⁽⁷⁾.

O IMC na análise multivariada apresentou associação positiva com a AC, para os fatores 4, *Rotina*, i.e., menor rotina alimentar e 6, *Alimentação não estruturada*, i.e., alimentação mais estruturada, o que sugere que indivíduos com valores mais elevados de IMC podem estar a praticar uma alimentação mais consciente como parte das estratégias de controlo de peso, nomeadamente a comer menos entre as refeições e a evitar petiscar quando em resposta ao aborrecimento, de acordo com os fatores referidos. Ainda assim, é de salientar mais uma vez que, o fator *Rotina* mais elevado é indicador de menor rotina alimentar, o que avaliado de forma isolada não necessariamente significa rotinas mais saudáveis. Seria esperado um nível inferior de AC em quem tem IMC mais elevado, tal como suportado em vários estudos^(75, 77, 90, 91). Pode ter contribuído para a direção desta associação entre a AC e o IMC, o facto de a amostra ter sido maioritariamente normoponderal, bem como pode ter contribuído o significado que esta atribuiu a rotina. Assim, estes resultados não validam a hipótese de uma associação negativa entre a AC e o IMC.

A idade na análise multivariada não mostrou associação significativa com a AC, tal como já encontrado noutros estudos^(73, 92). Apesar de também se verificar noutro estudo que à medida que a idade aumentava, a AC diminuía, mas o IMC aumentava⁽⁷⁵⁾.

Por último, a avaliação dos estádios de mudança para uma alimentação saudável, revelou que a maioria dos participantes se encontrava nos estádios de ação e manutenção (56,1%), o que indica uma perceção de mudança e manutenção já verificada da alimentação saudável naquele momento.

Já a análise multivariada revelou que estes estádios foram associados significativamente a níveis superiores do fator 5, *Agir com consciência*, mas a níveis inferiores do fator 4, *Rotina*, da EAC, refletindo que quem faz uma alimentação saudável come com maior consciência e atenção aos alimentos em vez de comer em modo automático ou com distrações. Assim como sugere que tem também uma rotina alimentar para aquilo que come, tal como indicam os itens destes fatores⁽²⁷⁾, o que apesar de indicar nível inferior de AC, poderá muito provavelmente estar associado a rotinas alimentares mais saudáveis. Estes resultados validam parcialmente a hipótese de que os trabalhadores que se encontram nos estádios ação e manutenção para uma alimentação saudável, apresentam níveis mais elevados de AC do que os que se encontram nos restantes estádios.

O significado que os participantes atribuíram a rotina, pode ter condicionado a direção da relação. Já anteriormente um estudo experimental mostrou que breves instruções de AP aumentaram o prazer de comer, em simultâneo que reduziram a ingestão energética. A AP e AC podem levar a uma alimentação mais saudável, por tornar menos apelativos, os alimentos nutricionalmente menos adequados⁽⁹³⁾, e também se mostrou que o traço de AP está relacionado a preferência por escolhas alimentares mais saudáveis⁽⁹⁴⁾. Ainda assim, estes resultados mostram que estar a praticar uma alimentação saudável, não permite concluir diretamente que os indivíduos têm um comportamento alimentar saudável no seu todo, pois podem estar a seguir um padrão alimentar saudável com alimentos nutricionalmente adequados, mas em simultâneo ter um pior relacionamento com a alimentação.

2. Alimentação consciente e ambiente alimentar no local de trabalho

Os resultados desta investigação, no geral evidenciaram relações significativas entre os níveis de AC nos trabalhadores e o ambiente alimentar no local de trabalho.

A avaliação inicial do ambiente alimentar, mostrou que a forma como as refeições são obtidas (“casa” vs. “fora”) pode desempenhar um papel importante nas escolhas alimentares saudáveis. A maioria dos participantes referiu levar marmita de casa, ou ir comer a casa (71,5%), o que sugere um maior controlo sobre a qualidade nutricional das refeições, logo pode estar associado a escolhas alimentares mais saudáveis, enquanto comer na cantina ou no restaurante pode depender da qualidade e variedade de alimentos oferecidos. Existem algumas evidências de que a preparação de refeições em casa está associada a uma melhor qualidade da dieta e a uma maior variedade de alimentos^(95, 96), contudo, não necessariamente isso sempre acontece⁽⁹⁷⁾. Por outro lado, também existe alguma evidência de que a utilização de serviços de restauração no local de trabalho está associada a hábitos alimentares mais saudáveis^(98, 99), mas o oposto também⁽¹⁰⁰⁾, nomeadamente é de salientar um estudo português que mostrou que as mulheres com elevado grau académico preferem trazer as refeições de casa para o trabalho por as considerarem mais saudáveis⁽¹⁰¹⁾. Ainda assim, não se encontraram estudos a comparar a composição nutricional das lancheiras vs. refeitório ao almoço dos trabalhadores, para aferir qual de facto é com mais frequência, nutricionalmente mais adequada.

Foram analisadas as relações entre AC e as características das refeições e do ambiente alimentar, bem como a satisfação com o ambiente alimentar no local

de trabalho. Em particular, na origem das refeições (“casa” vs. “fora”), esperava-se que trabalhadores que trazem refeições de casa ou vão comer a casa apresentassem níveis mais elevados de AC comparativamente com aqueles que comem fora no restaurante, bar, cantina ou refeitório. No entanto, os resultados não corroboraram esta hipótese, pelo contrário, observaram-se níveis menores de AC entre os trabalhadores cuja origem das refeições é “casa”, comparativamente aos que fazem as refeições fora, concretamente no fator 4, *Rotina*, da EAC. Este fator está associado à rotina para aquilo que se come e quando se come, ou comer o mesmo em refeições ou dias específicos, sendo essa rotina indicadora de um nível inferior de AC, pelo que importa explorar o significado de rotina, que pode ser controverso, tal como referido por outros autores⁽¹⁰²⁾. Se olharmos ao conceito de rotina noutros contextos, percebemos que rotina pode ter uma conotação positiva no âmbito de hábitos saudáveis, onde faz parte uma rotina alimentar saudável. As vantagens de rotinas, na criação de hábitos e estilos de vida saudáveis já estão bem estabelecidas⁽¹⁰³⁾. Claro também, que a rotina pode ser abordada de um ponto de vista construtivo, promotor de saúde, ou por outro lado, com rotinas pouco saudáveis, já não o será. Como evidenciado p. ex. recentemente na época da pandemia COVID-19, com as múltiplas adaptações e alterações da população às rotinas diárias alimentares e de exercício físico, que tiveram impacto negativo no estado nutricional, levaram a um aumento de peso e de risco metabólico⁽¹⁰⁴⁾, incluindo em Portugal⁽⁴⁹⁾. Por outro lado, noutros contextos, a restrição de rotina pode refletir aspetos mais rígidos da restrição alimentar, e estar associada a IMC mais elevado⁽¹⁰⁵⁾ e a maior insatisfação corporal⁽¹⁰⁶⁾, em que a restrição de rotina é vista como restrição da ingestão energética para controlar o peso⁽¹⁰⁷⁾. Aqui, a

restrição de rotina, i.e., faltar à rotina, tem uma conotação negativa, e, portanto, ter uma rotina é visto como promotor de um comportamento alimentar saudável.

No contexto da AC, a rotina, tal como o fator 6, *Alimentação não estruturada*, apesar de não fazerem parte do conceito base de AP, correlacionam-se com os pilares base de AP, *Aceitação* e *Consciência*⁽²⁷⁾, que são também os fatores 1 e 2 da EAC. Aprofundando estes conceitos, percebe-se que *Aceitação* diz respeito à aceitação sem julgamento das experiências do momento presente, e que *Consciência* refere-se à observação, à percepção das experiências físicas⁽²⁷⁾. Ligando estas bases com a rotina, podemos deduzir p. ex. que julgar os alimentos como certos ou errados (*Aceitação*) pode levar a que se coma sempre o mesmo ao almoço, a mesma rotina, logo ter rotina seria indicador de nível inferior de AC. Também a observação da própria fome ou saciedade (*Consciência*) é importante para levar à tomada de decisão de comer ou não, e não comer apenas porque é o horário da rotina mesmo sem ter fome, ou comer determinado alimento em vez de outro só porque faz parte da rotina, mesmo que não apeteça comer. Assim, após aprofundar estes conceitos, percebe-se porque na EAC ter rotina é indicador de nível inferior de AC.

Uma possível limitação a ter em conta é precisamente a interpretação de rotina por parte dos trabalhadores cuja origem das suas refeições é “casa”. Os itens sobre *Rotina* da EAC no questionário podem ter sido interpretados de forma positiva, ou seja, como ter uma rotina alimentar estabelecida, com previsibilidade na estruturação das refeições, p. ex. a criar uma lancheira para o almoço sempre com a mesma composição de grupos de alimentos, como hortícolas, carne/peixe e uma fonte de cereais ou tubérculos e não propriamente possam ter pensado numa rotina monótona, depreciativa em que se comem sempre os mesmos

alimentos, ou sempre de acordo com determinada rotina sem ter em conta p. ex. a observação da fome, até porque a maioria dos trabalhadores encontravam-se no estágio de ação e manutenção para uma alimentação saudável, logo pressupõe-se que priorizem uma rotina alimentar saudável.

Um estudo longitudinal realizado com 1086 adultos holandeses com mais de 54 anos, analisou um fator muito específico do ambiente alimentar (exposição) no contexto ambiente casa e não local de trabalho, e revelou que a AC parece não proteger contra a influência da exposição ambiental a *fast-food* na ingestão de alimentos considerados não saudáveis⁽¹⁰⁸⁾, o que sugere que a origem das refeições “casa” pode não necessariamente significar maiores níveis de AC, dependendo da exposição ambiental.

No que diz respeito à forma de realizar as refeições (sozinho vs. acompanhado), os resultados mostraram que a maioria fazia as refeições acompanhado/em grupo (57,7%). Na relação com AC, não se revelaram diferenças significativas entre quem almoça sozinho, comparativamente a quem almoça acompanhado, o que também não foi ao encontro da hipótese inicialmente formulada, de que os trabalhadores que realizam as refeições sozinhos apresentam níveis mais elevados de AC comparativamente com os acompanhados.

A hipótese inicialmente formulada, iria ao encontro de estudos experimentais com grupo controlo, que mostram que comer com AP, como focar nas características sensoriais dos alimentos enquanto se come (relacionado ao fator *Consciência* da EAC), parece ter efeito na percepção de saciedade e saciação, levando a uma redução na ingestão⁽¹⁰⁹⁾, e que a saciedade e a saciação são reduzidas quando a alimentação ocorre na presença de distração cognitiva⁽¹¹⁰⁾ (relacionado ao fator *Agir com consciência*, da EAC), o que poderia estar associado

a comer acompanhado. Portanto, comer sozinho, em teoria permitiria ter maior nível de *Consciência* e de *Agir com consciência*. Analisando apenas a AP, que fornece as bases à AC, também outros estudos, inclusive um transversal recente, indicaram que a AP é um mediador significativo e forte na preferência pela solidão e na ligação com maior satisfação com a vida^(111, 112).

A ausência de diferenças significativas entre os grupos pode sugerir que a AC não é influenciada pela presença ou não de outros indivíduos. Numa reflexão mais profunda sobre os construtos base e facetas de AT e de AC^(3, 4, 85), tal acontece possivelmente por se desenvolver um trabalho interno de treino de atenção ao momento presente, de aceitação sem julgamento, nomeadamente das sensações físicas e emocionais ligadas ao ato de comer ou de um ambiente alimentar, e que levam a agir com consciência, sem reatividade, independentemente de se estar acompanhado ou não. Portanto é sugerido que a AC neste aspeto poderá ter mais a ver com o indivíduo em si, e ser menos afetada pelas influências externas, neste caso sociais. Em todo o caso, é de destacar uma revisão sistemática que mostra a importância dos contextos sociais, ao indicar que os colegas de trabalho podem ter uma influência quer positiva, quer negativa nos comportamentos alimentares no local de trabalho, salientando o apoio social como um dos mais importantes para promover práticas alimentares saudáveis⁽¹¹³⁾.

No que diz respeito às características do ambiente alimentar, a presença de equipamentos como micro-ondas (91,1%) e de espaços específicos para refeições (82,1%) sugere um suporte estrutural adequado para que os trabalhadores possam consumir as refeições preparadas em casa. No entanto, a menor prevalência de estratégias de promoção de alimentação saudável (31,7%), um indicador de EA, demonstra oportunidades para melhorias no suporte e na

educação a hábitos alimentares mais saudáveis. Várias estratégias integradas, como programas de mudança educacional-comportamental em simultâneo com a modificação do ambiente alimentar do local de trabalho parecem apresentar maior efetividade na mudança de comportamento, do que apenas isolados^(47, 114, 115). Mais recentemente, verificou-se ainda maior efetividade não só nos ganhos de saúde, mas também na produtividade⁽¹¹⁶⁾. Estudos experimentais mostram isso mesmo, um deles numa cantina do local de trabalho, com exposição de pratos saudáveis e EA, incluindo *online*, com duração de 8 meses mostrou efetividade na mudança de comportamento alimentar saudável⁽¹¹⁷⁾. Uma outra intervenção multicomponente de promoção de alimentação saudável e de exercício, realizada numa empresa com mais de 3000 trabalhadores durante um ano, mostrou efetividade nos comportamento e atitudes alimentares⁽¹¹⁸⁾.

Relativamente às relações entre AC e as características do ambiente alimentar do local de trabalho, a presença de micro-ondas foi a única que apresentou relação significativa com a AC, especialmente no fator 2, *Consciência*, da EAC, com efeito grande ($d = 1,33$), o que valida a hipótese inicial de que os trabalhadores que referem a presença no ambiente alimentar de especificamente micro-ondas, apresentam níveis mais elevados de AC quanto a comer com maior atenção e consciência ao apreciar o aspeto visual, sabores, aromas e texturas dos alimentos, comparativamente a quem não refere a sua presença, embora tenha sido a única característica presente no ambiente alimentar a apresentar relação. A literatura sugere que a disponibilidade de instalações e de recursos que facilitem a preparação de refeições, é considerada um importante facilitador da alimentação saudável^(119, 120). Por outro lado, a falta de instalações para aquecer e armazenar alimentos, mostrou determinar o que os funcionários consumiam ao

almoço, resultando em alimentos mais baratos e convenientes, com elevada densidade energética⁽¹²⁰⁾. Nomeadamente, em análises qualitativas, a falta de micro-ondas foi vista como uma limitação das opções alimentares no trabalho⁽¹¹⁹⁾. Os resultados destas investigações sublinham a importância de um ambiente com instalações e recursos disponíveis para facilitar práticas alimentares mais saudáveis. Não necessariamente quem pratica uma alimentação adequada tem maior nível de AC, mas sabendo que quem apresenta maior nível de AC tende a comer de forma mais adequada, enfatizando a qualidade em vez da quantidade de alimentos consumidos como resposta aos sinais internos de fome e saciedade⁽⁷⁻⁹⁾, então os resultados da presente investigação, ao apresentarem associação com a presença de características de conveniência do ambiente alimentar, podem sugerir que a presença destas características podem ser mais propícias à prática de uma alimentação adequada.

Os resultados relativos à satisfação com o ambiente alimentar, os itens relacionados a pausas flexíveis e tempo para refeições receberam melhores avaliações, enquanto a variedade alimentar e o preço foram os que tiveram maior proporção de avaliações mais baixas. Também a oferta de alimentos saudáveis, assim como ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições, foram menos favoravelmente avaliados. Estes resultados sugerem que, embora haja uma estrutura de apoio razoável no local de trabalho, existe necessidade de se ampliar sobretudo a variedade da oferta de alimentos saudáveis e acessíveis economicamente.

Estes resultados destacam a importância do ambiente alimentar no local de trabalho e a sua relação com o comportamento alimentar dos trabalhadores. Estudos mostram que a disponibilidade de alimentos saudáveis tem impacto no

aumento do seu consumo^(121, 122). Esta associação é consistente com a literatura que indica que ambientes alimentares mais saudáveis no local de trabalho, p. ex., com disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis, promovem escolhas alimentares mais saudáveis dos trabalhadores. Por outro lado, a disponibilidade de alimentos menos saudáveis pode levar a um maior consumo desses mesmos alimentos⁽¹¹³⁾. Portanto, quer o acesso e a disponibilidade podem ser barreiras ou facilitadores para incentivar uma alimentação saudável no local de trabalho⁽¹¹⁹⁾, assim como o preço também já tinha sido identificado na literatura como uma barreira ao consumo de alimentos saudáveis no local de trabalho⁽¹²³⁾.

A percepção do ambiente alimentar é um fator também a ter em conta, pois parece variar em função do estado socioeconómico dos indivíduos, os que apresentam mais baixo nível socioeconómico parece que têm geralmente uma percepção mais negativa em relação à disponibilidade, qualidade, e preço de frutas e hortícolas⁽¹²⁴⁾. A presente investigação não analisou essa relação, no entanto, é de realçar um estudo transversal realizado numa amostra portuguesa constituída por 533 trabalhadores, que identificou os principais determinantes do consumo para uma alimentação saudável no local de trabalho, a qualidade da refeição, preço e localização/distância, assim como as principais barreiras, a falta de tempo, compromissos de trabalho e falta de opções saudáveis para realizar refeições no local de trabalho⁽¹⁰¹⁾. Estes dados, em parte em consonância com os desta investigação, vêm reforçar uma vez mais a necessidade de se atuar no ambiente alimentar do contexto de trabalho, através de intervenções de EA que venham dar resposta aos principais determinantes ou barreiras.

Uma associação positiva entre AC e a satisfação com o ambiente alimentar foi observada nos resultados, com maior nível de AC (fatores 5, *Agir com*

consciência e 6, *Alimentação não estruturada*, da EAC) nos trabalhadores que estão também mais satisfeitos com o ambiente alimentar, especialmente no que respeita a um ambiente tranquilo e cómodo, validando assim a hipótese inicial de que a AC e a satisfação com o ambiente alimentar se associam positivamente, embora a associação encontrada seja muito fraca.

No que respeita à satisfação geral com o ambiente alimentar, mostrou-se uma associação positiva para o fator 6, *Alimentação não estruturada* da EAC, mas negativa para o fator 4, *Rotina*, com correlações muito fracas. Estes dados sugerem que os trabalhadores que estão mais satisfeitos com um ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições e em parte, com o ambiente alimentar no geral, são os que revelam mais traços de AC quanto a comer a prestar atenção aos alimentos e não a comer distraído ou em modo automático, com uma alimentação mais estruturada, no sentido de não realizar outras tarefas em simultâneo com o ato de comer, mas com mais rotina alimentar.

Uma associação entre AC e o ambiente alimentar foi também já observada num estudo anterior, longitudinal, onde a AC, tal como o tempo disponível, e o contexto social da alimentação, como comer com colegas próximos, foram positivamente associados com a refeição e com a perceção do ambiente no local de trabalho⁽¹²⁵⁾. Por sua vez, uma maior satisfação com a refeição foi associada a humor positivo, a níveis mais baixos de stresse, assim como de fome após o almoço. Análises qualitativas ao ambiente físico das refeições no local de trabalho e na comunidade, mostraram a necessidade de um ambiente confortável e não perturbador para desfrutar de comer^(126, 127). São também referidos elementos que podem ajudar a prolongar e a desfrutar mais da refeição e a comer mais devagar, mas não necessariamente a aumentar a ingestão alimentar, o som, com música

lenta⁽¹²⁸⁾, e a iluminação⁽¹²⁹⁾. Estes são alguns dos possíveis motivos pelos quais ambientes alimentares agradáveis, tranquilos e cómodos, podem aumentar os níveis de AC.

Por outro lado, na presente investigação não se encontrou associação entre AC e a satisfação com a oferta alimentar saudável, variedade, preço, pausas flexíveis, ou com estratégias de promoção de alimentação saudável no local de trabalho, como p. ex. *webinars*, oferta de fruta, entre outras, o que de facto pode indicar que não são os aspetos do ambiente alimentar que mais estão relacionados com práticas alimentares conscientes, apesar de no geral, claramente já terem sido apontados como potenciadores ou limitadores de escolhas alimentares promotoras de saúde^(55, 114, 115).

3. Forças e limitações

O tamanho da amostra analisada neste estudo foi relativamente grande, permitindo um elevado poder estatístico, permitindo a deteção de efeitos menores, sendo uma força do estudo. A valorização destes resultados foi feita também com base na análise do tamanho dos efeitos, de modo a não sobrevalorizar resultados estatisticamente significativos decorrentes do tamanho amostral. É também de destacar, no que concerne às características da amostra, a diversidade de características sociodemográficas e laborais.

É ainda de destacar a originalidade do estudo, visto que poucos trabalhos sobre esta temática foram desenvolvidos, tanto em Portugal como a nível global. Até onde se sabe, este é o único estudo a investigar as relações entre AC e o

ambiente alimentar no local de trabalho com as características analisadas, salientando a relevância e o contributo para este campo de investigação.

Os resultados da presente investigação estão ainda alinhados com os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) das Nações Unidas na agenda 2030⁽¹³⁰⁾, nomeadamente o ODS 2 - *Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável*, uma vez que o ambiente alimentar do local de trabalho pode contribuir para o acesso e disponibilidade a alimentos saudáveis, seguros e sustentáveis, com condições ambientais físicas que permitam preparar e consumir convenientemente as refeições, disponibilizando para isso equipamentos como o micro-ondas. Bem como com o ODS 3 - *Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*, pois um ambiente alimentar saudável no local de trabalho promove a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, incentivando comportamentos alimentares saudáveis, onde a AC faça parte, contribuindo assim para combater doenças não transmissíveis como a obesidade, e perturbações do comportamento alimentar.

No entanto, algumas limitações podem ser apontadas, começando pelo desenho transversal do estudo que não permite inferir relações de causalidade às relações encontradas. Existe também uma limitação ao nível da representatividade da amostra: tratando-se de um estudo exploratório, optou-se por ter critérios amplos de participação, e a utilização de uma amostra por conveniência, recrutada através de redes sociais e contactos pessoais, não garantiu uma inclusão proporcional de trabalhadores de diferentes contextos laborais, como empresariais, de escritório e operacionais, como o trabalho fabril, logo não assegurou uma amostra representativa da classe adulta trabalhadora

portuguesa. A amostra foi composta maioritariamente por mulheres, logo também pode ser apontada como uma limitação que contribui para a não representatividade.

Adicionalmente, a autosseleção dos participantes para o preenchimento do questionário, pode significar que aqueles que se voluntariaram estavam mais interessados nos temas de alimentação, nutrição e saúde, ou eram potenciais participantes mais saudáveis, resultando assim num viés de participação.

A própria diversidade de contextos de trabalho estudados também pode ser apontada como limitação, em vez de um estudo focado num único setor. Como melhoria para trabalhos futuros, sugerem-se trabalhos em setores específicos e/ou de comparação entre contextos distintos específicos de local de trabalho (p. ex. uma empresa tecnológica e uma fábrica), de forma a garantir maior homogeneidade e controlo de algumas variáveis, em que fosse garantido número suficiente de trabalhadores, para que se pudessem tirar conclusões mais generalizáveis para aqueles setores.

Poderá ainda ser uma limitação o facto de os trabalhadores poderem sentir-se melindrados a partilhar informações sobre o seu local de trabalho no questionário, a responder com honestidade a questões como a satisfação com o ambiente alimentar. Para fazer face a esta limitação, poderá ser útil a inclusão de medidas de desejabilidade social, que permitam aferir tais vieses.

Por se tratar de um estudo exclusivamente com métodos quantitativos, uma limitação adicional é a falta de análise aprofundada das relações encontradas entre a AC e o ambiente alimentar através de métodos qualitativos que incluam as perspetivas dos trabalhadores.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação valida a relevância das relações entre a AC e o ambiente alimentar no local de trabalho, contribuindo para o crescimento do conhecimento científico neste âmbito. Os principais resultados evidenciaram uma relação entre maiores níveis de AC e a presença de características de conveniência do ambiente alimentar do local de trabalho (micro-ondas) e uma relação com a origem das refeições durante o dia de trabalho, com nível superior de AC em termos de *Rotina* nos trabalhadores cujas refeições têm origem noutros locais que não em casa. Indicaram também uma associação positiva entre AC e a satisfação com o ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições, bem como entre AC e a satisfação geral com o ambiente alimentar, sendo negativa para *Rotina* e positiva para *Alimentação não estruturada*.

Face aos objetivos, concluiu-se ainda que a maioria dos participantes se encontrava nos estádios de ação e manutenção para uma alimentação saudável. Os homens apresentaram níveis superiores de AC comparativamente às mulheres para alguns fatores, mas não de forma significativa para o total. Não houve diferença significativa entre AMR e apreciação corporal entre sexos. Mostrou-se uma associação positiva entre AC e apreciação corporal, assim como uma associação negativa entre AC e AMR. Mostrou-se associação positiva entre AC e IMC, possivelmente condicionada por a amostra ser maioritariamente normoponderal, e que participantes em estádios ação e manutenção para uma alimentação saudável apresentavam uma alimentação mais consciente em termos de *Agir com consciência*, mas menor em termos de *Rotina*. Importa destacar que

as relações apresentadas disseram respeito sempre a determinados fatores específicos da AC e não a todos os fatores.

A AC não mostrou relações significativas com a idade, com a forma das refeições (sozinho vs. acompanhado), nem com a satisfação com a oferta alimentar saudável, variedade, preço, pausas flexíveis, ou com estratégias de promoção de alimentação saudável no local de trabalho.

Em resumo, os trabalhadores que referem ter um micro-ondas no trabalho são também os que comem com maior atenção e consciência ao apreciar o aspeto visual, sabores, aromas e texturas dos alimentos. Por outro lado, quem come noutros locais que não em casa é quem apresenta menos rotinas alimentares. Aqueles que estão mais satisfeitos com um ambiente tranquilo e confortável durante as refeições são os que revelam comer com mais atenção aos alimentos, com menos distrações e sem realizar outras tarefas em simultâneo. Aqueles que estão mais satisfeitos com o ambiente geral são também os que revelam comer sem realizar outras tarefas em simultâneo, mas com mais rotinas alimentares. Ademais, os que consideram praticar uma alimentação saudável, são os que comem com maior consciência e atenção aos alimentos e têm mais rotina alimentar. E ainda, aqueles com mais consciência alimentar também conseguem controlar melhor a quantidade de comida que ingerem, têm mais facilidade em parar de comer quando estão satisfeitos e possuem uma imagem corporal mais positiva, com maior aceitação do seu corpo.

Este estudo serve assim como ponto de partida para futuros estudos explorarem ainda mais as relações identificadas, bem como outras que ficaram por explorar, nomeadamente a relação entre AC e as características do trabalho, como função, hierarquia, setor de atuação, regime e modelo de trabalho, e tipo

de horário. Assim se justifica a necessidade de investigação adicional futura, sobretudo com recurso a métodos mistos ou qualitativos, que acrescentem complexidade e profundidade às relações que nesta investigação se mostraram significativas entre AC e ambiente alimentar no local de trabalho, de modo a compreender as perspetivas e experiências sobre as características de conveniência alimentar, a satisfação com o ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições e sobre o ambiente alimentar físico, e de que forma interferem no modo como comem à luz da AC. A rotina alimentar também seria um tema relevante a ser explorado, visto que revelou algumas disparidades entre resultados.

Neste sentido, como sugestão de métodos qualitativos para futura investigação, são apresentadas sugestões de conteúdos, sob a forma de questões principais e de seguimento, que poderiam servir de ponto de partida para a condução de grupos focais:

- *Que características de conveniência alimentar mais valorizam no local de trabalho e porquê?*
 - *Que elementos consideram fundamentais estar presentes?*
 - *Como a disponibilidade de um micro-ondas no local de trabalho influencia as vossas escolhas alimentares diárias?*
 - *De que forma a sua presença influencia a apreciação dos alimentos (aspeto visual, sabores, aromas, cheiros, texturas...)?*
- *O que mais valorizam no ambiente físico do local de trabalho, para se sentirem agradados com a refeição?*
 - *Que características teria de ter?*

- *Em que medida um ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições influencia o modo como comem?*
 - *De que forma iria afetar comer de forma distraída ou automática, sem prestar atenção ao que estão a comer?*
 - *Ou afetar a tendência a fazer várias tarefas em simultâneo com a refeição, como comer na secretária ou a usar o computador?*
- *A que associam o termo “rotina alimentar”?*
 - *Quais os aspetos favoráveis de ter uma rotina alimentar? E os desfavoráveis?*
 - *Em que medida ter uma rotina alimentar pode interferir na forma como comem?*
 - *Como acham que a rotina pode afetar comer de forma distraída ou automática, sem prestar atenção ao que estão a comer?*
 - *Ou afetar a tendência a fazer várias tarefas em simultâneo com a refeição, como comer na secretária ou a usar o computador?*

Espera-se que esta investigação tenha contribuído para a EA, com base na realidade estudada, de forma a criar mudanças significativas nas comunidades e ambientes, tal como já incitava Paulo Freire em “Pedagogia da Autonomia”⁽¹³¹⁾:

“A educação é uma forma de intervenção no mundo. Como intervenção me refiro tanto à que aspira a mudanças radicais na sociedade, no campo da economia, das relações humanas, da propriedade, do direito ao trabalho, à terra, à educação, à saúde, quanto à que, pelo contrário, reacionariamente pretende imobilizar a História e manter a ordem injusta.”

REFERÊNCIAS

1. Monroe JT. Mindful eating: principles and practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2015; 9(3):217-20.
2. Tapper K. Mindful eating: what we know so far. *Nutrition Bulletin*. 2022; 47(2):168-85.
3. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et_al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004; 11:230-41.
4. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009; 109(8):1439-44.
5. Carrière K, Shireen SH, Siemers N, Preißner CE, Starr J, Falk C, Knäuper B. Development and Validation of the Four Facet Mindful Eating Scale (FFaMES). *Appetite*. 2022; 168:105689.
6. Hendrickson KL, Rasmussen EB. Effects of mindful eating training on delay and probability discounting for food and money in obese and healthy-weight individuals. *Behaviour Research and Therapy*. 2013; 51(7):399-409.
7. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*. 2017; 30(2):272-83.
8. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders and Mindfulness*. 2011; 19(1):49-61.
9. Kristeller J, Wolever RQ, Sheets V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for binge eating: a randomized clinical trial. *Mindfulness*. 2014; 5(3):282-97.
10. Kristeller JL. Mindfulness, eating disorders, and food intake regulation. *Handbook of Mindfulness and Self-regulation*. 2015:199-215.
11. Dunn C, Haubenreiser M, Johnson M, Nordby K, Aggarwal S, Myer S, Thomas C. Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. *Current Obesity Reports*. 2018; 7(1):37-49.
12. Mantzios M, Wilson JC. Mindfulness, eating behaviours, and obesity: a review and reflection on current findings. *Current Obesity Reports*. 2015; 4:141-46.
13. Brewer JA, Ruf A, Beccia AL, Essien GI, Finn LM, Lutterveld Rv, Mason AE. Can mindfulness address maladaptive eating behaviors? Why traditional diet plans fail and how new mechanistic insights may lead to novel interventions. *Frontiers in Psychology*. 2018:1418.
14. Barbosa MR, de Oliveira Penaforte FR, de Sousa Silva AF. Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*. 2020. 118-35.
15. Daubenmier J, Kristeller J, Hecht FM, Maninger N, Kuwata M, Jhaveri K, et al. Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of Obesity*. 2011; 2011(1):13.
16. Raja-Khan N, Agito K, Shah J, Stetter CM, Gustafson TS, Socolow H, et al. Mindfulness-based stress reduction in women with overweight or obesity: a randomized clinical trial. *Obesity*. 2017; 25(8):1349-59.

17. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): a randomized controlled trial. *Appetite*. 2017; 112:107-16.
18. Grider HS, Douglas SM, Raynor HA. The influence of mindful eating and/or intuitive eating approaches on dietary intake: a systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2021; 121(4):709-27.
19. Hanson P, Shuttlewood E, Halder L, Shah N, Lam FT, Menon V, Barber TM. Application of mindfulness in a tier 3 obesity service improves eating behavior and facilitates successful weight loss. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2019; 104(3):793-800.
20. Mantzios M, Wilson JC. Exploring mindfulness and mindfulness with self-compassion-centered interventions to assist weight loss: theoretical considerations and preliminary results of a randomized pilot study. *Mindfulness*. 2015; 6:824-35.
21. Kao T-SA, Ling J, Alanazi M, Atwa A, Suriyawong W. Effects of mindfulness-based interventions on anthropometric outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2023; 17(3):175-83.
22. Niemeier HM, Leahey T, Reed KP, Brown RA, Wing RR. An acceptance-based behavioral intervention for weight loss: a pilot study. *Behavior Therapy*. 2012; 43(2):427-35.
23. Mantzios M, Wilson JC. Making concrete construals mindful: a novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology & Health*. 2014; 29(4):422-41.
24. Spadaro KC, Davis KK, Sereika SM, Gibbs BB, Jakicic JM, Cohen SM. Effect of mindfulness meditation on short-term weight loss and eating behaviors in overweight and obese adults: a randomized controlled trial. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. 2017; 15(2).
25. Chung S, Zhu S, Friedmann E, Kelleher C, Kozlovsky A, Macfarlane KW, et al. Weight loss with mindful eating in african american women following treatment for breast cancer: a longitudinal study. *Support Care Cancer*. 2016; 24(4):1875-81.
26. Fuentes Artiles R, Staub K, Aldakak L, Eppenberger P, Rühli F, Bender N. Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2019; 20(11):1619-27.
27. Hulbert-Williams L, Nicholls W, Joy J, Hulbert-Williams N. Initial validation of the mindful eating scale. *Mindfulness*. 2014; 5:719-29.
28. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model. *Homeostasis*. 1998; 38(5-6):216-33.
29. Are M, Santos E, Oliveira BM, Correia F, Poínhos R. Eating behaviour, health locus of control and stages of change among undergraduate students. *Acta Portuguesa de Nutrição*; 2022. 34-38.
30. Dissen A, Crowell T. We are what we eat: assessing the use of a documentary film as an educational tool to change students' nutritional attitudes and behaviors. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2022; 16(2):241-50.
31. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors [Article]. *American Psychologist*. 1992; 47(9):1102-14.

32. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*. 2007; 91(4):449-58.
33. Kuckuck S, van Der Valk ES, Scheurink AJ, van Der Voorn B, Iyer AM, Visser JA, et al. Glucocorticoids, stress and eating: the mediating role of appetite-regulating hormones. *Obesity Reviews*. 2023; 24(3):e13539.
34. Vainik U, Eun Han J, Epel ES, Janet Tomiyama A, Dagher A, Mason AE. Rapid assessment of reward-related eating: the RED-X5. *Obesity*. 2019; 27(2):325-31.
35. Mason AE, Vainik U, Acree M, Tomiyama AJ, Dagher A, Epel ES, Hecht FM. Improving assessment of the spectrum of Reward-Related Eating: the RED-13. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8:795.
36. Fisher NR, Mead BR, Lattimore P, Malinowski P. Dispositional mindfulness and reward motivated eating: the role of emotion regulation and mental habit. *Appetite*. 2017; 118:41-48.
37. Epel ES, Tomiyama AJ, Mason AE, Laraia BA, Hartman W, Ready K, et al. The reward-based eating drive scale: a self-report index of reward-based eating. *PLOS One*. 2014; 9(6):e101350.
38. Tiggemann M. Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body Image*. 2015; 14:168-76.
39. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. 2015; 14:118-29.
40. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*. 2015; 12:53-67.
41. Linardon J, McClure Z, Tylka TL, Fuller-Tyszkiewicz M. Body appreciation and its psychological correlates: a systematic review and meta-analysis. *Body Image*. 2022; 42:287-96.
42. Pikó B, Kiss H, Grácz A. Relationship of young women's body appreciation with eating disorders and psychological variables. *Orvosi Hetilap*. 2022; 163(27):1082-88.
43. Gillen MM. Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*. 2015; 13:67-74.
44. Avalos L, Tylka TL, Wood-Barcalow N. The body appreciation scale: development and psychometric evaluation. *Body Image*. 2005; 2(3):285-97.
45. Simões JM, Mendes AL, Trindade I, Oliveira S, Ferreira C, Cláudia. Validation of the Body Appreciation Scale-2 for the Portuguese population. 3rd IPLEiria International Health Congress, Leiria, Portugal; 2016.
46. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde. Portugal; 2018.
47. Afshin A, Penalvo J, Del Gobbo L, Kashaf M, Micha R, Morrish K, et al. CVD Prevention Through Policy: a review of mass media, food/menu labeling, taxation/subsidies, built environment, school procurement, worksite wellness, and marketing standards to improve diet. *Current Cardiology Reports*. 2015; 17(11):98.
48. WHO. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/world economic forum report of a joint event. 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43825/9789241596329_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
49. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. Programa nacional para a promoção da alimentação saudável 2022-2030. Direção-Geral da Saúde ed. Lisboa; 2022.
50. Santos FMF. Pordata. 2022. Disponível em: <https://www.pordata.pt/>.

51. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2024.
52. NCD Risk Factor Collaboration. NCD risk factor collaboration: country profile - Portugal. 2017. Disponível em: <https://ncdrisc.org/country-profile.html>.
53. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019; 109(5):1402-13.
54. Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. 2002; 20(4):611-24.
55. Contento IR. Nutrition education: linking research, theory, and practice. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2008; 17 Suppl 1:176-9.
56. Leng G, Adan RA, Belot M, Brunstrom JM, De Graaf K, Dickson SL, et al. The determinants of food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2017; 76(3):316-27.
57. Chen P-J, Antonelli M. Conceptual models of food choice: influential factors related to foods, individual differences, and society. *Foods*. 2020; 9(12):1898.
58. Neve KL, Isaacs A. How does the food environment influence people engaged in weight management? A systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Obesity Reviews*. 2022; 23(3):e13398.
59. Mozaffarian D, Rosenberg I, Uauy R. History of modern nutrition science—implications for current research, dietary guidelines, and food policy. *British Medical Journal*. 2018; 361.
60. Bronfenbrenner U. Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. Urie Bronfenbrenner; 2005.
61. Contento I, Koch P. Nutrition education: Linking research, theory and practice. Fourth edition. Jones & Bartlett Learning; 2021.
62. FAO. Influencing food environments for healthy diets. Rome; 2016. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i6484e/i6484e.pdf>.
63. Madlala SS, Hill J, Kunneke E, Lopes T, Faber M. Adult food choices in association with the local retail food environment and food access in resource-poor communities: a scoping review. *BMC Public Health*. 2023; 23(1):1-33.
64. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *The Lancet*. 2015; 385(9985):2410-21.
65. Mah CL, Cook B, Rideout K, Minaker LM. Policy options for healthier retail food environments in city-regions. *Canadian Journal of Public Health*. 2016; 107:eS64-eS67.
66. Blundell J, De Graaf C, Hulshof T, Jebb S, Livingstone B, Lluch A, et al. Appetite control: methodological aspects of the evaluation of foods. *Obesity Reviews*. 2010; 11(3):251-70.
67. Keesman M, Aarts H, Häfner M, Papies EK. Mindfulness reduces reactivity to food cues: underlying mechanisms and applications in daily life. *Current Addiction Reports*. 2017; 4:151-57.
68. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. 2000.
69. Kearney JM, de Graaf C, Damkjaer S, Engstrom LM. Stages of change towards physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*. 1999; 2(1a):115-24.
70. Finny D. Statistics for biologists. Springer Science & Business Media; 2012.

71. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge; 2013.
72. Pallant J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS. Routledge; 2020.
73. Jacob JS, Panwar N. Effect of age and gender on dietary patterns, mindful eating, body image and confidence. *BMC Psychology*. 2023; 11(1):264.
74. Putri WA, Widodo A, Solihat R. Is there any difference between males and females in mindful eating? *Prisma Sains: Jurnal Pengkajian Ilmu dan Pembelajaran Matematika dan IPA IKIP Mataram*. 2024; 12(1):49-60.
75. Köse G, Çıplak ME. Does mindful eating have a relationship with gender, body mass index and health promoting lifestyle? *Progress in Nutrition*. 2019; 22(2)
76. Hetherington MM, Anderson AS, Norton GN, Newson L. Situational effects on meal intake: a comparison of eating alone and eating with others. *Physiology & Behavior*. 2006; 88(4-5):498-505.
77. Özkan N, Bilici S. Are anthropometric measurements an indicator of intuitive and mindful eating? *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021; 26:639-48.
78. Desbordes G, Gard T, Hoge EA, Hölzel BK, Kerr C, Lazar SW, et al. Moving beyond mindfulness: defining equanimity as an outcome measure in meditation and contemplative research. *Mindfulness*. 2015; 6:356-72.
79. Kerrigan SG, Carr MM, Lawson JL, Lydecker JA, Grilo CM. Associations between average step counts, variability in step counts and nonhomeostatic eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022; 27(6):2165-71.
80. Kroll DS, Feldman DE, Biesecker CL, McPherson KL, Manza P, Joseph PV, et al. Neuroimaging of sex/gender differences in obesity: a review of structure, function, and neurotransmission. *Nutrients*. 2020; 12(7):1942.
81. Mason AE, Epel ES, Aschbacher K, Lustig RH, Acree M, Kristeller J, et al. Reduced reward-driven eating accounts for the impact of a mindfulness-based diet and exercise intervention on weight loss: data from the SHINE randomized controlled trial. *Appetite*. 2016; 100:86-93.
82. He J, Sun S, Zickgraf HF, Lin Z, Fan X. Meta-analysis of gender differences in body appreciation. *Body Image*. 2020; 33:90-100.
83. Marks RJ, De Foe A, Collett J. The pursuit of wellness: social media, body image and eating disorders. *Children and Youth Services Review*. 2020; 119:105659.
84. So B, Kwon KH. The impact of Thin-Ideal internalization, appearance comparison, social media use on body image and eating disorders: a literature review. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2023; 20(1):55-71.
85. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006; 13(1):27-45.
86. Dijkstra P, Barelds DP. Examining a model of dispositional mindfulness, body comparison, and body satisfaction. *Body Image*. 2011; 8(4):419-22.
87. Lavender JM, Gratz KL, Anderson DA. Mindfulness, body image, and drive for muscularity in men. *Body Image*. 2012; 9(2):289-92.
88. Torres S, Vieira AI, Vieira FM, Lencastre L, Guerra MP, Miller KM, Barbosa MR. Psychometric analysis of the body responsiveness questionnaire in the Portuguese population. *Scientific Reports*. 2023; 13(1):22997.

89. Linardon J, Tylka TL, Fuller-Tyszkiewicz M. Intuitive eating and its psychological correlates: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(7):1073-98.
90. Hinton EC, Beesley V, Leary SD, Ferriday D. Associations between body mass index and episodic memory for recent eating, mindful eating, and cognitive distraction: a cross-sectional study. *Obesity Science & Practice*. 2024; 10(1):e728.
91. Durukan A, Gül A. Mindful eating: differences of generations and relationship of mindful eating with BMI. *International Journal of Gastronomy and Food Science*. 2019; 18:100172.
92. Winkens LH, van Strien T, Barrada JR, Brouwer IA, Penninx BW, Visser M. The Mindful Eating Behavior Scale: development and psychometric properties in a sample of Dutch adults aged 55 years and older. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2018; 118(7):1277-90. e4.
93. Arch JJ, Brown KW, Goodman RJ, Della Porta MD, Kiken LG, Tillman S. Enjoying food without caloric cost: the impact of brief mindfulness on laboratory eating outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2016; 79:23-34.
94. Jordan CH, Wang W, Donatoni L, Meier BP. Mindful eating: trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences*. 2014; 68:107-11.
95. Ducrot P, Méjean C, Aroumougame V, Ibanez G, Allès B, Kesse-Guyot E, et al. Meal planning is associated with food variety, diet quality and body weight status in a large sample of French adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical activity*. 2017; 14(1):12.
96. Pham A, Dalkic AE, Achan K, Gibson L, Limaye S. Supporting home-based meal preparation improves lunchtime habits and self-assessed work performance of interns at a tertiary hospital. *Internal Medicine Journal*. 2023; 53(9):1701-05.
97. Pachucki MC, Karter AJ, Adler NE, Moffet HH, Warton EM, Schillinger D, et al. Eating with others and meal location are differentially associated with nutrient intake by sex: the diabetes study of northern California. *Appetite*. 2018; 127:203-13.
98. Raulio S, Roos E, Prättälä R. School and workplace meals promote healthy food habits. *Public Health Nutrition*. 2010; 13(6A):987-92.
99. Roos E, Sarlio-Lähteenkorva S, Lallukka T. Having lunch at a staff canteen is associated with recommended food habits. *Public Health Nutrition*. 2004; 7(1):53-61.
100. Bullock SL, Winthrop HM, Hales D, Lin F-C, Yang Y, Ammerman AS, Viera AJ. Who chooses “healthy” meals? An analysis of lunchtime meal quality in a workplace cafeteria. *BMC Public Health*. 2024; 24(1):921.
101. Lima JP, Costa SA, Brandão TR, Rocha A. Food consumption determinants and barriers for healthy eating at the workplace—a university setting. *Foods*. 2021; 10(4):695.
102. Mantzios M. Mindful eating: a conceptual critical review of the literature, measurement and intervention development. *Nutrition and Health*. 2023; 29(3):435-41.
103. Arlinghaus KR, Johnston CA. The importance of creating habits and routine. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2019; 13(2):142-44.
104. Ray JL, Srinath R, Mechanick JL. The negative impact of routine, dietary pattern, and physical activity on obesity and dysglycemia during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2023; 17(2):219-30.

105. Wood SM, Schembre SM, He Q, Engelmann JM, Ames SL, Bechara A. Emotional eating and routine restraint scores are associated with activity in brain regions involved in urge and self-control. *Physiology & Behavior*. 2016; 165:405-12.
106. Eck KM, Quick V, Byrd-Bredbenner C. Body dissatisfaction, eating styles, weight-related behaviors, and health among young women in the United States. *Nutrients*. 2022; 14(18):3876.
107. Schembre S, Greene G, Melanson K. Development and validation of a weight-related eating questionnaire. *Eating Behaviors*. 2009; 10(2):119-24.
108. Winkens LHH, den Braver NR, Mackenbach JD, Visser M, De Vet E. Can mindful eating buffer against the influence of neighbourhood fast food exposure on unhealthy food intake? *Health Place*. 2023; 83:103054.
109. Higgs S, Donohoe JE. Focusing on food during lunch enhances lunch memory and decreases later snack intake. *Appetite*. 2011; 57(1):202-06.
110. Brunstrom JM, Mitchell GL. Effects of distraction on the development of satiety. *British Journal of Nutrition*. 2006; 96(4):761-69.
111. Soysal FSÖ, Bakalım O. Relationship between preference for solitude and life satisfaction: the mediating role of mindfulness. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2024; 52(2):243-57.
112. Cleveland R. Aware I am alone: Intersections of solitude and mindfulness. *Pedagogia Christiana*. 2020; 45(1):37.
113. Clohessy S, Walasek L, Meyer C. Factors influencing employees' eating behaviours in the office-based workplace: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2019; 20(12):1771-80.
114. Rachmah Q, Martiana T, Mulyono, Paskarini I, Dwiyantri E, Widajati N, et al. The effectiveness of nutrition and health intervention in workplace setting: A systematic review. *Journal of Public Health Research*. 2022; 11(1):jphr. 2021.312.
115. Melián-Fleitas L, Franco-Pérez Á, Caballero P, Sanz-Lorente M, Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Influence of nutrition, food and diet-related interventions in the workplace: a meta-analysis with meta-regression. *Nutrients*. 2021; 13(11):3945.
116. Nyhus Dhillon C, Ortenzi F. Assessing the impact of workforce nutrition programmes on nutrition, health and business outcomes: a review of the global evidence and future research agenda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(9):5733.
117. Lord AYZ, Chiang YT, Cheng YY, Chang YP, Chen HJ, Huang YC, Pan WH. Participation effects of workplace promoting activities on healthy eating behavior. *Public Health in Practice*. 2022; 4:100286.
118. Mache S, Jensen S, Jahn R, Steudtner M, Ochsmann E, Preuß G. Worksite health program promoting changes in eating behavior and health attitudes. *Health Promotion Practice*. 2015; 16(6):826-36.
119. Lake AA, Smith SA, Bryant CE, Alinia S, Brandt K, Seal CJ, Tetens I. Exploring the dynamics of a free fruit at work intervention. *BMC Public Health*. 2016; 16:1-10.
120. Pridgeon A, Whitehead K. A qualitative study to investigate the drivers and barriers to healthy eating in two public sector workplaces. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2013; 26(1):85-95.
121. Bandoni DH, Sarno F, Jaime PC. Impact of an intervention on the availability and consumption of fruits and vegetables in the workplace. *Public Health Nutrition*. 2011; 14(6):975-81.

122. Wolfenden L, Barnes C, Lane C, McCrabb S, Brown HM, Gerritsen S, et al. Consolidating evidence on the effectiveness of interventions promoting fruit and vegetable consumption: an umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2021; 18(1):11.
123. Hyży A, Jaworski M, Cieślak I, Gotlib-Małkowska J, Panczyk M. Improving eating habits at the office: an umbrella review of nutritional interventions. *Nutrients*. 2023; 15(24):5072.
124. Inaç Y, D'Hooghe S, Van Dyck D, Dury S, Vandevijvere S, Deforche B, et al. Associations between the objective and perceived food environment and eating behavior in relation to socioeconomic status among adults in peri-urban settings: results from the CIVISANO study in Flanders, Belgium. *International Journal of Health Geographics*. 2024; 23(1):10.
125. Haugaard P, Stancu CM, Brockhoff PB, Thorsdottir I, Lähteenmäki L. Determinants of meal satisfaction in a workplace environment. *Appetite*. 2016; 105:195-203.
126. Macht M, Meininger J, Roth J. The pleasures of eating: a qualitative analysis. *Journal of Happiness Studies*. 2005; 6:137-60.
127. Nyberg M, Doktor Olsen T. Meals at work: integrating social and architectural aspects. *International Journal of Workplace Health Management*. 2010; 3(3):222-32.
128. Mathiesen SL, Hopia A, Ojansivu P, Byrne DV, Wang QJ. The sound of silence: presence and absence of sound affects meal duration and hedonic eating experience. *Appetite*. 2022; 174:106011.
129. Bscheiden A, Dörsam A, Cvetko K, Kalamala T, Stroebele-Benschop N. The impact of lighting and table linen as ambient factors on meal intake and taste perception. *Food Quality and Preference*. 2020; 79:103797.
130. Instituto Nacional de Estatística IP. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | agenda 2030 - indicadores para Portugal - 2015 - 2021. 2022. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=563353598&PUBLICACOESmodo=2.
131. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Editora Paz e Terra; 2014.

APÊNDICE - QUESTIONÁRIO

Ambiente alimentar no local de trabalho e comportamento alimentar

Olá, seja bem-vind@!

Estamos a desenvolver um estudo sobre alimentação, comportamentos de saúde e ambiente alimentar no local de trabalho em **adultos trabalhadores ativos residentes em Portugal**. A sua participação até ao final será fundamental para conduzir a investigação.

Quem pode participar?

Qualquer trabalhador residente em Portugal com idade igual ou superior a 18 anos.

A sua participação no estudo consiste no preenchimento de um questionário composto por um conjunto de questões sobre o seu comportamento alimentar e sobre o ambiente alimentar do seu local de trabalho.

O questionário está dividido em **7 partes** e para cada uma delas serão apresentadas instruções de preenchimento. A duração prevista para o preenchimento do questionário é de **10 a 15 minutos**.

Participe e ajude-nos a divulgar o estudo, partilhe com os seus contactos!

Informação aos participantes

O presente estudo enquadra-se no âmbito de uma investigação do Mestrado em Educação Alimentar da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP) e da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). Está a ser conduzido pela equipa de investigadores destas instituições: Sónia Taboada, Rui Poínhos e Sandra Torres. O objetivo é estudar o comportamento alimentar em adultos trabalhadores residentes em Portugal e o seu ambiente alimentar no local de trabalho.

Os resultados deste estudo irão permitir compreender a relação da alimentação com comportamentos de saúde e com o ambiente alimentar, contribuindo para a construção de estratégias de promoção de comportamentos alimentares saudáveis no local de trabalho.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da FCNAUP. A sua **participação** é totalmente **livre e voluntária**, e a decisão de não participar não lhe trará qualquer prejuízo. Pode, em qualquer momento e por qualquer motivo, desistir de colaborar neste estudo, encerrando para isso a janela. Todas as respostas são **anónimas e confidenciais** e serão tratadas garantindo o cumprimento de todos os princípios éticos inerentes à investigação. Os resultados obtidos apenas serão utilizados para fins estatísticos da investigação pela equipa de investigadores.

No caso de aceitar participar, serão recolhidos dados sociodemográficos, antropométricos (peso e altura), ambiente alimentar no local de trabalho, comportamento alimentar e imagem corporal.

No caso de surgir alguma dúvida, ou informação adicional acerca do presente estudo, por favor contacte a responsável principal pela investigação: Sónia Taboada (up200604941@edu.fcna.up.pt).

Quaisquer dúvidas relacionadas com o tratamento dos seus dados poderão também ser endereçadas à Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto, através do endereço eletrónico dpo@reit.up.pt. Em matéria de proteção de dados poderá, igualmente, efetuar uma reclamação junto da Autoridade Nacional – Comissão Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt).

Se aceitar participar neste estudo de acordo com as condições descritas acima, por favor prossiga com o preenchimento e submissão do questionário.

Agradecemos desde já a sua participação!

Existem 22 perguntas neste questionário.

PARTE I - Dados sociodemográficos

Qual é a sua idade?

*

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Com que sexo/género se identifica?

*

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

☐ Feminino

☐ Masculino

Qual é a sua nacionalidade?

*

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

☐ Portuguesa

☐ Outro

Em que zona geográfica do país habita? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Área Metropolitana de Lisboa
- ☐ Alentejo
- ☐ Algarve
- ☐ Região Autónoma dos Açores
- ☐ Região Autónoma da Madeira

Quais são as suas habilitações literárias?

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sem escolaridade ou não completou o ensino primário
- ☐ 1.º ciclo do ensino básico (4.º ano, antigo ensino primário, 4.ª classe)
- ☐ 2.º ciclo do ensino básico (6.º ano, antigo ciclo preparatório)
- ☐ 3.º ciclo do ensino básico (9.º ano, antigo 5.º ano do liceu)
- ☐ Ensino secundário (12.º ano, antigo 7.º ano do liceu)
- ☐ Ensino pós-secundário não-superior (curso de especialização tecnológica)
- ☐ Ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento)

Qual o seu tipo de trabalho em termos de função?

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Administração
- ☐ Finanças
- ☐ Comercialização
- ☐ Produção/ Operacional
- ☐ Outro

Qual o seu nível hierárquico no trabalho?

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Gerência/ Supervisão
- ☐ Profissional/ Técnico
- ☐ Administrativo/ Operacional

☐ Outro

Qual o setor de atuação do seu trabalho?

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Saúde/ Medicina
- ☐ Educação
- ☐ Tecnologias da Informação
- ☐ Serviços Financeiros
- ☐ Indústria/ Manufatura
- ☐ Comércio
- ☐ Governo/ Administração Pública
- ☐ Sem fins lucrativos/ ONG

☐ Outro

Qual é o seu regime de trabalho?

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Tempo integral
- ☐ Tempo parcial

☐ Outro

Qual é o seu tipo de horário de trabalho?

*

Assinale todas as que se aplicam

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Horário flexível
☐ Horário fixo
☐ Trabalho por turnos

Qual é o seu modelo de trabalho principal?

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Trabalho presencial
☐ Trabalho remoto/ home office
☐ Trabalho híbrido (presencial e remoto)

PARTE II - Dados antropométricos

Qual é a sua altura? (valor em centímetros, por exemplo "170").

*

A resposta deve estar entre 50 e 250

Neste campo apenas pode ser introduzido um valor inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Qual é o seu peso atual (kg)? (valor em kg, por exemplo "75,8")

*

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

PARTE III – Ambiente alimentar do local de trabalho

Como costuma realizar as suas refeições durante o dia de trabalho? Por favor, selecione a opção mais frequente:

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Refeitório/ cantina
- ☐ Restaurante/ bar
- ☐ Máquina de venda automática
- ☐ Levo marmita de casa
- ☐ Vou comer a casa
- ☐ Apenas faço lanches rápidos e como no próprio local de trabalho (p. ex. na secretária)
- ☐ Outro

Durante o dia de trabalho, qual a forma mais comum como realiza as suas refeições?

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sozinho(a)
- ☐ Acompanhado(a)/ em grupo

Responda se o seu local de trabalho dispõe ou não de cada um dos seguintes itens:

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não
Refeitório/ cantina	☐	☐
Micro-ondas	☐	☐
Espaço específico para realizar as refeições	☐	☐
Máquinas de venda automática	☐	☐
Estratégias de promoção de alimentação saudável (p. ex. webinars sobre alimentação saudável, oferta de fruta, entre outras)	☐	☐

Avalie o seu grau de satisfação com cada um dos seguintes itens do ambiente alimentar do seu local de trabalho, escolhendo uma das opções numa escala de 1 (= Muito mau) a 5 (= Muito bom).

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1 (Muito mau)	2	3	4	5 (Muito bom)
Oferta alimentar saudável	☐	☐	☐	☐	☐
Preço oferta saudável	☐	☐	☐	☐	☐
Variedade alimentar	☐	☐	☐	☐	☐
Pausas flexíveis para refeições	☐	☐	☐	☐	☐
Tempo de pausa para refeições	☐	☐	☐	☐	☐
Ambiente tranquilo e cómodo durante as refeições (ruído, temperatura ambiente, luminosidade, conforto, com opção de sentar, entre outros)	☐	☐	☐	☐	☐
Ambiente alimentar no geral	☐	☐	☐	☐	☐

PARTE IV – Alimentação

Das seguintes afirmações, qual a que melhor descreve a sua alimentação?

*

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Atualmente não faço uma alimentação saudável e não pretendo fazê-lo nos próximos 6 meses.
- ☐ Atualmente não faço uma alimentação saudável, mas estou a pensar em melhorá-la no próximo mês.
- ☐ Atualmente não faço uma alimentação saudável, mas estou determinado(a) a fazê-lo.
- ☐ Atualmente faço uma alimentação saudável, mas só nos últimos 6 meses.
- ☐ Atualmente faço uma alimentação saudável, há mais de 6 meses.
- ☐ Costumava fazer uma alimentação saudável até há cerca de 1 ano, mas nos últimos meses tenho feito uma alimentação menos saudável.

PARTE V – EAC

[versão para investigação]

PARTE VI – RED-13

[versão para investigação]

PARTE VII – BAS-2

Por favor, indique até que ponto cada uma das afirmações é verdadeira em relação a si, escolhendo uma das seguintes opções: nunca, raramente, às vezes, frequentemente, ou sempre.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Respeito o meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto-me bem com o meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto que o meu corpo tem algumas qualidades.	☐	☐	☐	☐	☐
Tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
Estou atento(a) às necessidades do meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto amor pelo meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
Aprecio as várias características únicas do meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐
O meu comportamento revela a atitude positiva que tenho em relação ao meu corpo; por exemplo, mantenho a cabeça erguida e sorrio.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto-me confortável no meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐

**Sinto-me bonito(a)
mesmo que seja
diferente das imagens
de pessoas atraentes
que aparecem nos
meios de comunicação
social (ex., modelos,
atrizes/atores).**



Muito grata pela sua participação até ao final!

**Relação entre alimentação consciente e o
ambiente alimentar no local de trabalho**

Sónia Alexandra Santos Taboada

SEDE ADMINISTRATIVA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

