

**U. PORTO**



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO  
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Determinantes da escolha alimentar no trabalho: estudo exploratório no  
setor de produção de refeições.**

**Nádia Vieira Faria**

**Porto, 2013**

**Determinantes da escolha alimentar no trabalho: estudo exploratório no  
setor de produção de refeições**

**Determinants of food choice at work: exploratory study in food service**

Nádia Vieira Faria, licenciada em engenharia alimentar.

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto  
(FCNAUP)

Instituto Técnico de Alimentação Humana – ITAU

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ada Rocha, FCNAUP

Coorientador: Mestre Rui Poínhos, FCNAUP

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

2013

## Agradecimentos

Dois anos depois, dou por concluída mais uma etapa da minha vida académica, e quem sabe se a última. Olhando para trás, não posso deixar de me sentir orgulhosa de todo o percurso feito. Comecei na minha cidade natal, Leiria, segui para a "cidade dos estudantes", Coimbra, e terminei numa cidade rica em cultura e história, a "Invicta".

Nada disto teria sido possível sem a preciosa ajuda e apoio dos meus pais Leonel e Fernanda, e da minha irmã Sofia. E é a eles que dedico todo este trabalho. Agradeço tudo o que me permitiram fazer e escolher, os sacrifícios que fizeram para poder terminar os meus estudos.

Um obrigado especial à Sara, "Lala" para os amigos, a minha companheira de casa nestes (quase) 2 anos, que aturou de tudo, e com quem partilhei todos os momentos, ri às gargalhadas, estudei e desesperei.

Às "meninas do mestrado", obrigada à Fatinha, à Sara, à Teresa e à Rita, que sem elas estes dois anos não tinham tido a mesma graça nem seriam tão marcantes.

Sem me esquecer dos meus amigos da maior terra do mundo, Maceira, e em especial aos da melhor de todas, da Pocariça. E ainda aos que me acompanharam nas jornadas na biblioteca, dias a fio.

Por fim, e dos agradecimentos mais importantes, à minha orientadora Dra. Ada Rocha, ao meu coorientador Dr. Rui Poínhos e à Dra. Sónia Mendes. Sem eles não teria sequer começado este trabalho, nem se tinha desenvolvido da forma se desenvolveu. Obrigado por toda a paciência, indicações, ideias, disponibilidade e empenho com que me acompanharam ao longo destes meses.

## Resumo

**Introdução:** Com o aumento do número de refeições realizadas fora de casa, e estando os comportamentos alimentares na etiologia de diversas doenças crónicas não transmissíveis, como a obesidade, o papel da Alimentação Coletiva tem vindo a assumir cada vez mais importância. A preocupação não é apenas com a qualidade das refeições servidas, mas também com o estado de saúde dos seus colaboradores. Os estudos realizados alertam para um elevado número de colaboradores com excesso de peso, associado à mudança de hábitos alimentares após o início de atividade neste setor. **Objetivos:** Avaliar o estado ponderal de colaboradoras do setor de produção de refeições, através do IMC, e compará-lo com dados representativos da população portuguesa. Determinar os fatores que mais influenciam a escolha alimentar das colaboradoras e compará-los com os identificados pela população portuguesa. Relacionar o setor de atividade nas unidades de alimentação com o IMC das colaboradoras. **Metodologia:** Participaram neste estudo 300 colaboradores de unidades de alimentação da zona Norte do país, concessionadas pelo ITAU, incluindo os setores escolar, hospitalar e empresarial. Foi realizada uma entrevista individual a cada colaborador, com base num guião. Cada colaborador foi pesado e medido. Dos 300 colaboradores, 96,3% (n=289) eram do sexo feminino, tendo apenas estes sido considerados na análise dos resultados. 34,6% (n=100) trabalhavam no setor hospitalar, 31,8% (n=92) no setor empresarial e 33,6% (n=97) no setor escolar. **Resultados:** As patologias mais reportadas foram a obesidade (43,9%), a obstipação (21,1%), a hipercolesterolemia e a hipertensão arterial (19,4% cada). Cerca de 60% das colaboradoras apresentava excesso de peso, sendo o IMC

médio de 26,8 kg/m<sup>2</sup>. A função desempenhada no local de trabalho com maior prevalência de excesso de peso foi "Cozinheira ou pasteleira". Verifica-se que valores de IMC mais elevados estão relacionados com menor escolaridade. Os fatores que mais influenciam a escolha alimentar são "Tentar fazer uma alimentação saudável", "Sabor dos alimentos" e "Qualidade e frescura dos alimentos". **Conclusão:** A maioria das colaboradoras de unidades de produção de refeições avaliadas apresenta excesso de peso, com um IMC médio superior ao da população feminina da região Norte. Os dados obtidos parecem indicar que a mudança de hábitos alimentares, que terá acontecido aquando do início de atividade na área da Alimentação Coletiva não justifica o excesso de peso pois a maior parte da amostra estudada declarou não ter aumentado de peso, contrariando os resultados de outros estudos. As patologias mais reportadas pelas colaboradoras diferem das reportadas pela população portuguesa, bem como os fatores que mais influenciam a escolha alimentar o que pode constituir um indicador de que trabalhar neste setor de atividade afeta os determinantes do consumo alimentar bem como o estado de saúde dos trabalhadores.

### **Palavras-Chave**

Setor de produção de refeições; Hábitos alimentares; Índice de massa corporal; Determinantes da escolha alimentar; Patologias; Funções.

## **Abstract**

**Introduction:** With the increase in the number of meals taken away from home, and being the food behaviors in the etiology of chronic non-communicable diseases, as obesity, the role of Food Services has taken and increased importance. The concern is not only about the quality of meals served, but also about employees' health status. The studies already performed reported a large number of women employees with overweight, which has been associated with the change in eating habits after the beginning of activity in this sector. **Objectives:** Evaluate the weight status of women employed in the sector of food production through the BMI and compare it Portuguese population representative data. Determine the factors that influence more the collaborators' food choice and compare them with those identified for the Portuguese population. Relating the activity sector in units of food production with the collaborators' BMI. **Methodology:** 300 employees of food production units' of the North area, with concession by ITAU, participated in this study, including the hospital sector, scholar sector and business sector. It was performed an individual interview to each collaborator, based on a guide. Each collaborator was weighed and measured. Of 300 employees, 96.3% (n = 289) were female, the only sex included in the analysis of the results. 34.6% (n = 100) worked in the hospital sector, 31.8% (n = 92) in the business sector and 33.6% (n = 97) in the school sector. **Results:** Most reported diseases were obesity (43.9%), constipation (21.1%), hypercholesterolemia and hypertension (19.4% each). About 60% of the collaborators were overweighed, being the average BMI 26.8 kg/m<sup>2</sup>. The role played in the workplace with highest rate of overweight was a "cook or pastry

chef". The factors that influenced more food choice are the "trying to make a healthy diet", the "food Flavor" and the "food quality and freshness". **Conclusion:** Most of the collaborators of food production units evaluated are overweighted, presenting a BMI greater than the average of the female population in the northern region. The data seem to indicate that the change of eating habits that happened at the beginning of activity in the Food Service, does not justify the present overweight, because most of the women declared they hadn't increased their weight, contrary to other studies. The pathologies reported more frequently by the collaborators differ from ones more reported by the Portuguese population, as well as the factors that influence more food choice which can be an indicator that working in this sector of activity affects the determinants of dietary intake and workers' health status.

***Keywords***

Food service; Eating habits; Body Mass Index; Determinants of food choice; pathologies; function.

## Índice

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Agradecimentos .....       | iii |
| Resumo .....               | iv  |
| Abstract .....             | vi  |
| Lista de Abreviaturas..... | x   |
| Lista de Tabelas .....     | xi  |
| Introdução .....           | 1   |
| Objetivos .....            | 11  |
| Metodologia.....           | 12  |
| Amostra .....              | 12  |
| Recolha de dados.....      | 13  |
| Materiais e métodos .....  | 14  |
| Análise dos dados .....    | 16  |
| Aspetos éticos .....       | 16  |
| Resultados .....           | 17  |
| Discussão.....             | 27  |
| Limitações do estudo ..... | 33  |
| Conclusões.....            | 34  |
| Referências .....          | 36  |

|               |    |
|---------------|----|
| Anexos .....  | 41 |
| Anexo A ..... | 42 |
| Anexo B ..... | 45 |
| Anexo C ..... | 48 |

## Lista de Abreviaturas

APDL - Administração dos Portos do Douro e Leixões, SA

BMI - *Body Mass Index*

BP - *British Petroleum*

FOOD – *Fighting Obesity through Offer and Demand*

HPP - Hospitais Privados de Portugal

IMC – Índice de Massa Corporal

INED - Instituto de Educação e Desenvolvimento

ITAU – Instituto Técnico de Alimentação Humana

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAT – Programa de Alimentação do Trabalhador

SPCNA - Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UAN – Unidade de Alimentação e Nutrição

## Lista de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Classificação do IMC, segundo a OMS.....  | 15 |
| Tabela 2 – Funções desempenhadas pelas colaboradoras.....  | 18 |
| Tabela 3 – Número de horas de trabalho semanais .....  | 18 |
| Tabela 4 – Prevalência das patologias reportadas pelas colaboradoras inquiridas<br>.....                             | 19 |
| Tabela 5 – Classes de IMC reportado das colaboradoras .....  | 20 |
| Tabela 6 – Distribuição por classes de IMC medido .....  | 20 |
| Tabela 7 – Classes de IMC por nível de escolaridade .....  | 21 |
| Tabela 8 – Distribuição pelas classes de IMC por função .....  | 22 |
| Tabela 9 – Número de refeições feitas diariamente pelos colaboradores .....  | 22 |
| Tabela 10 – Relação entre a prova da comida confeccionada no local de trabalho e<br>o tipo de função.....            | 23 |
| Tabela 11 – Relação do tipo de atividade com a função desempenhada pelo<br>colaborador .....                         | 24 |
| Tabela 12 – Aumento de peso das colaboradoras desde o início da atividade no<br>setor de produção de refeições ..... | 25 |
| Tabela 13 – Determinantes da escolha alimentar que mais influenciam a escolha<br>alimentar das colaboradoras .....   | 26 |

## Introdução

A alimentação é um dos principais pilares de promoção da saúde. A relação entre a alimentação e a saúde do organismo humano exerce profundas repercussões no crescimento, no desenvolvimento e em qualquer atividade que o ser humano exerça <sup>(1)</sup>.

Uma alimentação equilibrada e saudável contribui para o crescimento e desenvolvimento harmonioso dos indivíduos. A prática de hábitos alimentares saudáveis pressupõe o equilíbrio proporcional dos alimentos que a constituem, obedecendo não apenas à qualidade, quantidade e variedade de alimentos consumidos, mas também ao seu modo de confecção <sup>(2)</sup>.

Os hábitos alimentares representam uma combinação de ações que não se restringem apenas aos aspectos quantitativos e qualitativos dos alimentos ingeridos, mas incorporam também a procura e a aquisição de alimentos que precedem o ato de comer e ainda as condições ambientais que acompanham as refeições <sup>(3)</sup>. Estes são formados principalmente durante a infância e tendem a perpetuar-se ao longo de toda a vida, e a sua influência advém de diversos fatores como a influência da família, das escolas e dos meios de informação e comunicação <sup>(3-7)</sup>.

A mudança drástica dos hábitos alimentares, ocorrida nas últimas décadas devido à globalização, caracteriza-se pela redução na prevalência de subnutrição com aumento generalizado da prevalência de excesso de peso <sup>(8)</sup>. Este fato tem sido atribuído, em parte, a mudanças nos padrões de alimentação, evidentes na redução do aporte de hidratos de carbono complexos, fibras, vitaminas e minerais, no aumento da gordura saturada e açúcar e de um desequilíbrio entre o

aporte energético e a energia despendida <sup>(9, 10)</sup>. Associado a uma dieta de elevada densidade energética e nutricionalmente desequilibrada, está um estilo de vida sedentário, com redução da atividade física, o que contribui para a acumulação de massa gorda no organismo. Este é o estilo de vida cada vez mais prevalente nos países ocidentais <sup>(8, 11)</sup>.

A escolha alimentar do ser humano sofre influência de diversos fatores. O meio ambiente envolvente que está relacionado com os recursos disponíveis e com os relacionamentos sociais, bem como a sua história individual <sup>(12)</sup>, a sua personalidade refletida em valores pessoais, visibilidade e preço dos produtos, percepções e crenças, entre muitos outros <sup>(13, 14)</sup>.

Estes e outros fatores podem ser agrupados em conjuntos de determinantes da escolha alimentar <sup>(15)</sup>:

- Determinantes biológicos – Destacam-se os mecanismos de fome e saciedade, paladar e aspetos sensoriais. As necessidades fisiológicas precedem os determinantes básicos da escolha alimentar. Todo o ser humano precisa de energia e nutrientes para sobreviver e satisfazer a fome e saciedade, sendo que a gordura é o nutriente com mais baixo poder de saciedade, os hidratos de carbono (ou glúcidos) têm um poder intermédio e as proteínas o poder mais alto de saciedade, sendo que as dietas de maior densidade energética têm menor efeito saciante <sup>(16)</sup>. O paladar é proporcional ao prazer que se tem ao comer determinado alimento e este vai depender de várias características do alimento, como o sabor (tido como a maior influência do comportamento alimentar), o aroma, a textura e a aparência <sup>(17)</sup>. Sendo assim, estes são os fatores que mais influenciam a escolha espontânea de alimentos.

- Determinantes económicos e físicos – Destacam-se o custo e a acessibilidade dos alimentos e a os conhecimentos dos indivíduos. Os grupos sociais de menor rendimento têm maior tendência para uma alimentação desequilibrada, caracterizada pela baixa ingestão de frutas e hortícolas <sup>(18-22)</sup>. A acessibilidade às lojas e/ou mercados é também um importante fator físico, por estar condicionado por recursos como o transporte e a localização dos locais de venda. Alimentos mais saudáveis tendem a ser mais caros nas cidades do que na periferia <sup>(23)</sup>. Estudos realizados indicam que o grau de escolaridade pode influenciar o comportamento alimentar na idade adulta <sup>(24-30)</sup>. Contudo tem-se verificado que o conhecimento sobre o valor nutricional dos alimentos não está necessariamente associado à adoção de hábitos alimentares adequados <sup>(14, 31, 32)</sup>.
- Determinantes sociais – Os hábitos alimentares são formados e limitados por circunstâncias essencialmente sociais e culturais. São de destacar a influência da classe social, influência cultural, contexto e ambiente sociais. Estudos populacionais demonstram que existem claras diferenças entre classes sociais no que respeita à ingestão de alimentos e aporte nutricional. Dietas desequilibradas podem resultar tanto em sub como em sobrenutrição <sup>(33)</sup>. As influências culturais relacionam-se com a diferença dos hábitos de consumo de determinados alimentos, bem como na forma de confeção, e em alguns casos podem estar relacionados com restrições alimentares autoimpostas. As influências sociais dizem respeito ao impacto que uma ou mais pessoas têm no comportamento alimentar de outros, quer seja indireta (pelo comportamento observado) ou diretamente

(influenciando a aquisição de alimentos), podendo ocorrer de forma consciente ou não. Grande parte das escolhas alimentares têm lugar em casa, devido à confiança e ligação à família e amigos; contudo este é um tipo de influência difícil de quantificar <sup>(15,34)</sup>. A disponibilidade de alimentos saudáveis em casa e fora de casa aumenta o consumo deste tipo de produtos; contudo, o acesso à mesma é limitado noutros ambientes (escolar, profissional,...), nomeadamente para indivíduos com horários de refeições irregulares ou regimes alimentares particulares (e.g. vegetarianos) <sup>(35)</sup>. Especialmente nos locais de trabalho, o acesso a alimentos saudáveis é essencial, sobretudo considerando que a maioria dos trabalhadores passa cerca de metade das horas em que estão acordados no local de trabalho. No entanto, o local de trabalho, ao invés de ser promotor de uma boa alimentação, é frequentemente um obstáculo a uma alimentação adequada. As cantinas, quando existem, frequentemente oferecem refeições pouco saudáveis e pouco variadas; nas máquinas de venda automática são disponibilizadas habitualmente alimentos nutricionalmente pobres e os restaurantes locais podem ser escassos e excessivamente caros <sup>(36)</sup>. O local de trabalho apresenta características que o tornam um local privilegiado para a intervenção de ações de saúde e de promoção de hábitos alimentares saudáveis. Fornecer refeições nutritivas aos trabalhadores pode contribuir para melhorar a qualidade de vida e de trabalho, para além de poder ter efeitos positivos indiretos também para a família do colaborador <sup>(36)</sup>.

- Determinantes psicológicos – O stresse e estados emocionais podem modificar comportamentos que afetam a saúde, como a atividade física e a

escolha alimentar. O impacto destes fatores na alimentação difere entre indivíduos: alguns aumentam a ingestão e outros diminuem-na, como resposta a diferentes fatores psicológicos <sup>(37)</sup>. Alguns estudos demonstram também que se o stresse do trabalho for prolongado ou frequente pode resultar em mudanças adversas da dieta, aumentando a possibilidade de ganho de peso e conseqüentemente o risco de doenças cardiovasculares <sup>(38)</sup>.

A Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, no âmbito de um protocolo de mecenato científico com a Nestlé, desenvolveu recentemente o estudo "Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa", em que um dos objetivos foi identificar os fatores que mais influenciam a escolha alimentar dos adultos portugueses e a sua relação com características sociodemográficas e de saúde <sup>(39)</sup>. Neste estudo foi apresentada uma lista com catorze fatores com influência na escolha alimentar a cada participante, sendo solicitado que escolhessem os três fatores a que davam mais importância. O 'sabor' foi o fator mais escolhido, seguido pelo 'preço' e, em terceiro lugar, 'tentar fazer uma alimentação saudável'. Relativamente aos inquiridos com peso normal, os inquiridos que apresentavam excesso de peso ou obesidade escolheram mais os fatores 'outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que como', 'dieta aconselhada pelo médico' e menos 'alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais' <sup>(39)</sup>.

De facto, os comportamentos e hábitos alimentares assumem um lugar de destaque na etiologia de diversas doenças, cuja prevalência tende a manter-se ou mesmo a aumentar, nomeadamente a obesidade, a *diabetes mellitus*, as doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro, entre outras <sup>(40)</sup>. As doenças crónicas

não transmissíveis são responsáveis por uma taxa de morte prematura 5 a 9 vezes superiores do que as doenças transmissíveis e taxas 10 e 5 vezes maiores de incapacitação, em homens e mulheres, respetivamente <sup>(38)</sup>. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam excesso de peso, e, destes, 300 milhões sofrem de obesidade <sup>(41)</sup>. Perante o aumento de peso, o organismo fica mais suscetível a determinadas doenças, nomeadamente a diabetes *mellitus* tipo 2, hipercolesterolemia, doenças cardíacas, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais, doenças do aparelho urinário, alguns tipos de cancro e problemas psicossociais <sup>(42)</sup>. Cerca de 14% da população portuguesa entre os 18 e os 65 anos de idade é obesa, e ao todo cerca de 54% apresentam excesso de peso <sup>(43)</sup>.

Embora alguns estudos sugiram que determinantes genéticos <sup>(44)</sup> podem explicar alguns casos de obesidade observada, os fatores sociodemográficos e ambientais, tais como os hábitos alimentares, o consumo de álcool e a baixa atividade física justificam provavelmente melhor esta crescente epidemia <sup>(45)</sup>, que representa em Portugal e no mundo não só um importante fenómeno de saúde pública, mas sobretudo um problema com fortes repercussões no sistema de saúde e na economia do país <sup>(46, 47)</sup>.

Em estudos de base populacional, o excesso de peso e a obesidade são frequentemente identificados e avaliados utilizando o Índice de Massa Corporal (IMC) <sup>(48)</sup>, calculado pela relação entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros). O IMC parece ter bom potencial como indicador do estado ponderal em sistemas de vigilância nutricional, sendo que os dados de peso e altura são rotineiramente recolhidos de forma simples <sup>(49)</sup>.

A crescente prevalência do excesso de peso implica a consideração dos diversos fatores que a possam influenciar. A falta de tempo e aptidão para confeccionar refeições e o pouco tempo para comer leva a que cada vez se coma mais vezes fora de casa <sup>(50-52)</sup>. Esta necessidade, bem como a crescente preocupação com a alimentação saudável fez evoluir e crescer o setor da alimentação fora de casa. Este mercado é dividido em alimentação comercial e alimentação coletiva <sup>(53)</sup>.

O Setor da Alimentação Coletiva torna-se a cada dia um mercado mais representativo na economia mundial, sendo que o ritmo de vida moderno contribuiu significativamente para a conquista deste espaço <sup>(54, 55)</sup>. O número de refeições realizadas fora de casa já é bastante significativo em países desenvolvidos da Europa Ocidental e Estados Unidos da América <sup>(56-58)</sup>. Na Europa estima-se que, duas em cada seis refeições são feitas fora de casa e nos EUA, uma em cada duas <sup>(59, 60)</sup>. Na Europa, em 1967, uma em cada sete refeições era feita fora de casa, no início de 1990 este número subiu para uma em cada três refeições. De 1990-2000, o número de refeições feitas em cantinas triplicou, e representa cerca de 30% das refeições feitas fora de casa <sup>(61)</sup>.

Na Europa, a alimentação coletiva ocupa uma posição importante, considerando aspetos económicos e sociais. Desde 2000 apresenta uma taxa de crescimento médio anual de 6,6%, com 600 mil empregos gerados, alcançando 6,3 bilhões de refeições produzidas em 2005 e servindo diariamente refeições a 67 milhões de consumidores <sup>(62)</sup>.

A preocupação com a saúde dos colaboradores tornou-se mais evidente após a consciencialização da relação positiva entre condições de trabalho e saúde, incluindo uma alimentação adequada, produtividade e desempenho nas funções dos trabalhadores nas unidades de alimentação <sup>(63-65)</sup>.

Apesar do conhecimento do estado ponderal dos colaboradores de unidades de alimentação ser fundamental, este ainda é pouco discutido, embora alguns estudos tenham revelado um alto índice de excesso de peso em operadores de Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) <sup>(64-66)</sup>. Segundo Scarparo, Amaro e Oliveira <sup>(67)</sup>, a mudança de hábitos alimentares após o início das atividades nas Unidades de Alimentação Coletiva pode ser um dos fatores relacionados com o aumento de peso e das taxas de excesso de peso dos funcionários. Destaca-se como uma possível causa a frequência alimentar, visto que os horários das refeições variam conforme o ritmo das atividades diárias. Isso aumenta o apetite dos colaboradores, levando-os a consumir alimentos hiperenergéticos ou bebidas açucaradas durante os intervalos, ou a realizar uma refeição hiperenergética ao almoço que forneça energia além das necessidades do organismo <sup>(65)</sup>.

Há que referenciar que no setor de produção de refeições em contexto hospitalar a prevalência de excesso de peso é significativamente maior no sexo feminino que no masculino <sup>(68)</sup>. Este fato pode estar relacionado com a própria distribuição das atividades nas cozinhas e, conseqüentemente, com o acesso aos alimentos. Os homens, em geral, são responsáveis por atividades que exigem maior esforço físico, como higienização, armazenamento e pré-preparação dos alimentos, enquanto as mulheres lidam diretamente com a preparação e a confeitura <sup>(69)</sup>. Desta forma, as mulheres parecem estar mais expostas a alimentos prontos para consumo <sup>(68)</sup>.

Neste contexto, em 1976 no Brasil foi criado o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), pelo Ministério do Trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, reduzir acidentes de trabalho, aumentar a produtividade e prevenir doenças profissionais dos trabalhadores. Paralelamente, visa melhorar

as condições de saúde dos trabalhadores através de uma alimentação saudável e equilibrada que satisfaça as necessidades nutricionais <sup>(70)</sup>. As empresas que aderiram ao PAT salientaram o impacto positivo em relação à sua produtividade, lucro, menor rotatividade, menor absenteísmo, melhoria das relações de trabalho e maior integração entre os trabalhadores <sup>(71)</sup>. No entanto, outros estudos realizados demonstram que os trabalhadores de empresas abrangidos pelo PAT tiveram maior taxa de incidência de ganho de peso e de sobrepeso do que os trabalhadores que não eram abrangidos <sup>(9)</sup>. Este efeito não desejável dos programas de alimentação parece ser decorrente do valor energético excessivo das refeições <sup>(9)</sup>, justificando estudos que visem a compreensão dos aspetos relacionados com os hábitos alimentares neste contexto.

Vários estudos comprovam que as refeições servidas em fábricas eram hiperproteicas, hiperlipídicas, hipoglicídicas e com elevado teor de colesterol <sup>(9,72)</sup>. Embora o padrão de consumo alimentar no local de trabalho possa ser decorrente, fundamentalmente, das diretrizes do PAT, não se pode negligenciar o papel do trabalhador e dos profissionais responsáveis por esses programas. Acrescendo a elevada carga energética das refeições, junta-se o fato da maioria das refeições serem servidas em sistema de 'self-service', sendo que é o trabalhador que define a composição e volume da sua refeição <sup>(73)</sup>.

Boianovsky, um dos responsáveis pela criação do PAT, enumera as vantagens do Programa para os dias atuais, faz considerações sobre o seu aumento quantitativo e qualitativo, no entanto não comenta a questão nutricional <sup>(71, 74)</sup>.

Também na Europa foram concebidos planos de ação para combater o desenvolvimento da obesidade. A nível nacional é de referir o Programa *Fighting Obesity through Offer and Demand* (FOOD; Luta contra a Obesidade através da

Oferta e da Procura), que consiste numa iniciativa criada em 2009 na Europa, com o intuito de promover boas práticas e hábitos alimentares saudáveis em contexto laboral <sup>(75)</sup>.

No entanto, verifica-se globalmente uma grande escassez de estudos realizados nesta área, principalmente no nosso país, e estando comprovada a relação entre excesso de peso e menor rendimento no trabalho e qualidade de vida, pretendeu-se verificar com este trabalho a associação entre excesso de peso e o trabalho no setor de produção de refeições, bem como os determinantes da escolha alimentar com maior prevalência no setor de produção e distribuição de refeições. Deste modo, será possível contribuir para modificar hábitos alimentares dos colaboradores deste setor, com vista a melhorar a sua saúde e bem-estar, e consequentemente o seu rendimento, minimizando assim os custos por parte das unidades de alimentação com os funcionários.

Este estudo foi realizado em colaboração com o Instituto Técnico de Alimentação Humana (ITAU), delegação do Norte. Esta é uma empresa do grupo Trivalor, e foi a primeira empresa com preocupações pedagógicas na área de alimentação racional, e também a primeira a implementar esses conceitos nas suas ementas <sup>(76)</sup>.

O ITAU presta serviços de restauração coletiva transversalmente em todos os segmentos de atividade: empresarial (20%), hospitalar (40%) saúde e social (40%), servindo mais de 1000 clientes, e mais de trinta milhões de refeições por ano. Todos os segmentos foram alvo de avaliação neste estudo <sup>(77)</sup>.

## Objetivos

- Avaliar o estado ponderal das colaboradoras do setor de produção de refeições, através do cálculo do IMC;
- Determinar os fatores que mais influenciam a escolha alimentar das colaboradoras.
- Relacionar o setor de atividade das colaboradoras nas unidades de alimentação com o seu IMC.

Adicionalmente, serão comparados, no âmbito da discussão, os resultados referentes ao IMC das colaboradoras e fatores que mais influenciam a sua escolha alimentar com dados de uma amostra representativa da população portuguesa.

## **Metodologia**

### Amostra

Este é um estudo exploratório, destinando-se a contribuir para trabalhos futuros. O presente estudo transversal foi realizado em parceria com o Instituto Técnico de Alimentação Humana (ITAU), tendo sido entrevistados 300 colaboradores de unidades de alimentação da zona Norte, de 3 setores distintas: escolar, hospitalar e empresarial (100 colaboradores para cada área). Todas as unidades visitadas tinham a concessão do ITAU. Dos 300 entrevistados, 289 (96,3%) são do sexo feminino, e apenas 11 (3,7%) são do sexo masculino. Dado o número reduzido de homens, optou-se por excluí-los da amostra. Assim, foram analisados dados correspondentes a 289 entrevistadas.

As unidades escolares escolhidas foram: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto; Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Instituto Superior de Engenharia do Porto, Escola Superior de Educação do Porto, Escola Superior de Música e Artes do Espetáculo, Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, Colégio Novo da Maia, Colégio dos Carvalhos, Colégio Português, INED, Escola Profissional de Aveiro e a Escola Profissional de Agricultura e Desenvolvimento Rural de Vagos. As unidades hospitalares foram: Hospital Santo António, HPP da Boavista e Hospital da Prelada. Por último, as unidades empresariais: Bosh Aveiro, Bosh Braga, Gestamp, Auto-Sueco Braga, Associação Juvenil A Bogalha, Sapa, Laminar, ITAU, Shamir, Associação

Nacional de Farmácias, BP, APDL, Cantina Municipal do Carvalhido e Câmara Municipal do Porto.

Foi escolhida uma amostra de conveniência das unidades concessionadas pelo ITAU da zona Norte, em função da disponibilidade demonstrada para participação no estudo. Foram convidados a participar no estudo todos os colaboradores que estivessem ligados à produção de refeições, independentemente do tempo de trabalho na área, e se trabalhavam direta ou indiretamente na produção de refeições, incluindo administrativos, nutricionistas, cozinheiros e preparadores. Apesar de, dado o seu carácter exploratório, não ser objetivo do trabalho estudar uma amostra representativa, sempre que aplicável foram avaliados colaboradores dos vários turnos, visando uma maior abrangência de resultados com vista ao delineamento de estudos posteriores.

### Recolha de dados

Cada colaborador foi entrevistado individualmente, numa área reservada, apenas na presença da entrevistadora. Na entrevista foi usado um guião desenhado propositadamente para este estudo (**Anexo A**).

Previamente ao início da realização das entrevistas foram realizados entrevistas piloto a 6 funcionários de uma unidade de alimentação. A realização de entrevistas piloto teve por objetivos a verificação da adequação do guião e a uniformização de procedimentos. Posteriormente a essas entrevistas, e previamente à sua aplicação aos participantes no estudo, o guião foi adequado, de acordo com as dificuldades e dúvidas evidenciadas.

## Materiais e métodos

As entrevistas foram realizadas entre Novembro de 2012 e Março de 2013, tendo cada entrevista uma duração aproximada de 8 minutos. A entrevista versava os seguintes tópicos (**Anexo B**):

- a) Questões demográficas (idade, sexo), o setor de atividade (escolar, hospitalar ou empresarial), último ano de escolaridade completo, número de anos de trabalho na área;
- b) Lista de possíveis patologias reportadas pelo entrevistado (obesidade/ excesso de peso, diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, doença cardiovascular, anemia, hiperuricemia/ gota e obstipação);
- c) A categoria profissional, a função desempenhada e o número de horas de trabalho semanais;
- d) O número de vezes que come durante o dia, se prova os alimentos confeccionados na unidade aquando a sua confeção, o tipo de atividade predominante durante o trabalho (maior parte do tempo sentado, maior parte do tempo em pé e no mesmo sítio, maior parte do tempo em pé com várias deslocções), se notou aumento de peso desde o início da atividade;
- e) Lista de 14 fatores que influenciam a escolha alimentar (hábito ou rotina; sabor dos alimentos; preço dos alimentos; controlar o peso; disponibilidade de alimentos; apresentação ou embalagem; dieta aconselhada pelo médico; outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como; alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais; conteúdo em aditivos, corantes e conservantes; as minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas; facilidade ou

conveniência de preparação; tentar fazer uma alimentação saudável; qualidade ou frescura dos alimentos), da qual apenas podiam escolher três fatores <sup>(38)</sup>.

Os colaboradores foram questionados quanto o seu peso e altura (auto-reportado), seguindo-se a medição destes parâmetros. Para este efeito, todos os colaboradores foram pesados com a farda de trabalho (sem casacos de proteção térmica) e sem sapatos, e medidos sem sapatos e segundo o plano de Frankfurt. Para efetuar as pesagens e medições realizadas aquando as entrevistas, foi utilizada uma balança analógica simples da marca *Soehnle* e um estadiómetro de madeira simples, respetivamente. O valor da altura e do peso auto-reportado, assim como da altura e do peso medidos, constituíram a base para o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) reportado e IMC medido, respetivamente.

O IMC é expresso pela relação entre o peso (quilogramas) e a altura (metros) ao quadrado, com o objetivo de obter uma classificação do estado ponderal, a qual foi feita de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS;

**Tabela 1).**

**Tabela 1 – Classificação do IMC, segundo a OMS**

| IMC (kg/m <sup>2</sup> )     | Classificação                 |
|------------------------------|-------------------------------|
| <b>Abaixo de 18,5</b>        | Magreza                       |
| <b>18,5 a 24,9</b>           | Normoponderabilidade          |
| <b>25,0 a 29,9</b>           | Sobrecarga ponderal           |
| <b>30,0 a 34,9</b>           | Obesidade grau I              |
| <b>35,0 a 39,9</b>           | Obesidade grau II             |
| <b>Maior ou igual a 40,0</b> | Obesidade grau III ou mórbida |

## Análise dos dados

A análise dos resultados foi dividida em duas partes, numa primeira parte foi feita uma análise geral, e numa segunda parte a análise foi feita por setor de atividade: hospitalar, empresarial ou escolar. A comparação entre setores foi feita com carácter descritivo, de modo a potenciar a estruturação de estudos futuros.

Apesar de nas entrevistas terem sido recolhidos dados sobre a categoria profissional e a função desempenhada pelo colaborador, apenas foram analisados os dados relativos à função desempenhada, pois em muitos dos casos a categoria profissional (atividade) não corresponde à função desempenhada, sendo objetivo do presente trabalho a análise com base na função e não na atividade prescrita, categoria profissional ou cargo atribuído.

A análise estatística foi descritiva, consistindo no cálculo de frequências (absolutas e relativas), médias e medianas, tendo sido efetuada no programa SPSS versão 20.0 para Windows.

## Aspetos éticos

Este estudo foi aprovado pela diretoria do Instituto Técnico de Alimentação Humana (ITAU) e seguiu as recomendações da sétima revisão da Declaração de Helsínquia. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e os métodos a usar. Foi obtido o consentimento de todos os participantes, tendo sido garantido o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

## Resultados

Das 289 colaboradoras, 100 (34,6%) pertencem ao setor hospitalar, 92 (31,8%) ao setor empresarial e 97 (33,6%) ao setor escolar. A mediana das idades é de 42 anos, sendo a idade máxima de 63 anos e a idade mínima de 20 anos. Setenta e uma colaboradoras (24,6%) tinham escolaridade igual ou inferior ao 4.º ano (mínimo: 2.º ano de escolaridade), 47 (16,3%) tinham completado o 6.º ano, 91 (31,5%) concluíram o 9.º ano, 58 (20,1%) concluíram o ensino secundário e as restantes 22 (7,6%) possuíam licenciatura ou mestrado. A média de anos de trabalho na área de produção de refeições é de 12 anos, sendo o número máximo de 45 anos de trabalho, e o mínimo de 2 semanas.

Para a análise da função desempenhada pelos colaboradores, as mesmas foram agrupadas com base nas suas semelhanças em termos de espaço de trabalho, responsabilidade, características da função. Deste modo, as cerca de três dezenas de funções foram agrupadas em 8 grupos distintos (**Tabela 2**). Pode-se verificar que quase metade da amostra tem como função desempenhada "empregada de bar, de cafetaria, de copa ou de refeitório", seguindo-se a função de "empregada de distribuição personalizada de alimentos" (correspondentes unicamente a respondentes da área hospitalar) e depois a função de "cozinheira ou pasteleira".

Tabela 2 – Funções desempenhadas pelas colaboradoras

| Função desempenhada  | n   | %    |
|--|-----|------|
| Empregada de bar, de cafetaria, de copa, de refeitório             | 127 | 43,9 |
| Empregada de distribuição personalizada de alimentos               | 51  | 17,6 |
| Cozinheira ou pasteleira   | 42  | 14,5 |
| Dispenseira, encarregada ou sub-encarregada                        | 23  | 8,0  |
| Administrativas e afins  | 18  | 6,2  |
| Nutricionista ou dietista (ou estagiária de uma destas atividades) | 13  | 4,5  |
| Ajudante de cozinha ou preparadora de alimentos                    | 11  | 3,8  |
| Chefe de copa ou de cozinha  | 4   | 1,4  |

Aproximadamente 90% das colaboradoras trabalham 8 horas diárias, perfazendo 40 horas semanais, sendo que algumas trabalham por turnos, nomeadamente as colaboradoras do setor hospitalar que trabalham dois dias e descansam dois. Na sua maioria, as que trabalham menos horas diariamente estão em regime de tempo parcial. O menor número de horas por semana registado foi de 10 horas e o máximo foi de 50 horas semanais (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Número de horas de trabalho semanais

| Número de horas/semana | n          | %           |
|------------------------|------------|-------------|
| [10 a 20 [             | 3          | 1           |
| [20 a 30 [             | 12         | 4,2         |
| [30 a 40 [             | 7          | 2,4         |
| 40                     | <b>262</b> | <b>90,7</b> |
| > 40                   | 5          | 1,7         |

Relativamente às patologias, a obesidade é a mais prevalente com mais de 40% das colaboradoras a reportarem-na, seguindo-se a obstipação, a hipercolesterolemia e a hipertensão arterial (**Tabela 4**). Analisando estes dados por setor, verificam-se, entre outras discrepâncias uma maior prevalência de obesidade no setor empresarial e uma menor prevalência de obstipação no escolar.

**Tabela 4 – Prevalência das patologias reportadas pelas colaboradoras inquiridas**

|   | Patologia                       | Total (%) | Setores (%) |             |             |
|---|---------------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|
|   |                                 |           | Hospitalar  | Escolar     | Empresarial |
| 1 | <b>Obesidade</b>                | 43,9      | 42,0        | 40,2        | <b>50,0</b> |
| 2 | <b>Obstipação</b>               | 21,1      | <b>25,0</b> | 15,5        | <b>22,8</b> |
| 3 | <b>Hipercolesterolemia</b>      | 19,4      | <b>21,0</b> | <b>19,6</b> | 18,5        |
| 4 | <b>Hipertensão Arterial</b>     | 19,4      | <b>21,0</b> | 18,6        | 18,5        |
| 5 | <b>Hipertrigliceridemia</b>     | 6,9       | <b>10,0</b> | <b>8,2</b>  | 2,2         |
| 6 | <b>Anemia</b>                   | 5,2       | 4,0         | 3,1         | <b>8,7</b>  |
| 7 | <b>Diabetes</b>                 | 5,2       | 6,0         | 1,0         | <b>8,7</b>  |
| 8 | <b>Doenças Cardiovasculares</b> | 4,8       | <b>6,0</b>  | <b>5,2</b>  | 3,3         |
| 9 | <b>Hiperuricemia</b>            | 2,4       | <b>5,0</b>  | 1,0         | 1,1         |

Na **Tabela 5** apresenta-se a distribuição por classes de IMC calculado com base no peso e altura auto-reportados. Verifica-se que em qualquer um dos setores a maior proporção de respondentes se classifica como normoponderal.

**Tabela 5 – Classes de IMC reportado das colaboradoras**

| Classes de IMC  | Total (%)   | Setores (%) |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   |             | Hospitalar  | Escolar     | Empresarial |
| Magreza (< 18,5 kg/m <sup>2</sup> )                   | 1,4         | 2,0         | 1,0         | 1,1         |
| Normoponderabilidade (18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup> ) | <b>48,4</b> | <b>52,0</b> | <b>43,3</b> | <b>50,0</b> |
| Sobrecarga ponderal (25,0 a 29,9 kg/m <sup>2</sup> )  | 31,8        | 26,0        | 38,1        | 31,5        |
| Obesidade grau I (30,0 a 34,9 kg/m <sup>2</sup> )     | 14,9        | 15,0        | 14,4        | 15,2        |
| Obesidade grau II (35,0 a 39,9 kg/m <sup>2</sup> )    | 2,4         | 4,0         | 2,1         | 1,1         |
| Obesidade grau III (≥ 40,0 kg/m <sup>2</sup> )        | 1,0         | 1,0         | 1,0         | 1,1         |

A distribuição do IMC (medido) pelas várias classes, segundo a classificação da OMS, pode ser analisada na **Tabela 6**. A classe de IMC com maior proporção de colaboradores é a correspondente à normoponderabilidade, exceto no caso do setor escolar em que maior proporção apresenta sobrecarga ponderal. No entanto, a maioria das colaboradoras apresenta excesso de peso.

**Tabela 6 – Distribuição por classes de IMC medido**

| Classes de IMC  | Total (%)   | Setores (%) |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   |             | Hospitalar  | Escolar     | Empresarial |
| Magreza (< 18,5 kg/m <sup>2</sup> )                   | 0,7         | 1,0         | 0,0         | 1,1         |
| Normoponderabilidade (18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup> ) | <b>40,5</b> | <b>45,0</b> | 33,0        | <b>43,5</b> |
| Sobrecarga ponderal (25,0 a 29,9 kg/m <sup>2</sup> )  | 36,3        | 33,0        | <b>47,4</b> | 28,3        |
| Obesidade grau I (30,0 a 34,9 kg/m <sup>2</sup> )     | 17,0        | 15,0        | 13,4        | 22,8        |
| Obesidade grau II (35,0 a 39,9 kg/m <sup>2</sup> )    | 4,2         | 4,0         | 5,2         | 3,3         |
| Obesidade grau III (≥ 40 kg/m <sup>2</sup> )          | 1,4         | 2,0         | 1,0         | 1,1         |

Relacionando o IMC com a escolaridade, pode-se verificar que a proporção de colaboradoras normoponderais aumenta com a escolaridade (**Tabela 7**).

**Tabela 7 – Classes de IMC por nível de escolaridade**

| Nível de escolaridade             | Classes de IMC (kg/m <sup>2</sup> ) |             |           |             |           |        |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------|
|                                   | < 18,5                              | 18,5 a 24,9 | 25 a 29,9 | 30,0 a 34,9 | 35 a 39,9 | ≥ 40,0 |
| 4.º ano ou inferior (n = 71)      | 0,0%                                | 23,9%       | 49,3%     | 15,5%       | 5,6%      | 5,6%   |
| 6.º ano completo (n = 47)         | 0,0%                                | 38,3%       | 34,0%     | 23,4%       | 4,3%      | 0,0%   |
| 9.º ano completo (n = 91)         | 1,1%                                | 40,7%       | 34,1%     | 19,8%       | 4,4%      | 0,0%   |
| 12.º ano completo (n = 58)        | 0,0%                                | 48,3%       | 32,8%     | 15,5%       | 3,4%      | 0,0%   |
| Licenciatura ou mestrado (n = 22) | 4,5%                                | 77,3%       | 18,2%     | 0,0%        | 0,0%      | 0,0%   |

Relacionando a função desempenhada com as classes de IMC, pode-se verificar que as funções desempenhadas na unidade que apresentam maior proporção de colaboradoras com excesso de peso são "Cozinheira ou pasteleira", "Empregada de bar, de cafeteria, de copa, de refeitório" e "Ajudante de cozinha e preparadora de alimentos" (**Tabela 8**). As funções apresentam-se por ordem decrescente de proporção de normoponderabilidade.

**Tabela 8 – Distribuição pelas classes de IMC por função**

| Função desempenhada  | Classes de IMC (kg/m <sup>2</sup> ) |             |           |             |           |        |
|--|-------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------|
|  | < 18,5                              | 18,5 a 24,9 | 25 a 29,9 | 30,0 a 34,9 | 35 a 39,9 | ≥ 40,0 |
| Chefe de copa ou de cozinha  | 0,0                                 | 75,0        | 0,0       | 25,0        | 0,0       | 0,0    |
| Administrativas e afins  | 5,6                                 | 72,2        | 5,6       | 16,7        | 0,0       | 0,0    |
| Nutricionista ou dietista (ou estagiária de uma destas atividades) | 0,0                                 | 69,2        | 30,8      | 0,0         | 0,0       | 0,0    |
| Empregada de distribuição personalizada de alimentos               | 2,0                                 | 52,9        | 35,3      | 7,8         | 2,0       | 0,0    |
| Despenseira, encarregada ou sub-encarregada                        | 0,0                                 | 52,2        | 30,4      | 17,4        | 0,0       | 0,0    |
| Ajudante de cozinha ou preparadora de alimentos                    | 0,0                                 | 36,4        | 36,4      | 18,2        | 9,1       | 0,0    |
| Empregada de bar, de cafetaria, de copa, de refeitório             | 0,0                                 | 32,3        | 42,5      | 19,7        | 2,4       | 3,1    |
| Cozinheira ou pasteleira   | 0,0                                 | 19,0        | 40,5      | 26,2        | 14,3      | 0,0    |

Mais de metade das colaboradoras faz menos refeições diárias que o recomendado (5 refeições por dia) <sup>(68)</sup>, sendo que mais de 40% fazem apenas 4 refeições diariamente (**Tabela 9**).

**Tabela 9 – Número de refeições feitas diariamente pelos colaboradores**

| N.º de refeições diárias | n   | %    |
|--------------------------|-----|------|
| <b>2</b>                 | 4   | 1,4  |
| <b>3</b>                 | 41  | 14,2 |
| <b>4</b>                 | 120 | 41,5 |
| <b>5</b>                 | 71  | 24,6 |
| <b>6</b>                 | 43  | 14,9 |
| <b>7</b>                 | 8   | 2,8  |
| <b>10</b>                | 1   | 0,3  |
| <b>12</b>                | 1   | 0,3  |

De todas as colaboradoras, apenas 26% provam a comida confeccionada no local de trabalho, sendo que as maiores proporções correspondem a chefes de copa ou de cozinha, cozinheiras ou pasteleiras e nutricionistas ou dietistas (**Tabela 10**). As funções apresentam-se por ordem decrescente de proporção de provadoras.

**Tabela 10 – Relação entre a prova da comida confeccionada no local de trabalho e o tipo de função**

| Prova a comida confeccionada | n          | %           | Função desempenhada pelo colaborador                               | % que prova por função |
|------------------------------|------------|-------------|--|------------------------|
|                              |            |             |  |                        |
| <b>Sim</b>                   | <b>75</b>  | <b>26,0</b> | Chefe de copa ou de cozinha  | 50,0                   |
|                              |            |             | Cozinheira ou pasteleira   | 47,6                   |
|                              |            |             | Nutricionista ou dietista (ou estagiária de uma destas atividades) | 46,2                   |
|                              |            |             | Dispenseira, encarregada ou sub-encarregada                        | 39,1                   |
|                              |            |             | Ajudante de cozinha ou preparadora de alimentos                    | 36,4                   |
|                              |            |             | Empregada de bar/ de cafeteria / de copa/ de refeitório            | 22,0                   |
|                              |            |             | Administrativas e afins  | 16,7                   |
|                              |            |             | Empregada de distribuição personalizada de alimentos               | 5,9                    |
| <b>Não</b>                   | <b>214</b> | <b>74,0</b> |  |                        |

A atividade das colaboradoras é caracterizada pela maioria como 'a deslocar-se de um lado para o outro'. Das colaboradoras que passam a maior parte do tempo a movimentarem-se, cerca de metade são empregadas de bar, cafeteria, copa ou

de refeitório, e das que passam a maior parte do tempo sentadas, mais de 60% são administrativas e afins (**Tabela 11**).

**Tabela 11 – Relação do tipo de atividade com a função desempenhada pelo colaborador**

| <b>Tipo de atividade</b>                                  | <b>n</b>   | <b>%</b>    | <b>Função desempenhada</b>   | <b>% (de entre o tipo de atividade)</b> |
|---|------------|-------------|--|---|
| <b>Maior parte do tempo em pé de um lado para o outro</b> | <b>243</b> | <b>84,1</b> | Empregada de bar/ de cafeteria / de copa/ de refeitório            | 51,4                                    |
|   |            |             | Empregada de distribuição personalizada                            | 21,0                                    |
|   |            |             | Cozinheira ou pasteleira   | 16,5                                    |
|   |            |             | Dispenseira, encarregada ou sub-encarregada                        | 4,9                                     |
|   |            |             | Ajudante de cozinha ou preparadora de alimentos                    | 2,9                                     |
|   |            |             | Nutricionista ou dietista (ou estagiária de uma destas atividades) | 2,1                                     |
|   |            |             | Chefe de copa ou de cozinha  | 1,4                                     |
| <b>Maior parte do tempo sentado</b>                       | <b>26</b>  | <b>9,0</b>  | Administrativas e afins  | 61,5                                    |
|   |            |             | Nutricionista ou dietista (ou estagiária de uma destas atividades) | 19,2                                    |
|   |            |             | Dispenseira, encarregada ou sub-encarregada                        | 19,2                                    |
| <b>Maior parte do tempo em pé e raramente me desloco</b>  | <b>20</b>  | <b>6,9</b>  | Dispenseira, encarregada ou sub-encarregada                        | 30,0                                    |
|   |            |             | Ajudante de cozinha ou preparadora de alimentos                    | 20,0                                    |
|   |            |             | Nutricionista ou dietista (ou estagiária de uma destas atividades) | 15,0                                    |
|   |            |             | Cozinheira ou pasteleira   | 10,0                                    |
|   |            |             | Administrativas e afins  | 10,0                                    |
|   |            |             | Empregada de bar/ de cafeteria / de copa/ de refeitório            | 10,0                                    |
|   |            |             | Chefe de copa ou de cozinha  | 5,0                                     |

Cerca de três quartos das colaboradoras negaram ter aumentado de peso desde que iniciaram trabalho no setor de produção de refeições (**Tabela 12**), não se verificando grandes discrepâncias entre setores.

**Tabela 12 – Aumento de peso das colaboradoras desde o início da atividade no setor de produção de refeições**

| Aumento de peso desde o início do trabalho na área de produção de refeições | Frequência (n) | %           | Setores (%) |             |             |
|---|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   |                |             | Hospitalar  | Escolar     | Empresarial |
| <b>Sim</b>  | 74             | 25,6        | 27,0        | 22,7        | 27,2        |
| <b>Não</b>  | <b>215</b>     | <b>74,4</b> | <b>73,0</b> | <b>77,3</b> | <b>72,8</b> |

Quanto aos fatores que mais influenciam a escolha alimentar das colaboradoras no setor de produção de refeições, o mais escolhido foi "Tentar fazer uma alimentação saudável", seguido do "Sabor dos alimentos" e da "Qualidade e frescura dos alimentos" (**Tabela 13**). Analisando estes dados por setor, salienta-se a menor proporção de escolha de 'tentar fazer uma alimentação saudável' no setor escolar e de 'controlar o peso' e 'disponibilidade de alimentos' no setor hospitalar, sendo que neste setor também se registra uma maior proporção de escolha do fator 'apresentação ou embalagem'.

**Tabela 13 – Determinantes da escolha alimentar que mais influenciam a escolha alimentar das colaboradoras**

|    | Determinantes da escolha alimentar                          | Total (%) | Setores (%) |         |             |
|----|---|-----------|-------------|---------|-------------|
|    |   |           | Hospitalar  | Escolar | Empresarial |
| 1  | Tentar fazer uma alimentação saudável                       | 58,5      | 62,0        | 52,6    | 60,9        |
| 2  | Sabor dos alimentos   | 52,6      | 55,0        | 50,5    | 52,2        |
| 3  | Qualidade e frescura dos alimentos                          | 31,1      | 33,0        | 29,9    | 30,4        |
| 4  | Preço dos alimentos   | 29,8      | 31,0        | 28,9    | 29,3        |
| 5  | Controlar o peso  | 28,4      | 23,0        | 30,9    | 31,5        |
| 6  | Hábito ou rotina  | 21,5      | 21,0        | 20,6    | 22,8        |
| 7  | Disponibilidade de alimentos                                | 18,0      | 11,0        | 22,7    | 20,7        |
| 8  | Apresentação ou embalagem                                   | 18,0      | 23,0        | 18,6    | 12,0        |
| 9  | Facilidade ou conveniência de preparação                    | 13,8      | 13,0        | 13,4    | 15,2        |
| 10 | Dieta aconselhada pelo médico                               | 10,0      | 13,0        | 8,2     | 8,7         |
| 11 | Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais         | 8,0       | 8,0         | 11,3    | 4,3         |
| 12 | Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes               | 5,5       | 5,0         | 6,2     | 5,4         |
| 13 | Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como | 3,1       | 2,0         | 5,2     | 2,2         |
| 14 | As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas           | 1,7       | 0,0         | 1,0     | 4,3         |

## Discussão

Este estudo incidiu na avaliação do estado ponderal das colaboradoras do setor da produção de refeições e nos determinantes que mais influenciam a sua escolha alimentar. Em Portugal ainda não tinha sido feito qualquer estudo relativamente às colaboradoras desta área, havendo por isso uma grande escassez de dados. Um dos pontos fortes deste trabalho é o seu tamanho amostral, superior ao da generalidade dos estudos realizados noutros países em amostras com características semelhantes <sup>(67, 68, 71)</sup>.

Quase a totalidade dos indivíduos inicialmente entrevistados eram do sexo feminino (96,3%), o que demonstra a maior solicitação de mão-de-obra feminina neste setor de atividade. Em geral, os estudos realizados nesta área concentram-se em ambientes hospitalares, havendo uma prevalência de colaboradores do sexo feminino. Isosaki et al <sup>(79)</sup> encontrou num hospital a prevalência de 81% (n = 93) de colaboradores do sexo feminino, e Boclin et Blank <sup>(80)</sup> encontraram em oito hospitais a prevalência de 68,5% (n = 137) de colaboradores do sexo feminino.

As idades das colaboradoras oscilam entre os 20 e os 63 anos, o que abrange quase todas as idades desde o início de trabalho legal (18 anos) até à idade de reforma. Esta amplitude de idades pode estar relacionada com as diferentes funções exercidas nas unidades, que requerem diferentes aptidões e movimentos. Algumas funções requerem mais agilidade, como a distribuição personalizada de alimentos pelos pisos do hospital que será feita por colaboradoras mais jovens, e outras funções como a de cozinheira requerem prática e anos de trabalho. Este fato pode ainda estar relacionado com a baixa rotatividade verificada. A média de anos de trabalho na área é de 12 anos, sendo o máximo de 45 anos, o que indica

que, contrariamente à tendência desde setor, há uma baixa rotatividade das colaboradoras <sup>(81)</sup>. Este fato pode dever-se a uma maior preocupação com as condições de trabalho dos colaboradores por parte da empresa responsável, no sentido de melhor e maior adaptação dos postos de trabalho aos colaboradores. Desta forma, tende a diminuir a incidência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, os colaboradores ficam mais satisfeitos com as condições existentes, gerando um melhor ambiente de trabalho o que contribui para um aumento de produtividade <sup>(82)</sup>.

Um estudo feito recentemente no Brasil concluiu que 42,2% dos colaboradores do setor de alimentação coletiva tinha os primeiros 9 anos de ensino completos e incompletos e 39,2% tinha o ensino secundário completo e incompleto <sup>(81)</sup>. No presente estudo a percentagem de colaboradores com os primeiros 9 anos de escolaridade completos e incompletos é de 72,3% e a percentagem de colaboradores com o ensino secundário completo e incompleto é de 20,1%, o que indica que a maioria dos colaboradores não iniciou o ensino secundário, ficando apenas pelo ensino básico. A escassez de estudos sobre os trabalhadores do setor de alimentação coletiva dificulta comparações, particularmente em relação à escolaridade, que é sempre apontada como uma dificuldade para o estabelecimento da qualidade do setor <sup>(65, 83)</sup>.

A patologia mais reportada foi a obesidade, seguida da obstipação, da hipercolesterolemia e da hipertensão arterial. Tanto a hipercolesterolemia como a hipertensão arterial são doenças relacionadas com o aumento de peso <sup>(42)</sup>. O fato de a obstipação ser a segunda patologia mais prevalente nas colaboradoras de produção de refeições pode estar associado a uma baixa ingestão de água, e a uma alimentação desequilibrada, pobre em fibras, o que pode ser consequência

das exigências deste setor, nomeadamente as possibilidades de efetuar uma alimentação regrada em termos de horários e composição <sup>(65)</sup>. Comparando com um estudo realizado numa amostra representativa da população portuguesa, em ambos os sexos <sup>(84)</sup>, em que a obesidade não fazia parte da lista de patologias, as patologias mais reportadas (hipertensão e hipercolesterolemia), em geral, são diferentes das encontradas neste estudo. Dado que a obesidade não constava da lista de patologias inquiridas, sobressai como principal diferença a maior referência à obstipação por parte da nossa amostra, atrás explicada.

A maioria das colaboradoras tem excesso de peso. A maior prevalência de excesso de peso tendo por base o IMC medido está de acordo com uma revisão de literatura em 2003 <sup>(78)</sup> e com um estudo da SPCNA, realizado numa amostra da população portuguesa em 2011 <sup>(85)</sup>. Este fato pode ser justificado pela desejabilidade social levar a uma subestimação do próprio peso <sup>(86)</sup>. Comparando com os dados de IMC da população feminina da região Norte do país <sup>(84)</sup>, quer de IMC medido como de IMC auto-reportado, verifica-se que os valores da nossa amostra são superiores. Na região norte, o valor médio de IMC medido no sexo feminino foi de 23,7 kg/m<sup>2</sup> (dp = 3,1), e o valor médio de IMC auto-reportado foi de 23,3 kg/m<sup>2</sup> (dp = 3,1). Comparativamente à população portuguesa, o mesmo estudo conclui que apenas 30% da amostra do sexo feminino tem excesso de peso, aproximadamente metade da percentagem encontrada no presente estudo (58,9%), e 67,8% são normoponderais, valor também bastante distante dos 40,5% encontrados neste estudo.

Apesar de a comparação entre setores ser utilizada sobretudo a título descritivo, alguns dados merecem ser evidenciados. O setor escolar é o setor que apresenta uma maior percentagem de colaboradoras com excesso de peso, seguindo-se o

setor empresarial. Para além disso, ao relacionar os valores de IMC com os níveis de escolaridade, os dados encontrados vão ao encontro dos resultados prévios: o risco de desenvolver obesidade é maior em indivíduos de menor escolaridade <sup>(86)</sup>. Uma possível explicação para estes dados poderá ser o fato de as colaboradoras menos escolarizadas serem detentoras de menos conhecimentos acerca da saúde e alimentação <sup>(29, 30)</sup>. Podem ainda ser justificados com o fato de tendo ordenados mais baixos, adquirem alimentos mais baratos e que tendem a ser os mais densamente energéticos <sup>(21)</sup>.

As funções 'cozinheira ou pasteleira' apresentaram maior prevalência de excesso de peso, seguidas da função de 'empregada de bar, de cafetaria, de copa, de refeitório'. Estes resultados podem ser justificados pelo primeiro grupo lidar com alimentos que estão a ser confeccionados, estando portanto, prontos para o consumo <sup>(68, 69)</sup>, e por estas funções exigirem a prova do alimento que está a ser cozinhado.

A elevada prevalência de excesso de peso é uma característica das colaboradoras do setor da Alimentação Coletiva nos três setores estudados <sup>(65, 68, 71)</sup>. Para Scarparo, Amaro e Oliveira <sup>(65)</sup>, a mudança de hábitos alimentares após o início da atividade nestas unidades pode ser considerada um dos fatores relacionados com o ganho de peso e aumento de excesso de peso dos funcionários, visto as horas das refeições estarem dependentes da intensidade e ritmo do trabalho, e ao passarem muitas horas sem comer as colaboradoras ficarem mais predispostas a ingerir refeições hiperenergéticas. No entanto, neste estudo exploratório, apenas cerca de um quarto das colaboradoras relatou ter aumentado de peso desde o início da atividade em unidades de alimentação coletiva, sendo que a maioria das colaboradoras com excesso de peso já se encontraria nessa condição quando

iniciou atividade. Dos hábitos desadequados salienta-se o número médio de refeições diárias realizado. Segundo Ravasco, Ferreira e Camilo <sup>(87)</sup>, são recomendadas no mínimo, 5 refeições diárias. No entanto na amostra em estudo, a maioria das colaboradoras realizam apenas 4 refeições diárias. Contudo, tendo em conta o ritmo de trabalho das unidades de alimentação será difícil atingir o número de refeições recomendado.

O fato de provar a comida durante a confeção na unidade, ou após a sua confeção, poderia ser também um fator que influenciava a prevalência de excesso de peso das colaboradoras, visto que provavam alimentos nos intervalos das refeições <sup>(65)</sup>; no entanto, apenas cerca de um quarto das colaboradoras relatou que prova a comida aquando da sua confeção.

Por último, o fato de as funções das colaboradoras serem monótonas ou realizadas sempre no mesmo sítio poderia também influenciar a prevalência de excesso de peso. Contudo, verifica-se que a maioria refere que a função desempenhada é 'em pé e a deslocar-se de um lado para o outro'. Na função 'empregada de bar, de cafetaria, de copa, de refeitório', as colaboradoras são polivalentes, desempenhando diferentes tarefas, com a exceção da confeção, e na função 'empregada de distribuição personalizada de alimentos' as colaboradoras fazem a distribuição das refeições pelos vários pisos dos hospitais. Tendo em conta estas características de atividade, não se pode considerar a falta de movimentação durante as horas laborais (maioritariamente 8 horas diárias) como um fator relacionado com o excesso de peso. No entanto, não foi avaliada a prática de atividade física fora do local de trabalho, podendo estas colaboradoras ter uma baixa prática de atividade física por considerarem que já fazem a suficiente durante as horas laborais.

Os fatores reportados que mais influenciam a escolha alimentar das colaboradoras foram 'Tentar fazer uma alimentação saudável', seguido do 'Sabor dos alimentos' e em terceiro lugar, 'Qualidade e frescura dos alimentos'. É possível que as colaboradoras tenham percepção do seu peso e das poucas refeições que conseguem fazer devido às exigências do trabalho neste setor e, conseqüentemente, tentem fazer uma alimentação saudável e equilibrada para contrariar a tendência de aumento de peso. Devido ao facto de manusearem alimentos no seu dia-a-dia, tentarão conciliar o sabor, qualidade e frescura dos mesmos aquando das suas refeições. Neste contexto, o valor monetário dos alimentos passa a apresentar menor importância relativa. É um bom indicador o facto de as colaboradoras valorizarem a qualidade dos alimentos, a qual está diretamente relacionado com a segurança alimentar, de modo a esta ser mais referida como importante do que o preço, a disponibilidade ou a apresentação. Tal pode resultar de já terem recebido formação específica na área, sendo que estão mais alerta para os cuidados inerentes à produção de alimentos.

No estudo realizado pela SPCNA <sup>(39)</sup>, o fator mais escolhido como determinante da escolha alimentar foi o 'sabor dos alimentos', seguido do 'tentar fazer uma alimentação saudável' em terceiro lugar o 'preço dos alimentos'. A diferença de fatores escolhidos, bem como a sua ordenação, pode estar relacionada com o setor profissional dos inquiridos, assim como à sua condição económica. Para alguém que não tenha contacto regular com alimentos e com a sua confeção ou que não tenha formação na área, o fator primordial de aceitação e escolha quando prova algo será o seu sabor. Apenas se a apreciação desta característica for favorável irá considerar as outras variáveis, particularmente as relacionadas com uma alimentação saudável. Esta é outra grande preocupação, e que apesar

de estar em segundo lugar, leva a crer que a população estará sensibilizada para a prática de uma alimentação saudável e dos seus benefícios para a saúde. O posicionamento da importância atribuída ao preço dos alimentos pode ser um reflexo da situação económica por que o país está a passar, dando a população mais relevo ao preço dos alimentos do que à sua qualidade e frescura, à sua disponibilidade ou até mesmo à dieta aconselhada por um médico. Este é mais um indicador de que a condição económica pode influenciar bastante a escolha alimentar.

#### Limitações do estudo

Apesar de este estudo contemplar os principais fatores que influenciam a escolha alimentar no trabalho, é de referir que não aborda a questão dos colaboradores serem fumadores e/ou consumidores de álcool e da sua atividade física, sendo estas as suas maiores limitações. Estes três fatores podem influenciar consideravelmente o peso do colaborador e as escolhas feitas pelos mesmos, o que poderia alterar os dados obtidos. Em estudos futuros, estes aspetos deverão ser considerados, de modo a avaliar a sua possível influência nos resultados presentemente encontrados.

Outra limitação foi o fato de alguns dos colaboradores entrevistados não saberem ler, o que levou a algumas entrevistas demorarem mais tempo que o previsto pois, na escolha dos fatores que mais influenciam a sua escolha alimentar, a lista teve de ser lida e explicada pausadamente, várias vezes. Embora este fato constitua uma limitação, considera-se que a mesma foi ultrapassada devido ao treino e à padronização de procedimentos efetuados previamente à recolha de dados.

## Conclusões

A maioria das colaboradoras de unidades de alimentação coletiva avaliadas apresenta excesso de peso, fato que corrobora estudos realizados noutros países. É de destacar a maior prevalência de excesso de peso no setor escolar. Ao comparar com dados referentes a uma amostra representativa da população do sexo feminino e da região norte (tal como a amostra estudada), o valor de IMC médio do presente estudo é superior.

Valores de IMC mais altos estão associados a níveis de escolaridade mais baixos e, das funções estudadas, as que apresentam maior percentagem de colaboradoras com excesso de peso são 'Cozinheira ou Pasteleira' e 'Empregada de bar, de cafetaria, de copa, de refeitório'.

Contrariamente a outros estudos, a maior parte das colaboradoras refere não ter aumentado de peso desde o início de atividade nas unidades, pelo que a mudança de hábitos alimentares ao iniciar atividade não será justificativa da elevada prevalência de excesso de peso. Grande parte das colaboradoras realiza um número de refeições diárias inferior ao recomendado, o que poderá contribuir para o seu peso excessivo.

Das patologias mais prevalentes reportadas, destacam-se a obesidade, a obstipação, a hipercolesterolemia e a hipertensão arterial.

Os fatores que mais influenciam a escolha alimentar foram 'tentar fazer uma alimentação saudável', 'sabor dos alimentos' e 'qualidade e frescura dos alimentos'. A grande diferença entre fatores mais escolhidos neste estudo e os dados publicados para a população portuguesa é o fato de, no presente estudo, o

'sabor dos alimentos' não ter sido o fator mais apontado e de o 'preço dos alimentos' não estar contemplado entre os três mais referidos.

Os resultados apresentados serão úteis para o delineamento de novos estudos contemplando colaboradores de unidades de alimentação coletiva das outras zonas do país, com o fim de avaliar o seu estado ponderal e fatores que mais influenciam a sua escolha alimentar, bem como para a implementação de medidas que visem a melhoria do estado ponderal, tendo por base as relações encontradas com outras variáveis e os fatores indicados como mais relevantes para a escolha alimentar neste grupo.

## Referências

1. Proença RPC. Aspectos organizacionais e inovação tecnológica em processos de transferência de tecnologia: uma abordagem antropotecnológica no sector de alimentação colectiva. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.
2. Marques A. Comportamentos alimentares numa população portuguesa. Formasau – Formação e Saúde. Coimbra; 2007.
3. Marques AAG, Luzio FCM, Martins JCA, Vaquinhas MMCM. Hábitos Alimentares: Validação de uma escala para a população portuguesa. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2011; 15: 402-9.
4. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. Revista Nutrire. 2008. 739-48.
5. Valle JMN, Euclides MP. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. Revista de Atenção Primária à Saúde. 2007; 10: 56-65.
6. Fisk C, Crozier S, Inskip H, Godfrey K, Cooper C, Robinson S, et al. Influences on the quality of young children's diets: the importance of maternal food choices. British Journal of Nutrition. 2011; 105: 287-96.
7. Saldanha H. Nutrição Clínica. Lisboa: Lidel; 1999.
8. Popkin BR, Adair LS, Ng SW. Now and then: The global nutrition transition: The pandemic of obesity in developing countries. Nutrition Reviews. 2012; 70: 3-21.
9. Veloso IS Santana VS, Oliveira NF. Programas de alimentação para o trabalhador e seu impacto sobre ganho de peso e sobrepeso. Revista Saúde Pública. 2007; 41: 769-76.
10. Fisberg RM, Villar BS, Colucci AC, Philippi ST. Alimentação equilibrada na promoção da saúde. Pirâmide alimentar. In: Cuppari L Guia de nutrição: Nutrição Clínica do adulto. Barueri: Manole; 2002. p. 66.
11. Carmo I, Santos O, Camolas I, Vieira J. Obesidade em Portugal e no mundo. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 2008.
12. Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes da escola alimentar. Revista de Nutrição. 2008; 21: 63-73.
13. Courbeau JP, Poulain JP. Libres mangeurs? In: Privat E, editor. Penser l'alimentation: Entre imaginaire et rationalité. Toulouse; 2002. 137-56.
14. European Food Information Council. Porque comemos o que comemos: escolha alimentar – Um comportamento complexo. Food Today. 2004.
15. European Food Information Council. The Determinants of Food Choice. EUFIC review. 2005. 1-7.
16. Stubbs RJ, Van Wyk MC, Johnstone AM, Harbron CG. Breakfast high in protein, fat or carbohydrate: Effect on within-day appetite and energy balance. European Journal of Clinical Nutrition. 1996; 50: 409-17.
17. Vieira CM, Cordeiro SN, Júnior RM, Turato ER. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16: 3161-8.
18. de Irala-Esteves J, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prattala R, Martinez-Gonzalez MA. A systematic review of economic differences in food

habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2000; 54: 706-14.

19. Moreira DMF. *Enfrentar tempos de crise: Repercussões na saúde e na alimentação das populações*. Porto: Universidade do Porto; 2009.

20. Drewnowski A, Specter S. Poverty and obesity: The role of energy density and energy costs. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2004; 79: 6-16.

21. Pereira RA, Santos LMP. A dimensão da insegurança alimentar. *Revista Nutrire*. 2008; 21: 7-13.

22. Marinho SP, Martins IS, Perestrelo JPP, Oliveira DC. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. *Revista Nutrire*. 2003; 16: 195-201.

23. Donkin AJ, Dowler EA, Stevenson SJ, Turner SA. Mapping access to food in a deprived area: The development of price and availability indices. *Public Health Nutrition*. 2000. 31-8.

24. Kearney M, Jearney JM, Dunne A, Gibney MJ. Sociodemographic determinants of perceived influences on food choice in a nationally representative sample of Irish adults. *Public Health Nutrition*. 2000; 3: 219-26.

25. Hulshof KFAM, Brussaard JH, Kruijzinga AG, Telman J, Lowik MRH. Socio-economic status, dietary intake and 10y trends: the Dutch National Food Consumption Survey. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 57: 128-37.

26. Prattala R, Berg MA, Puska P. Diminishing or increasing contrasts? Social class variation in Finnish food consumption patterns 1979-1990. *European Journal of Clinical Nutrition*. 1992; 46: 279-87.

27. Smith AM, Baghurst KI. Public health implications of dietary differences between social status and occupational category groups. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1992; 46: 409-16.

28. Turrel G. Socioeconomic differences in food preference and their influence on healthy food purchasing choices *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 1998; 11: 135-49.

29. Power C, Graham H, Due P, Hallqvist J, Joung I, Kuh D, et al. The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behavior: an international comparison. *International Journal of Epidemiology*. 2005; 34: 335-44.

30. Costa R. *Avaliação das atitudes e comportamentos alimentares de crianças/adolescentes saudáveis do 1.º e 2.º ciclo de escolaridade e seus progenitores*. Porto: Universidade do Porto; 2008.

31. de Almeida MDV, Graça P, Lappalainen R, Giachetti I, Kafatos A, Remaut de Winter A, et al. Sources used and trusted by nationally-representative adults in the European Union for information on healthy eating. *European Journal of Clinical Nutrition*. 1997; 51: S8-15.

32. Contento I. Overview of determinants of food choice and dietary change: Implications for nutrition education. In: *Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice*. Jones & Bartlett Learning, LLC; 2011.

33. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: O enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 Suppl 2: 332S-40S.

34. Anderson AS, Cox DN, Mckellar S, Reynolds J, Lean MEJ, Mela DJ. Take Five, a nutrition education intervention to increase fruit and vegetable intakes: Impact on attitudes towards dietary change. *British Journal of Nutrition*. 1998; 80: 133-40.

35. Faugier J, Lancaster J, Pickles D, Dobson K. Barriers to healthy eating in the nursing profession: Part 2. *Nursing Standard*. 2001; 15: 33-5.
36. Wanjek C. Food at work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases. International Labour Office Geneva; 2005.
37. Oliver G, Wardle J. Perceived effects of stress on food choice. *Physiol and Behaviour*. 1999; 66: 511-5.
38. Wardle J, Steptoe A, Oliver G, Lipsey Z. Stress, Dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000; 48: 195-202.
39. Poínhos R, Franchini B, Afonso C, Correia F, de Almeida MDV. Factors perceived by Portuguese adults as influent in food consumption. *Public Health Nutrition*. The SPCNA Directorate; 2010; 13: 270.
40. Loureiro I. A importância da educação alimentar na escola. In: LB Sardinha MM, editor. *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa; 2000. p. 57-84.
41. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing th global epidemic*. Geneva; 2004.
42. Eckersley R. *The social origins of health and well-being*. Cambridge University Press. Cambridge; 2001.
43. Sociedade Portuguesa para o estudo da obesidade. *Prevalência e monitorização da obesidade e do controle de peso 2010*. 2010. [actualizado em: 2010 out 4]. Disponível em: [http://www.speoobesidade.pt/Files/DocsPublico/Files/Prevalencia\\_Monitorizacao\\_Obesidade\\_Jan08\\_\(SPEO\).pdf](http://www.speoobesidade.pt/Files/DocsPublico/Files/Prevalencia_Monitorizacao_Obesidade_Jan08_(SPEO).pdf).
44. Bouchard C. Genetics of obesity in humans: current issues. *Ciba Ciba Foundation. Symposium 201*: 108-15. 1996.
45. Swinburn B, Egger B. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*. 2002; 3: 289-301.
46. Fry J, Finley W. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2005. 359-62.
47. Pereira J, Mateus C. Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2003; 3: 65-80.
48. Berghofer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. Obesity Prevalence from a European perspective: A systematic review. *BMC Public Health*. 2008.
49. Anjos L. Índice de massa corporal ( $\text{massa corporal}/\text{estatura}^2$ ) como indicador do estado nutricional de adultos: Revisão da literatura. *Revista Saúde Pública*. 1992; 26: 431-36.
50. Garcia R. Reflexos da globalização na cultura alimentar: Considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista Nutrire*. 2003. 483-92.
51. Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Escolha alimentar: A questão de gênero no contexto da alimentação fora de casa. *Caderno Espaço Feminino*. 2008; 19: 369-84.
52. Collaço J. Um olhar antropológico sobre o hábito de comer fora. *Revista de Antropologia Social*. 2003; 4: 171-94.
53. Proença R. *Inovação tecnológica na produção de alimentação coletiva*. Florianópolis: Insular 1997.
54. Rastoin JL, Viala-Tavakoli S. *La restauration hors-foyer: L'industrie européenne face au modèle américain*. Paris: Eurostaf; 1991.

55. Dourado MMJ, Lima TP. Ergonomia e a sua importância para os trabalhadores de unidades de alimentação e nutrição. *Ensaio e Ciência – Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2011.
56. Proença RPC. Novas tecnologias para a produção de refeições coletivas; Recomendações de introdução para a realidade brasileira. *Revista Nutrire*. 1999. 43-53.
57. Soulié J. Europe, plus que trois ans pour la construire. *Néo Restauration Magazine*. Levallois-Perret (France); 1990. 8-12.
58. Sneed J, Strohbehn CH. Trends impacting food safety in retail foodservice: Implications for dietetics practice. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008; 108: 1170–77.
59. Monteiro M. Importância da ergonomia na saúde dos funcionários de unidades de alimentação e nutrição. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2009; 33: 416-27.
60. da Fonseca MP, Manfridini LA, de São José JFB, Tomazini APB, Martini HSD, Ribeiro RCL, et al. Avaliação das condições físico-funcionais de restaurantes comerciais para implementação de boas práticas. *Alimentos e Nutrição Araraquara*; 2010; 21: 251-57.
61. Williot J. The turnaround of contemporary food innovation in France during the 1960s. *História: questões & debates, Curitiba*. 2011; 54: 47-70.
62. Fédération Européenne de la Restauration Collective Concédée. European guide to good practice for food hygiene in the contract catering sector. European Federation of Contract Catering Organisations. Brussels; 2009.
63. Gabriel CG, Kazapi HA, Ponte JM. Estado nutricional dos comensais e adequação da refeição servida no restaurante universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, com proposta de cardápios de baixo custo. *Revista Nutrire*. 2004. 34-40.
64. Hofelmann DA, Blank N. Excesso de peso entre trabalhadores de uma indústria: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2009. 657-70.
65. Matos CH, Proença RPC. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do sector da alimentação colectiva: um estudo de caso. *Revista Nutrire*. 2003. 493-502.
66. Matos CH, Proença RPC, Duarte MFS, Auler F. Posturas e movimentos no trabalho: um estudo cineantropométrico de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar. *Anais do 15.º Congresso Brasileiro de Nutrição*. Brasília: Associação Brasileira de Nutrição; 1998.
67. Scarparo ALS, Amaro FS, Oliveira AB. Caracterização e avaliação antropométrica dos trabalhadores dos restaurantes universitários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. 2010; 30: 247-51.
68. Boclin KLS, Blank N. Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010; 35: 124-30.
69. Boclin KLS. Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas hospitalares da grande Florianópolis e fatores de risco associados. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
70. Savio KE, Costa TH, Miazaki E, Schmitz BA. Avaliação do almoço servido a participantes do programa de alimentação do trabalhador. *Revista Saúde Pública*. 2005; 39: 148-55.

71. Aguiar LF, Silveira FRV, Silva LMF, Vieira ADS. Avaliação nutricional dos funcionários de uma UAN (Unidade de Alimentação e Nutrição) de empresa terceirizada, município de Sobral-Ce. Belém: IV Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte e Nordeste de Educação Tecnológica; 2009.
72. Costa M. Práticas Alimentares, sobrepeso e perfil lipídico dos trabalhadores de uma indústria Petroquímica, Camaçari. Salvador: Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia; 2000.
73. Viana S. Indústria moderna e padrão alimentar: o espaço do trabalho, do consumo e a saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2000.
74. Boianovsky D. Energia do Trabalhador. Cozinha Industrial. São Paulo; 1995.
75. Plataforma Portuguesa Contra a Obesidade. Programa FOOD. Disponível em:  
<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=472&exmenuid=-1>.
76. ITAU, SA. Percurso ITAU. 2012. Disponível em: <http://www.itau.pt/ITAU-Quem-Somos.aspx?Opcao=01>.
77. ITAU, SA. Principais segmentos de atuação ITAU. 2012. Disponível em: <http://www.itau.pt/ITAU-Fazemos.aspx?Opcao=01>.
78. Engstrom JL, Paterson SA, Doherty A, Trabulsi M, Speer KL. Accuracy of self-reported height and weight in women: an integrative review of the literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003; 48: 338-45.
79. Isosaki M, Cardoso E, Glina DMR, Alves ACDC, Rocha LE. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo. *Revista brasileira de saúde ocupacional*. 2011; 36: 238-46.
80. Boclin KLS, Blank N. Excesso de peso: característica dos trabalhadores de cozinhas colectivas? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2006; 31: 41-47.
81. de Aguiar OB, Valente JG, da Fonseca MJM. Descrição sócio-demográfica, laboral e de saúde dos trabalhadores do setor de serviços de alimentação dos restaurantes populares do estado do Rio de Janeiro. *Revista Nutrire*. 2010. 969-82.
82. de Paiva AC, da Cruz AAF. Estado Nutricional e aspectos ergonômicos de trabalhadores de Unidade de Alimentação e Nutrição. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*. 2009; 1: 1-11.
83. Collares LGT, Freitas CM. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: Entre a prescrição e o real do trabalho. *Caderno de Saúde Pública*. 2007; 23: 3011-20.
84. Poínhos R, Franchini B, Afonso C, Correia F, Teixeira VH, Moreira P, et al. Alimentação e estilos de vida da população portuguesa: Metodologia e resultados preliminares. *Alimentação Humana*. SPCNA; 2009; 15: 43-60.
85. Poínhos R, Correia F, Durão C, Franchini B, Rodrigues S, Afonso C, et al. Determinants of weight and health status perception among portuguese adults. *Alimentação Humana*. 2011; 17: 7-13.
86. Poínhos R, Correia F, Faneca M, Ferreira J, Gonçalves C, Pinhão S, et al. Desejabilidade social e barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética - Em mulheres com excesso de peso. *Acta Médica Portuguesa*. 2008; 21: 221-8.
87. Ravasco P, Ferreira C, Camilo ME. Alimentação para a saúde - A relevância da intervenção dos médicos. Artigo de Revisão. *Acta Médica Portuguesa*. 2011; 24: 783-90.

## Anexos

## Anexo A



## **Determinantes da escolha alimentar no trabalho: estudo exploratório no setor de produção de refeições**

### **Guião de entrevista**

O objetivo desta entrevista é recolher informações sobre alguns assuntos relacionados com a sua alimentação, saúde e o seu posto de trabalho.

Todas as informações recolhidas ao longo da entrevista são anónimas e confidenciais, e serão utilizados apenas para efeitos de um trabalho de mestrado. Na empresa onde trabalha ninguém terá acesso às suas respostas.

- Qual a sua idade?
- Até que ano frequentou a escola?
- Há quantos anos trabalha na área de cozinha/alimentação coletiva? (mesmo não sendo neste estabelecimento)
- Vou-lhe mostrar uma lista de doenças e gostaria que me dissesse de quais sofre.
- Qual a sua altura, aproximadamente?
- E qual é o seu peso, aproximadamente?
- Medição da altura e do peso.
- Qual a sua categoria profissional? (Caso seja necessário esclarecer: Aquela que vem descrita nos seus recibos de vencimento, do ordenado.)
- Quais as funções desempenhadas por si no local de trabalho? (Aquilo que faz realmente, o seu posto de trabalho, as suas tarefas mais habituais...)
- Quantas horas trabalha habitualmente por semana, incluindo as horas extra.
- Quantas vezes come ao longo do dia? Não contam só as refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar), contam também os lanches, merendas e ceias que faz durante o dia.
- Quando a comida está a ser confecionada no estabelecimento, vai provando?
- Vou-lhe mostrar algumas frases e gostaria que me dissesse qual a que representa melhor o tipo de atividade que tem no seu trabalho.

- Notou que aumentou de peso desde que trabalha nesta área (cozinha/alimentação)?
- Vou-lhe mostrar uma lista de fatores que podem influenciar a sua escolha de alimentos. Por favor escolha os 3 fatores que mais influenciam a sua escolha de alimentos.
- Estamos a chegar ao fim da entrevista, tem algo que gostaria de falar, perguntar ou esclarecer?
- Muito obrigada pelo tempo que dispensou para esta entrevista

## Anexo B



**Determinantes da escolha alimentar no trabalho: estudo exploratório no setor de produção de refeições**

Setor: Hospitalar  Empresarial  Escolar

Idade: \_\_\_\_ (anos)

Sexo: Feminino  Masculino

Anos de escolaridade: \_\_\_\_\_

N.º de anos de trabalho na área: \_\_\_\_\_

Sofre de alguma das seguintes patologias?

|                           |  |                       |  |
|---------------------------|--|-----------------------|--|
| Obesidade/Excesso de peso |  | Doença cardiovascular |  |
| Diabetes                  |  | Anemia                |  |
| Hipertensão arterial      |  | Hiperuricemia/gota    |  |
| Hipercolesterolemia       |  | Obstipação            |  |
| Hipertrigliceridemia      |  |                       |  |

Altura: (auto reportada):  cm

Altura:  cm

Peso (auto reportada):  kg

Peso (real):  kg

Categoria profissional: \_\_\_\_\_

Função desempenhada pelo colaborador: \_\_\_\_\_

N.º de horas semanais de trabalho: \_\_\_\_\_

N.º de vezes que come ao longo do dia: \_\_\_\_ vezes

Prova a comida confeccionada no local de trabalho? Sim  Não

Durante o tempo que passa a trabalhar, qual das seguintes frases representa melhor o tipo de atividade que tem?

- Passo a maior parte do tempo sentada(o).
- Passo a maior parte do tempo de pé e raramente me desloco.
- Passo a maior parte do tempo a deslocar-me de um lado para o outro.

Notou aumento de peso desde o início do trabalho nesta área? Sim  Não

Observações:

Desta lista, quais são os três fatores que têm maior influência na sua escolha dos alimentos que consome?

|                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| Hábito ou rotina              | Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu como |  |
| O sabor dos alimentos         | Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais         |  |
| Preço dos alimentos           | Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes               |  |
| Controlar o seu peso          | As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas           |  |
| Disponibilidade de alimentos  | Facilidade ou conveniência de preparação                    |  |
| Apresentação ou embalagem     | Tentar fazer uma alimentação saudável                       |  |
| Dieta aconselhada pelo médico | Qualidade ou frescura dos alimentos                         |  |

Anexo C



**Determinantes da escolha alimentar no trabalho: estudo exploratório no  
setor de produção de refeições**

Os fatores que têm maior influência na sua escolha dos alimentos que consome.

|  |
|--|
| <b>Hábito ou rotina</b>  |
| <b>O sabor dos alimentos</b>   |
| <b>Preço dos alimentos</b>   |
| <b>Controlar o seu peso</b>  |
| <b>Disponibilidade de alimentos</b>                                    |
| <b>Apresentação ou embalagem</b>                                       |
| <b>Dieta aconselhada pelo médico</b>                                   |
| <b>Qualidade ou frescura dos alimentos</b>                             |
| <b>Outra pessoa decide a maior parte dos alimentos que eu<br/>como</b> |
| <b>Alimentação vegetariana ou outros hábitos especiais</b>             |
| <b>Conteúdo em aditivos, corantes e conservantes</b>                   |
| <b>As minhas raízes culturais, religiosas ou étnicas</b>               |
| <b>Facilidade ou conveniência de preparação</b>                        |
| <b>Tentar fazer uma alimentação saudável</b>                           |