

AValiação DO ESTADO NUTRICIONAL E DE SAÚDE DE FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA CONVENIADA AO PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR (PAT), NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ - SC¹

Patrícia DALL' AGNOL²

Lúcia Chaise BORJES³

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o estado nutricional e de saúde de funcionários que realizam suas refeições em uma empresa conveniada ao Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). **MÉTODOS:** Estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, formada por funcionários de uma empresa de alimentos conveniada ao PAT. A amostra final foi de 175 funcionários, representando 88,8% do total. O instrumento de pesquisa foi um questionário estruturado, previamente validado pelo Ministério do Trabalho e Emprego, aplicado aos funcionários sob a forma de questionário. Os dados obtidos foram tabulados e a análise dos dados foi realizada utilizando o software SPSS versão 17.0. O nível de significância estatística considerado foi de 5% ($p \leq 0,05$). **RESULTADOS:** A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (72%), 52% dos funcionários foram classificados como eutróficos de acordo com o IMC; 65,7% consomem bebidas alcoólicas nos finais de semana; 81,1% dos trabalhadores nunca fumaram; 39,1% classificam-se com temperamento moderado; 84% praticam atividade física. Quanto à autoavaliação do estado de saúde atual, os homens avaliam melhor a sua saúde do que as mulheres, a média de consumo diário de frutas e vegetais pelos trabalhadores foi de 2 e 3 porções, respectivamente. **CONCLUSÃO:** A inadequação observada em alguns fatores relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida dos trabalhadores, aponta para a necessidade de repensar estratégias de ações voltadas à promoção da saúde e à adoção de hábitos alimentares saudáveis.

DESCRITORES: Alimentação Coletiva, Estado nutricional, Estilo de vida; Hábitos Alimentares, Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação; Saúde do Trabalhador

¹ Artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Nutrição Humana com o mesmo título – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2012.

² Pós-graduanda em Nutrição Humana. Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ

³ Nutricionista, Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação e Nutrição – Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Docente do curso de Nutrição da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Av. Senador Atílio Fontana, 591 E, bairro Efapi, 89809-000, Chapecó, SC, Brasil. Membro do Núcleo de Pesquisa de Nutrição em Produção de Refeições – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Correspondência para *Mail to*: Lúcia Chaise Borjes. E-mail: lborges@gmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the nutritional state and health of employees who made their meals in a company convened to the Workers' Food Program (*PAT*).

METHODS: Descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, consisting of employees of a food company convened to the *PAT*. The final sample was 175 employees, represented 88,8% of the total. The instrument tool was a structured questionnaire, previously validated by the Brazilian Ministry of Labour and Employment (*MTE*) applied to employees in the form of a questionnaire. The data was tabulated and the data analysis was performed using the software SPSS version 17.0. The level of statistical significance considered was 5% ($p \leq 0.05$). **RESULTS:** The majority of interviewed were male (72%), 52% of employees were classified as eutrophic according to BMI, 65,7% consumed alcohol on weekends, 81,1% of workers have never smoked, 39,1% are classified with moderate temperament, 84% practice physical activity, and in the self evaluation of health state, men evaluate their health better than women, the average daily consumption of fruits and vegetables by the workers was 2 and 3 portions respectively. **CONCLUSION:** The inadequacy observed in some factors related to eating habits and lifestyle of workers points to the need for rethinking strategies of actions directed to promote health and the adoption of healthy eating habits.

KEY WORDS: Collective Meal, Nutritional State, Lifestyle, Food Habits, Policies and Programs of Nutrition and Food, Workers' Health .

INTRODUÇÃO

Uma alimentação balanceada em uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) é fundamental no que diz respeito à saúde e à produtividade do trabalhador. Esta se encontra diretamente relacionada com o rendimento do trabalho, aumentando a produtividade e diminuindo os riscos de acidentes de trabalho (VANIN et al, 2007).

Em geral, os cardápios elaborados devem encontrar-se balanceados, a fim de que os requerimentos em energia e nutrientes sejam atendidos, garantindo saúde e capacitação para o trabalho (PROENÇA, 1997). Nesse sentido, vale ressaltar que o objetivo principal de uma UAN é oferecer uma alimentação adequada às necessidades nutricionais da clientela das empresas (TEIXEIRA et al., 2007).

Portanto, considerando que a alimentação saudável e equilibrada é fator importante para a promoção da saúde, atualmente existem muitas evidências científicas que comprovam a relação entre a alimentação e as doenças crônicas em adultos. Com base nesses estudos, e considerando o aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e da obesidade em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 2004, uma estratégia global de prevenção dessas doenças, apoiada na promoção de padrões saudáveis de alimentação e de estilos de vida ativos. Essa estratégia considera o local de trabalho como responsável por estimular as escolhas saudáveis de alimentação e a prática de atividade física entre os trabalhadores. Sendo assim, os locais de trabalho são um excelente espaço para oferecer programas de promoção da saúde, em particular aqueles voltados à redução de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (MATOS et al., 2004; KARLEHAGEN; OHLSON, 2003).

Nesse sentido, destaca-se o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), criado em 1976, como parte do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, visando facilitar a alimentação dos trabalhadores e preocupando-se, essencialmente, em melhorar o aporte energético e protéico de suas dietas (BANDONI; BRASIL; JAIME, 2006). É um programa do Ministério do Trabalho e Emprego estruturado na parceria entre Governo, empresa e trabalhador que tem como objetivo principal melhorar as condições nutricionais dos trabalhadores, facultando às empresas a dedução de despesas com alimentação de seus funcionários (BRASIL, 2011).

O PAT tem inquestionável relevância social e, segundo dados dos relatórios do Ministério do Trabalho e Emprego, no Brasil, no ano de 2007, foram 10.057.848 trabalhadores diretamente beneficiados pelo programa, e 464.741 (4,62%) trabalhadores

beneficiados somente no Estado de Santa Catarina (BRASIL, 2011). Sua aceitação é grande por parte dos trabalhadores e empresários, atores sociais diretamente envolvidos com o programa (COLARES, 2005; SCHMITZ et al., 1997).

Nesse contexto, o programa se propõe a garantir melhorias na qualidade de vida do trabalhador, resultando em maiores níveis de produtividade e oportunidades de desenvolvimento. Sabe-se que o aprimoramento da qualidade de vida está totalmente relacionado a uma alimentação adequada, tanto em nível de quantidade como de qualidade (VELOSO; SANTANA; OLIVEIRA, 2007).

Portanto, o objetivo desse estudo é avaliar o estado nutricional e de saúde de funcionários que realizam suas refeições em uma empresa conveniada ao Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT).

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa foi conduzida em delineamento transversal descritivo com abordagem quantitativa.

A população do estudo foi formada por funcionários de uma empresa de alimentos conveniada ao Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) localizada no município de Chapecó - SC, a qual apresenta refeitório na empresa na forma de comodato e oferece aos funcionários uma grande refeição diária nos três turnos diferenciados de trabalho. Para a coleta de dados, foi adotado como critérios de inclusão: Ser funcionário da empresa onde foi realizado o estudo e realizar pelo menos uma grande refeição no local de trabalho; manifestar aceite para participação do estudo expresso pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra final foi de 175 funcionários, representando 88,8% do total.

O instrumento de pesquisa foi um questionário estruturado, previamente validado pelo Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 1999), e aplicado aos funcionários sob a forma de questionário pela própria pesquisadora nas dependências da empresa. O questionário inclui questões de hábitos alimentares e estilo de vida. A avaliação do estado nutricional foi de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) e os dados referentes ao peso e à altura foram referidos pelo próprio pesquisado. A classificação do IMC considerado foi de acordo com Brasil (2004): valores de IMC abaixo de 18,5: adulto com baixo peso; valores de IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25,0: adulto com peso adequado (eutrófico); valores de IMC maior ou igual a 25,0 e menor que 30,0: adulto com sobrepeso; valores de IMC maior ou igual a 30,0: adulto com obesidade.

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel Versão 2007 e a análise dos dados foi realizada utilizando o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0.

As variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica, e as variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias, o teste t-student ou a Análise de Variância (ANOVA) one-way com post-hoc de Tukey foram utilizados. Em caso de assimetria, foram aplicados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, respectivamente.

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson com complementação pelo teste dos resíduos ajustados. Em variáveis dicotômicas com frequência esperada menor do que 5, o teste exato de Fisher foi utilizado.

Para avaliar a associação entre as variáveis contínuas, o teste da correlação de Pearson foi utilizado. Em caso de assimetria, o teste da correlação de Spearman foi aplicado.

O nível de significância estatística considerado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó de acordo com o parecer nº 146/11, observando e respeitando as orientações da Resolução 196/96 e atos relacionados do Conselho Nacional de Saúde com relação à ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A empresa onde foi realizado o estudo tem um quadro de 197 funcionários (100 %). Destes, 175 (88,8%) participaram do estudo. Quanto à caracterização da amostra, a maioria dos entrevistados foi do sexo masculino (72 %), e 37,7% dos funcionários apresentaram como escolaridade o 2º grau completo, A grande maioria (65,1 %) dos entrevistados trabalhava no setor de produção da empresa. Quanto à avaliação do estado nutricional e estilo de vida, conforme tabela 1, observa-se que 52% dos funcionários foram classificados como eutróficos de acordo com o IMC. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, (65,7 %) dos trabalhadores ingerem apenas nos finais de semana; quanto ao tabagismo, 81,1% nunca fumou, e, 39,1% dos trabalhadores classificam-se com temperamento moderado.

TABELA 1

Quanto à prática de atividade física entre os trabalhadores, de acordo com a tabela 2, observa-se que 84% dos entrevistados praticam atividade física; 52,4% realizam atividades físicas com frequência superior a 2 vezes na semana; 38,1% dos entrevistados realizam atividades físicas com duração de 31 a 60 minutos, e 56,5% dos trabalhadores praticam atividades físicas com intensidade moderada.

TABELA 2

A autoavaliação do estado de saúde atual associou-se com o sexo do trabalhador. Homens avaliam melhor a sua saúde do que as mulheres ($p=0,016$). Mas precisamente a proporção de ótimo foi mais prevalente nos homens, e a de bom foi mais nas mulheres. Também as mulheres tiveram maior proporção de Diabetes ($p=0,016$) e hipertensão ($p=0,011$), conforme apresenta a Tabela 3.

TABELA 3

Houve associação estatisticamente significativa entre a classificação do IMC com a autoavaliação do peso atual dos profissionais ($p<0,001$). O percentual dos que consideram seu peso acima do normal aumenta à medida que aumenta a classificação do IMC (Figura 1).

FIGURA 1

A classificação do IMC não se associou com o consumo de frutas e vegetais, exceto no consumo de ameixa, citada apenas pelos obesos ($p=0,005$). Também não se associou com o preparo dos alimentos e nem com o consumo de sal (Tabela 4).

TABELA 4

Embora não estatisticamente significativa ($p>0,05$), a prevalência de doenças em obesos foi maior em praticamente todas as doenças, exceto no Diabetes. Nesta última, houve associação com o estado nutricional ($p=0,038$), mas a prevalência foi significativamente maior nos desnutridos/eutróficos (Figura 2).

FIGURA 2

A prevalência de triglicérides elevados foi significativamente maior nos sedentários (32,1%), quando comparados aos que praticam atividade física (10,2%), com $p=0,005$. Também o uso de sal no prato foi mais frequente nos sedentários (39,3%), quando comparados aos que praticam atividade física (17%), com $p=0,016$.

A prevalência de angina foi significativamente maior em indivíduos que fumam no mínimo 11 cigarros por dia ($p < 0,001$), como pode ser visualizado na Figura 3.

FIGURA 3

O nível de escolaridade se associou negativamente com a quantidade de cigarros fumados por dia. Quanto maior o grau de escolaridade, menor a quantidade de cigarros consumidos ao dia ($r_s = -0,161$; $p = 0,034$). Também o nível de escolaridade associou-se positivamente com o temperamento do profissional. Quanto maior o grau de escolaridade, mais agitado é o indivíduo ($r_s = 0,195$; $p = 0,010$). A duração da prática de atividade física também apresentou associação positiva com o nível de escolaridade ($r_s = 0,237$; $p = 0,004$), ou seja, quanto maior o grau de escolaridade, maior a duração da prática.

A idade associou-se negativamente com o número de copos de leite ($r_s = -0,273$; $p < 0,001$), duração da atividade física ($r_s = -0,289$; $p < 0,001$) e nível de escolaridade ($r_s = -0,268$; $p < 0,001$). Desta forma, quanto maior a idade do trabalhador, menor o número de copos de leite consumidos, menor a duração da prática de atividade física e menor é o grau de escolaridade do funcionário.

A idade também se associou positivamente com as porções de vegetais consumidas ao dia ($r_s = 0,195$; $p = 0,010$), ou seja, quanto maior a idade do funcionário, maior as porções de vegetais consumidas ao dia.

TABELA 5

O consumo de vegetais foi significativamente maior nos indivíduos com doenças, exceto Diabetes e Derrame Cerebral. Isto pode ser explicado, talvez, por um viés epidemiológico denominado de “causalidade reversa”. Neste viés a causa vira uma consequência, ou seja, os funcionários podem ter passado a consumir vegetais após a descoberta da doença e não o contrário (Tabela 5).

Ao associar a idade com as doenças, somente houve associação significativa com o Diabetes ($p = 0,001$). Funcionários que relataram a doença apresentaram idade significativamente menor ($27,3 \pm 6,8$) do que os que não relataram ($32,3 \pm 9,1$).

DISCUSSÃO

Aspecto fundamental a ser destacado no presente estudo é a prática de atividades físicas entre os trabalhadores entrevistados. Analisando a população total do estudo, verificou-

se que a maioria dos trabalhadores realiza algum tipo de atividade física. Quando analisada a frequência da prática de atividades físicas, observa-se que metade dos entrevistados realiza com frequência superior a duas vezes na semana, e a minoria dos trabalhadores realiza todos os dias algum tipo de atividade física. Em relação ao tempo dessa prática, a menor parte dos trabalhadores realiza atividades físicas com tempo entre 31 e 60 minutos. A maioria dos entrevistados realizam atividades de intensidade moderada.

Ao contrário de estudos como o de Hallal et al.(2003), que apontam para uma elevada prevalência de atividade física insuficiente entre adultos em Pelotas (RS), igual a 41,1%, em Joaçaba (SC), o valor encontrado por Baretta, Baretta e Peres (2007) foi de 57,7%. Na América Latina, estudo realizado por Medina-Lezama (2008), em Arequipa (Peru) e outro realizado por Gómez et al. (2005), em Bogotá (Colômbia), a proporção de pessoas insuficientemente ativas foi mais elevada (63,2% e 57,6%, respectivamente).

Logo, os dados encontrados no presente estudo mostram maior prevalência de pessoas ativas em geral, favorecendo o bem-estar e qualidade de vida em virtude do abandono do sedentarismo. Estes são resultados semelhantes ao observado em um estudo realizado por Flores (2002), em Mafra (SC), em que constatou que 89,9% dos adultos eram suficientemente ativos.

Embora a grande maioria dos trabalhadores realiza algum tipo de atividade física, porém a frequência dessa prática é inferior à recomendação preconizada pela World Health Organization (2012), em que são considerados ativos suficientes de lazer aqueles que se enquadram nos seguintes critérios: (1) indivíduos que praticam, pelo menos, 30 minutos diários de atividade física, de intensidade leve ou moderada, em cinco ou mais dias da semana; ou (2) indivíduos que praticam, pelo menos, 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa, em três ou mais dias da semana. São classificadas como práticas de intensidade leve ou moderada as atividades como: caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa.

Semelhante a esse resultado, foi constatado em resultados obtidos em um estudo realizado por Monteiro et al. (2003) que apontou que apenas 13% das populações do Nordeste e Sudeste brasileiros realizam atividades físicas regulares em suas horas de lazer por no mínimo 30 minutos pelo menos uma vez por semana. Destes, apenas 3,3% afirmaram realizar a dose recomendada de 30 minutos, cinco vezes por semana.

Em relação à autopercepção do estado de saúde atual dos indivíduos, observou-se que a maioria dos trabalhadores avalia o estado de saúde como ótimo e bom. Esse resultado corrobora com os resultados encontrados em um estudo realizado por Barros; Nahas (2001), com trabalhadores da indústria de Santa Catarina em que os entrevistados classificaram seu estado de saúde atual como sendo “excelente” (27,4%) ou “bom” (57,8%). Aproximadamente 14,3% o julgaram “regular”, e apenas 0,5% o consideraram “ruim”. A proporção de trabalhadores com percepção de saúde negativa (11,5%) foi inferior a que foi observada na Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) da Fundação IBGE (1998), segundo a qual 80,6% da população das regiões Sudeste e Nordeste do País consideram seu estado de saúde atual como sendo “bom” ou “muito bom”. Índice semelhante (86,6%) também foi observado na população dos Estados Unidos (CDC, 1995).

Nesse sentido, quanto à autopercepção do estado de saúde atual dos indivíduos, observa-se que ocorreu relação com o sexo do trabalhador, ou seja, os homens avaliam melhor a sua saúde do que as mulheres. Os resultados do presente estudo são semelhantes aos resultados encontrados em um estudo realizado por Hofelmann; Blank (2007), em que indivíduos do sexo feminino e aqueles com mais de 40 anos avaliaram pior sua saúde.

De acordo com Bruin; Picavet e Nossikov (1996), a autoavaliação do estado de saúde atual é uma das medidas mais empregadas em inquéritos populacionais, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para monitoramento do estado de saúde. Sua ampla utilização decorre de sua facilidade de operacionalização, associada à grande confiabilidade (IDLER, BENYAMINI; 1997 E MÅNSSON, MERLO, 2001).

Quanto à autopercepção do peso do trabalhador, observa-se que ocorreu vieses quando comparado com a real classificação do estado nutricional segundo o IMC, onde apenas metade (52%) dos entrevistados foram classificados em eutrofia. Porém, na autopercepção do peso e estado nutricional dos trabalhadores a maioria (79,1%) dos entrevistados refere estar nessa classificação. Logo, quando somados os percentuais encontrados de trabalhadores classificados em sobrepeso e obesidade, foi verificado um valor superior ao encontrado na autopercepção do peso/estado nutricional dos trabalhadores. Os resultados obtidos no presente estudo não estão de acordo com um estudo realizado por Del Duca et al (2012), em que os resultados obtidos através da real classificação do estado nutricional, de acordo com o IMC, e da classificação segundo a autopercepção foram semelhantes, e os percentuais de excesso de peso e obesidade nas mulheres foram 56,3% e 18,8%. Nos homens, os percentuais foram 56,1% e 18,4%, respectivamente. Os percentuais correspondentes ao considerar o IMC medido foram 58,8% e 23,1% nas mulheres, e 57,4% e 19,8% nos homens.

Porém, para avaliar o estado nutricional, foram utilizados o peso e a altura autorreferidas para verificação do IMC, por isso pode ter ocorrido o viés para classificação do estado nutricional, pelo fato de não ter realizado a aferição direta de medidas antropométricas ou realizado um diagnóstico clínico, e neste caso não se tratar de medidas fidedignas. Além disso, essa pesquisa foi realizada com trabalhadores do sexo masculino e feminino e, essas últimas, de acordo com um trabalho de revisão, tendem a superestimar sua altura e subestimar seu peso, gerando importantes imprecisões na definição de seu estado nutricional, quando os dados são autorreferidos (ENGSTROM et al.; 2003).

Referente ao consumo de frutas, observou que a grande maioria dos trabalhadores consome frutas diariamente, porém a quantidade é reduzida. Como mostra na tabela 4, o consumo diários de frutas é de 1 a 3 porções, gerando uma média de 2 porções de frutas ao dia. De acordo com Brasil (2005), a quantidade recomendada do consumo de frutas é de 3 porções nas refeições diárias. Portanto, a média encontrada no presente estudo ainda é baixa, quando comparada com a preconizada pela Organização Mundial da Saúde.

Logo, com relação ao consumo de verduras entre os trabalhadores, observou-se, no presente estudo, que o consumo diário é de 3 porções, ou seja, esse número está de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2005). Esse fato pode ser justificado por se tratar de uma empresa conveniada ao PAT, o qual preconiza que os cardápios deverão oferecer, pelo menos, uma porção de legumes ou verduras, nas refeições principais (almoço, jantar e ceia) (BRASIL, 2006).

Porém, essa frequência do consumo de frutas como de verduras é bem inferior àquela relatada em estudos internacionais. Um estudo realizado por Estaquio et al. (2008), com adultos franceses de ambos os sexos, constatou frequência de consumo diário de 5 ou mais porções de frutas, legumes e verduras em cerca de 50% dos homens e mulheres adultas. Nos Estados Unidos, em 2005, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2007), verificou que 32% e 27,2% da população norte-americana consumiam, respectivamente, frutas, legumes e verduras três ou mais vezes ao dia.

No presente estudo também verificou-se baixo consumo de leite diário e, conseqüentemente, de cálcio. De acordo com Brasil (2005), a recomendação do consumo de leite e derivados deve ser de 3 porções diárias, porque o leite é a melhor fonte de cálcio na alimentação. No Brasil, há uma aparente tendência de redução no consumo de leite pela população. Além disso, de acordo com estudo realizado por Guéguen; Pointillart (2000), e Heaney (2006), verificou-se que o consumo de cálcio previne doenças como a osteoporose, hipertensão arterial, obesidade e câncer de cólon.

Segundo dados de consumo alimentar obtidos por Pinheiro et al. (2008) pela Pesquisa BRAZOS (Brazilian Osteoporosis Study), 90% dos entrevistados ingerem 1/3 (400 mg) do valor preconizado de cálcio pela DRI (1000 mg/adulto). Os dados encontrados no presente estudo também apontam para uma ingestão de leite e conseqüentemente de cálcio baixa entre os trabalhadores, e não houve relação significativa com a idade do entrevistado.

Com relação à prevalência de doenças crônicas não transmissíveis também observou-se grande relação com o estado nutricional dos trabalhadores. Todas as doenças relatadas foram diretamente relacionadas com o excesso de peso, mais precisamente na obesidade, exceto no Diabetes Mellitus. Vários estudos comprovam que o excesso de peso, principalmente a obesidade, apresenta risco elevado de desenvolvimento ou presença de doenças crônicas não transmissíveis em adultos. Conforme estudo realizado por Matos et al. (2004), que avalia a prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em trabalhadores do Centro de Pesquisas da Petrobrás, verificou-se prevalências de 42% de sobrepeso, e de 17% de obesidade, ou seja, 59% da amostra apresentava excesso de peso. Segundo Souza et al. (2003), ao estudarem a obesidade e o risco cardiovascular de adultos em Campos (RJ), utilizando os critérios de diagnóstico da OMS, encontraram uma prevalência de obesidade de 17,8%.

No entanto, na presente pesquisa não foi verificada associação entre diabetes mellitus em pessoas com sobrepeso ou obesas. Em contraposição aos achados dessa pesquisa, estudos realizados por de Schaan, Harzheim, Gus (2004), foi verificada maior prevalência de obesidade entre os indivíduos com diabetes ou alteração na glicemia de jejum. Outros resultados foram encontrados por Ortiz; Zanetti (2000), em estudo realizado com trabalhadores de uma instituição de ensino superior, que constataram a obesidade como frequente fator de risco para o diabetes mellitus.

O consumo de bebidas alcoólicas pareceu ser muito discreto ou ter sido relatado de forma distorcida. Embora o hábito de beber nos finais de semana seja uma prática comum entre a maior parte dos trabalhadores, o fato dos dados dietéticos terem sido coletados no ambiente de trabalho pode ter favorecido a sua subestimativa. Os dados obtidos nesse estudo não são semelhantes com os dados encontrados em um estudo realizado por Barros; Nahas (2001), com trabalhadores da indústria de Santa Catarina, que observou consumo médio de duas doses de bebida alcoólica por semana. Entretanto, 48,0% dos trabalhadores relataram ter ingerido, no último mês, mais de cinco doses, em uma mesma ocasião.

No que concerne ao tabagismo, observa-se que a maioria dos entrevistados não apresenta esse hábito, ao contrário do percentual encontrado em um estudo realizado por

Rego et al (1990), onde a exposição ao fumo foi de 37,9%. Outro estudo realizado por Nahas et al. (1997) verificou prevalência de fumantes de 22% entre trabalhadores da Universidade Federal de Santa Catarina.

Além disso, observou-se, no presente estudo, uma forte relação da quantidade de cigarros que os trabalhadores fumam diariamente com a angina no peito. Quanto maior a quantidade de cigarros, maior é a prevalência de angina. Dados elevados dessa prevalência também foram verificados em um estudo realizado por Manfroi et al. (1998), em que, ao analisar a relação dos fatores de risco considerados neste trabalho, nos grupos angina e infarto, controlados para extensão, severidade e oclusão, o tabagismo foi o único fator de risco independente para Infarto do Miocárdio que atingiu significância estatística na amostra estudada ($p < 0,05$). No grupo infarto, 47% dos pacientes eram tabagistas, o que ocorreu em 22% dos pacientes do grupo angina.

Aspecto relevante observado no estudo foi a relação do estado nutricional com a idade e sexo dos entrevistados. Os trabalhadores desnutridos/eutróficos apresentaram média de idade significativamente menor do que os com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). O sobrepeso e obesidade teve maior prevalência em indivíduos do sexo masculino. Os dados encontrados no presente estudo são semelhantes aos resultados encontrados em um estudo realizado por Mariath et al. (2007), em que se verificou que os homens apresentavam 2,76 vezes mais chances de estarem com sobrepeso ou obesidade em comparação às mulheres. Além disso, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2002/2003) da Fundação IBGE, o excesso de peso tende a aumentar com a idade, de modo mais rápido para os homens e de modo mais lento, porém mais prolongado, para as mulheres. Um estudo realizado por Souza et al.(2003) observou que a prevalência de obesidade aumentou com a idade, sendo cerca de duas vezes mais elevada a partir dos trinta anos do que no grupo com idade entre 18 e 29 anos. Outro estudo realizado por Gigante et al.(1997) destacou que a proporção de obesidade é cerca de quatro vezes mais elevada após os quarenta anos, fato que corrobora os resultados do presente estudo. Estes autores notaram, ainda, que a prevalência de obesidade é semelhante nos dois sexos até os quarenta anos, mas, após esta idade, as mulheres passam a apresentar prevalência duas vezes mais elevada do que os homens.

Em relação ao nível de escolaridade, o presente estudo não apresentou relação com o estado nutricional do trabalhador, porém associou-se positivamente com o temperamento do profissional. Quanto maior o grau de escolaridade, mais agitado é o indivíduo. Os resultados encontrados no presente estudo estão de acordo com um estudo, relacionando o grau de escolaridade com o nível de estresse dos profissionais. Estudo esse realizado por Guimarães;

Silva; Ayala (2010) em que observou maior ocorrência de estresse na fase de resistência (organismo resiste aos estressores) em indivíduos com o 3º grau completo. Na fase de quase-exaustão (tensão excede o limite do gerenciável), os indivíduos com o 3º grau completo apresentaram valor superior ao grupo até 2º grau completo. Observa-se na fase de alerta (fase positiva do estresse) maior porcentagem no grupo com 3º grau completo em comparação ao grupo até 2º grau completo. Com esses resultados as autoras concluem que a ocorrência elevada de estresse entre os profissionais com a mais alta escolaridade pode estar relacionada às expectativas acerca da profissão, na medida em que são contrastadas com a realidade. Os sentimentos de frustração e insatisfação podem estar ocorrendo em virtude desses profissionais desempenharem funções aquém de suas capacidades intelectuais, perceberem salários inferiores à sua formação, entre outras. Os resultados no presente estudo também podem ter a justificativa acima.

CONCLUSÃO

A realização desse estudo vem confirmar a necessidade de monitorização nutricional desses trabalhadores, uma vez que foi observada uma inadequação em vários aspectos, como alto índice de trabalhadores com excesso de peso/obesidade, e muitos desses com doenças crônicas não transmissíveis associadas, baixo consumo de frutas e vegetais, baixo consumo de leite e, conseqüentemente, de cálcio. Mas é importante ressaltar, para reforçar hábitos saudáveis, que já parecem existir, como aversão ao tabagismo; baixo consumo de bebidas alcoólicas, restringindo-se apenas nos finais de semana; prática regular de atividades físicas entre os trabalhadores, embora a frequência seja baixa.

Em suma, os resultados desse estudo sugerem a promoção de estratégias de educação nutricional para os trabalhadores, conforme preconiza o PAT, a fim de promover a alimentação e estilo de vida saudável no local de trabalho, favorecendo a saúde, bem-estar, aumento da produtividade e rendimento no trabalho.

Agradecimentos: Este estudo foi financiado pelo Programa de Bolsas do Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior – FUMDES, através da chamada pública nº 002/SED/2011

REFERÊNCIAS

BANDONI, Daniel Henrique; BRASIL, Bettina Gerken; JAIME, Patrícia Constante. Programa de Alimentação do Trabalhador: representações sociais de gestores locais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 40, p.837-42, Out., 2006.

BARETTA, Elisabeth; BARETTA, Marly; PERES, Karen Glazer. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1595 – 1602, Jul, 2007.

BARROS, Mauro Virgílio Gomes de; NAHAS, Markus Vinicius. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 6, p. 554 – 563, Dez., 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Orientação de Educação Alimentar**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1999.

(______). Ministério da Saúde. **Norma Técnica da Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Ministério da Saúde. Brasília: 2004. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html. Acesso em: 07 de Fevereiro de 2012.

(______). Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

(______). Ministério de Trabalho e Emprego. **Portaria Interministerial nº 66 de 25 de agosto de 2006**. Altera os parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Ministério do Trabalho e Emprego: Brasília, 2006. Disponível em: www.mte.gov.br/Empregador/PAT/Legislacao/Conteudo/port66.pdf. Acesso em: 21 de Fev. de 2012.

(______). Ministério do Trabalho e Emprego. **Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT**. Ministério do Trabalho e Emprego: Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/pat/>. Acesso em: 21 de Fev. de 2012.

BRUIN, A; PICAVET, HSJ; NOSSIKOV, A., editors. **Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments**. Copenhagen: WHO, 1996. (Regional Publications European Series, 58). Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-interview-surveys.-towards-international-harmonization>. Acesso em: 24 de Fev. de 2012.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Health-related quality-of-life measures. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, United States, v. 44, p. 195 – 200, 1995.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Fruit and vegetable consumption among adults. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, United States, v. 56, n. 10, p. 213 – 217, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5610a2.htm>. Acesso em: 31 de Mar. de 2012.

COLARES, Luciléia Granhen Tavares. Evolução e perspectivas do programa de alimentação do trabalhador no contexto político brasileiro. **Nutrire**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 141-58, Jun., 2005.

DEL DUCA, Giovâni Firpo et al. Peso e altura autorreferidos para determinação do estado nutricional de adultos e idosos: validade e implicações em análises de dados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 75 – 85, Jan., 2012.

ENGSTROM, Janet L. et al. Accuracy of self reported height and weight in women: an integrative review of the literature. **Journal of Midwifery Womens Health**, Chicago, v. 48, n. 5, p. 338 – 345, Sep./Oct., 2003.

ESTAQUIO, Carla et al. Socioeconomic differences in fruit and vegetable consumption among middle-aged French adults: adherence to the 5 a day recommendation. **Journal of the American Dietetic Association**, Paris, v. 108, n. 12, p. 2021 – 2030, Dec., 2008.

FLORES, Ademir. **Prevalência da inatividade física e outros fatores de risco relacionados à saúde na população adulta urbana de Mafra – SC** [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002

FUNDAÇÃO IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de padrão de vida**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: URL:<http://www.ibge.gov.br/imprensa/noticias/ppv11.html>. Acesso em: 31 de Mar. de 2012.

FUNDAÇÃO IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares: POF 2002- 2003**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 de Fev. de 2012.

GIGANTE, Denise Petrucci et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 236 – 246, Jun., 1997.

GÓMEZ, Luiz Fernando et al. Nivel de actividad física global en la población adulta de Bogotá (Colombia). Prevalencia y factores asociados. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 19, n. 3, p. 206 – 213, May.-Jun, 2005.

GUÉGUEN, Léon; POINTILLART, Alain. The Bioavailability of Dietary Calcium. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 19, n. 2, p. 119S – 136S, April, 2000. Disponível em: http://www.jacn.org/content/19/suppl_2/119S.full#ack-1. Acesso em: 22 de Mar. de 2012.

GUIMARÃES, Rúbia N.M; SILVA, Fabiane R.; AYALA, Arlene L.M. Estresse em agentes de saúde que atuam na recepção de pacientes nas Unidades de Atenção Básica de Joinville, SC. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Joinville, v. 17, n. 3, p. 128 – 132, Jul–Set., 2010.

HALLAL, Pedro Curi et al. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 35, n. 11, p. 1894 – 1900, Nov. 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&expSearch=14600556&indexSearch=UI&lang=i>. Acesso em: 22 de Mar. de 2012.

HEANEY, Robert P.. Calcium intake and disease prevention. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 685 – 693, Ago., 2006.

HOFELMANN, Doroteia Aparecida; BLANK, Nelson. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Balneário Camboriú, v. 30, n. 5, p. 777 – 787, Maio., 2007.

IDLER, Ellen L.; BENYAMINI, Yael. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of Health Social Behavior**, United States, v. 38, n. 1, p. 21 – 37, Mar., 1997.

KARLEHAGEN, Sigvard; OHLSON, Carl-Göran. Primary prevention of cardiovascular disease by an occupational health service. **Preventive Medicine**, Örebro, v. 37, n. 3, p. 219–25, July, 2003.

MANFROI, Waldomiro Carlos et al. Comparação da Aterosclerose Coronária em Pacientes com Infarto do Miocárdio e Angina do Peito. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Porto Alegre, v. 71, n. 1, p. 25 – 29, Jul. 1998.

MÅNSSON, Nils Ove; MERLO, Juan. The relation between self-rated health, socioeconomic status, body mass index and disability pension among middle-aged men. **European Journal of Epidemiology**, Malmö, v. 17, n. 1, p. 65 – 69, Abr., 2001.

MARIATH, Aline Brandão et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897 – 905, Abr., 2007.

MATOS, Maria de Fátima Duarte, et al. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do centro de pesquisas da Petrobras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.82, n. 1, p. 1-8, Jan., 2004.

MEDINA-LEZAMA, Josefina et al . Prevalence of lifestyle-related cardiovascular risk factors in Peru: the PREVENCIÓN study. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, p. 169-179, Sept, 2008.

MONTEIRO, Carlos A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 14, n. 4, p.246 – 254, Oct, 2003.

NAHAS, Markus Vinicius et al. **Physical activity and healthrelated fitness of Brazilian public service employees ages 20 to 69**. In: Proceedings of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1997. Tampere: Finland; 1997,v. 7, p. 483-485.

ORTIZ, Maria Carolina Alves; ZANETTI, Maria Lúcia. Diabetes mellitus: fatores de risco em uma instituição de ensino da área da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 128 – 132, Dez, 2000.

PINHEIRO, Marcelo M. et al. Nutrient intakes related to osteoporotic fractures in men and women – The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). **Nutrition Journal** [aceito para publicação], v. 8, n. 6, p. 1 – 8, 2008. Disponível em: <http://www.nutritionj.com/content/8/1/6>. Acesso em: 31 de Mar. de 2012.

PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. **Inovações Tecnológicas na Produção de Alimentação Coletiva**. Florianópolis: Insular, 1997. 135 p.

REGO, Ricardo Amaral et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 277 – 285, Ago, 1990.

SCHAAN, Beatriz D'Agord; HARZHEIM, Erno; GUS, Iseu. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 529 – 536, Ago., 2004.

SCHMITZ, Bethsaida de Abreu Soares, et al. Políticas e programas governamentais de alimentação e nutrição no Brasil e sua involução. **Cadernos de Nutrição**, [S.L], n. 13, p. 39 – 54, 1997.

SOUZA, Luiz J. de et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 669 – 676, Dez., 2003.

TEIXEIRA, Suzana Maria Ferreira Gomes, et al. **Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2007

VANIN, Michele et al. Adequação nutricional do almoço de uma unidade de alimentação e nutrição de Guarapuava – PR. **Revista Salus-Guarapuava (PR)**, Guarapuava, v.1, n. 1, p. 31-38, Jan/Jun, 2007.

VELOSO, Iracema Santos; SANTANA, Vilma Sousa; OLIVEIRA, Nelson Fernandes. Programas de alimentação para o trabalhador e seu impacto sobre ganho de peso e sobrepeso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 769 – 776, Out., 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommended amount of physical activity**.

Disponível em:

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html Acesso em: 19 de Fev. de 2012.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Características	n=175
Idade (anos) – Média ± DP	31,4 ± 8,9
Sexo– n(%)	
Masculino	126 (72,0)
Feminino	49 (28,0)
Escolaridade– n(%)	
1º grau incompleto	11 (6,3)
1º grau completo	45 (25,7)
2º grau incompleto	17 (9,7)
2º grau completo	66 (37,7)
Superior incompleto	15 (8,6)
Superior completo	21 (12,0)
Área – n(%)	
Produção	114 (65,1)
Administração	22 (12,6)
Outra	39 (22,3)
Peso (kg) – Média ± DP	72,1 ± 12,9
Altura (m) – Média ± DP	1,70 ± 0,08
IMC (kg/m ²) – Média ± DP	25,0 ± 3,8
Classificação do IMC – n(%)	
Baixo peso	2 (1,1)
Eutrofia	91 (52,0)
Sobrepeso	67 (38,3)
Obesidade*	15 (8,6)
Bebida alcoólica – n(%)	
Nunca	60 (34,3)
Nos finais de semana	115 (65,7)
Fumo – n(%)	
Nunca fumou	142 (81,1)
Deixou de fumar	24 (13,7)
Até 10	6 (3,4)
De 11 a 20	3 (1,7)
Temperamento** – n(%)	
Calmo	55 (31,6)
Moderado	68 (39,1)
Ansioso	35 (20,1)
Agitado	16 (9,2)

* 11 (6,3%) grau I, 3 (1,7%) grau II e 1 (0,6%) grau III

** 1 indivíduo (0,6%) não respondeu à essa questão

Tabela 2 – Avaliação da prática de atividade física

Características	n=175
Prática de atividade física– n(%)	
Sim	147 (84,0)
Não	28 (16,0)
Frequência de atividade física– n(%)	
Uma vez por mês	9 (6,1)
Uma vez por semana	44 (29,9)
Mais de 2 vezes por semana	77 (52,4)
Todos os dias	17 (11,6)
Duração– n(%)	
Até 10 min	36 (24,5)
De 11 a 30 min	30 (20,4)
De 31 a 60 min	56 (38,1)
Mais de 1h	25 (17,0)
Intensidade	
Leve	49 (33,3)
Moderada	83 (56,5)
Intensa	15 (10,2)

Tabela 3 – Autoavaliação do estado de saúde atual dos pacientes na amostra total e por gênero

Características	Amostra total (n=175)	Sexo masculino (=126)	Sexo feminino (n=49)	Valor-p*
Estado de saúde atual				0,016
Ótimo	44 (25,1)	39 (31,0)**	5 (10,2)	
Bom	111 (63,4)	74 (58,7)	37 (75,5)**	
Regular	19 (10,9)	13 (10,3)	6 (12,2)	
Péssimo	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (2,0)	
Doenças				
Diabetes	32 (18,3)	17 (13,5)	15 (30,6)	0,016
Hipertensão	65 (37,1)	39 (31,0)	26 (53,1)	0,011
Derrame cerebral	10 (5,7)	5 (4,0)	5 (10,2)	0,145
Infarto do miocárdio	14 (8,0)	9 (7,1)	5 (10,2)	0,539
Angina	8 (4,6)	6 (4,8)	2 (4,1)	1,000
Colesterol elevado	41 (23,4)	25 (19,8)	16 (32,7)	0,110
Triglicérides elevados	24 (13,7)	14 (11,1)	10 (20,4)	0,174

* Teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher

** Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Tabela 4 – Consumo de frutas, vegetais e dados referentes à alimentação na amostra total e por classificação pelo IMC

Características*	Amostra total (n=175)	Desnutrido/Eutrofia (n=93)	Sobrepeso (n=67)	Obesidade (n=15)	p**
Nº de frutas/dia	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	2 (0 – 3)	0,824
Banana	120 (68,6)	64 (68,8)	46 (68,7)	10 (66,7)	0,986
Maçã	98 (56,0)	52 (55,9)	37 (55,2)	9 (60,0)	0,945
Laranja	53 (30,3)	32 (34,4)	18 (26,9)	3 (20,0)	0,392
Manga	21 (12,0)	8 (8,6)	11 (16,4)	2 (13,3)	0,320
Uva	3 (1,7)	3 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,260
Ameixa	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	0,005
Mamão	24 (13,7)	13 (14,0)	8 (11,9)	3 (20,0)	0,710
Melão	4 (2,3)	3 (3,2)	1 (1,5)	0 (0,0)	0,635
Pera	3 (1,7)	3 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,260
Morango	1 (0,6)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,642
Melancia	10 (5,7)	5 (5,4)	3 (4,5)	2 (13,3)	0,401
Pêssego	5 (2,9)	3 (3,2)	1 (1,5)	1 (6,7)	0,527
Kiwi	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	0,445
Abacaxi	3 (1,7)	2 (2,2)	0 (0,0)	1 (6,7)	0,178
Porções de vegetais/dia	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	2 (1 – 3)	0,411
Cenoura	71 (40,6)	44 (47,3)	23 (34,3)	4 (26,7)	0,133
Beterraba	64 (36,6)	34 (36,6)	28 (41,8)	2 (13,3)	0,118
Chuchu	19 (10,9)	14 (15,1)	5 (7,5)	0 (0,0)	0,116
Tomate	60 (34,3)	29 (31,2)	26 (38,8)	5 (33,3)	0,603
Pepino	12 (6,9)	9 (9,7)	2 (3,0)	1 (6,7)	0,255
Alface	153 (87,4)	79 (84,9)	61 (91,0)	13 (86,7)	0,515
Brócolis	3 (1,7)	1 (1,1)	2 (3,0)	0 (0,0)	0,569
Rúcula	11 (6,3)	7 (7,5)	2 (3,0)	2 (13,3)	0,253
Agrião	5 (2,9)	3 (3,2)	2 (3,0)	0 (0,0)	0,782
Almeirão	2 (1,1)	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (6,7)	0,089
Abobrinha	8 (4,6)	3 (3,2)	4 (6,0)	1 (6,7)	0,658
Couve-flor	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	0,445
Couve	3 (1,7)	2 (2,2)	1 (1,5)	0 (0,0)	0,824
Chicória	8 (4,6)	5 (5,4)	2 (3,0)	1 (6,7)	0,713
Repolho	51 (29,1)	25 (26,9)	20 (29,9)	6 (40,0)	0,576
Nº de copos leite/dia	0 (0 – 1)	1 (0 – 1)	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)	0,060

* descritas por mediana (percentis 25-75) ou n(%); ** teste kruskal-waliis para as contínuas e qui-quadrado de Pearson/exato de Fisher para as categóricas

Tabela 4 – Consumo de frutas, vegetais e dados referentes à alimentação na amostra total e por classificação pelo IMC - continuação

Características*	Amostra total (n=175)	Desnutrido/Eutrofia (n=93)	Sobrepeso (n=67)	Obesidade (n=15)	p**
Preparo dos alimentos					0,407
Cozidos	72 (41,1)	39 (41,9)	27 (40,3)	6 (40,0)	
Assados	54 (30,9)	22 (23,7)	24 (35,8)	8 (53,3)	
Fritos	19 (10,9)	10 (10,8)	9 (13,4)	0 (0,0)	
Cozidos e assados	20 (11,4)	15 (16,1)	4 (6,0)	1 (6,7)	
Cozidos e fritos	2 (1,1)	1 (1,1)	1 (1,5)	0 (0,0)	
Fritos e assados	4 (2,3)	3 (3,2)	1 (1,5)	0 (0,0)	
Todos	4 (2,3)	3 (3,2)	1 (1,5)	0 (0,0)	
Sal no prato					0,090
Sim	36 (20,6)	20 (21,5)	10 (14,9)	6 (40,0)	
Não	139 (79,4)	73 (78,5)	57 (85,1)	9 (60,0)	
Preparo dos alimentos com					0,084
Óleo vegetal	147 (86,0)	76 (84,4)	61 (92,4)	10 (66,7)	
Gordura vegetal	9 (5,3)	4 (4,4)	3 (4,5)	2 (13,3)	
Gordura animal	15 (8,8)	10 (11,1)	2 (3,0)	3 (20,0)	

* descritas por mediana (percentis 25-75) ou n(%); ** teste kruskal-waliis para as contínuas e qui-quadrado de Pearson/exato de Fisher para as categóricas

Tabela 5 – Associação das doenças com o consumo de vegetais e frutas

Doenças	Nº de frutas/dia Mediana (P25-P75)	Valor-p*	Porções de vegetais/dia Mediana (P25-P75)	Valor-p*
Diabetes				
Sim	1,5 (1 – 2)	0,224	2,5 (2 – 3)	0,728
Não	2 (1 – 3)		3 (2 – 4)	
Hipertensão				
Sim	2 (1 – 3)	0,223	3 (2 – 4)	0,023
Não	2 (1 – 3)		2 (1 – 4)	
Derrame cerebral				
Sim	2 (0 – 2)	0,225	3 (2 – 4)	0,300
Não	2 (1 – 3)		3 (2 – 4)	
Infarto do miocárdio				
Sim	2 (1 – 3)	0,703	3 (2 – 5)	0,041
Não	2 (1 – 3)		3 (2 – 4)	
Angina				
Sim	2,5 (0 – 4)	0,441	3,5 (3 – 5)	0,030
Não	2 (1 – 3)		3 (2 – 4)	
Colesterol elevado				
Sim	2 (1 – 3)	0,542	3 (2 – 4)	0,033
Não	2 (1 – 3)		2 (2 – 3)	
Triglicérides elevados				
Sim	2 (1 – 3)	0,878	3 (2 – 5)	0,040
Não	2 (1 – 3)		3 (2 – 4)	

* teste de Mann-Whitney

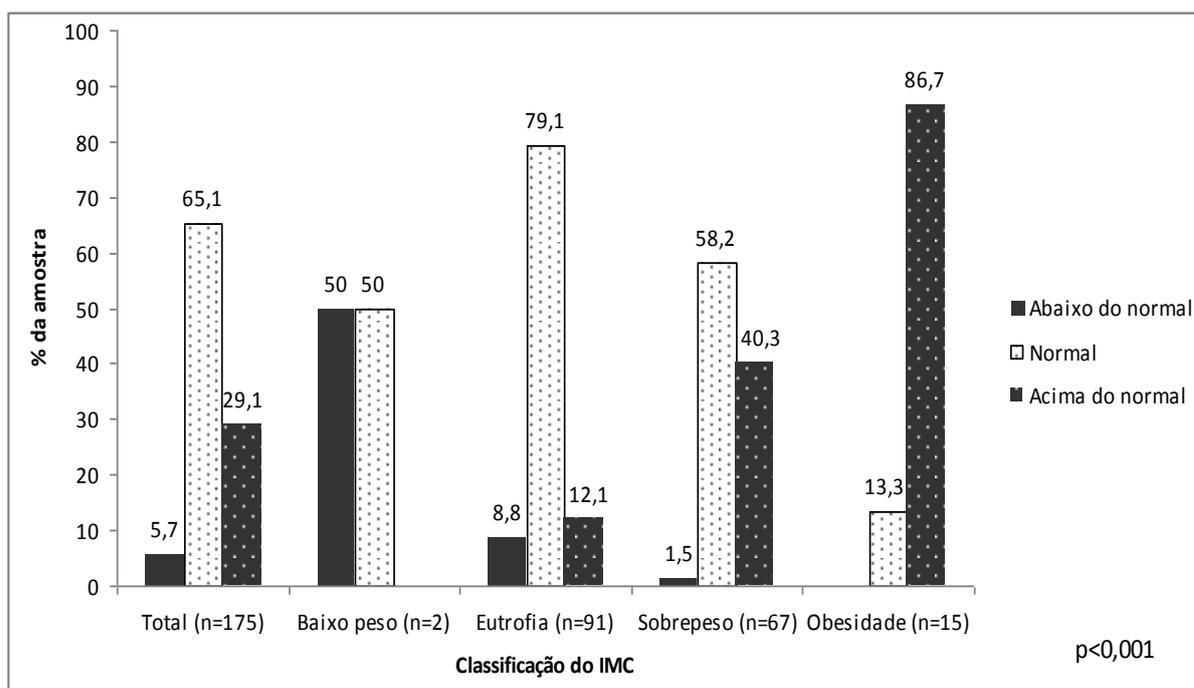


Figura 1 – Autoavaliação do peso atual na amostra total e conforme IMC

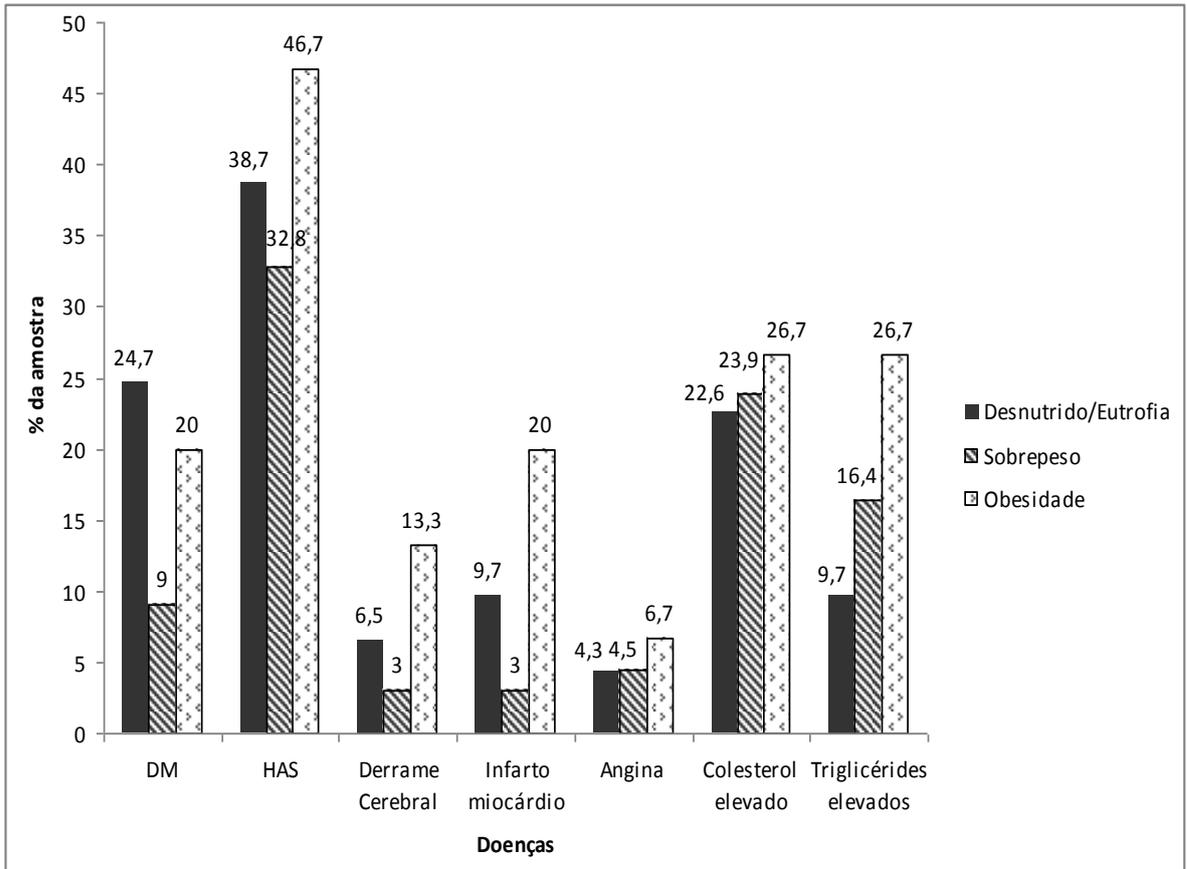


Figura 2 – Prevalência das doenças conforme o estado nutricional pelo IMC

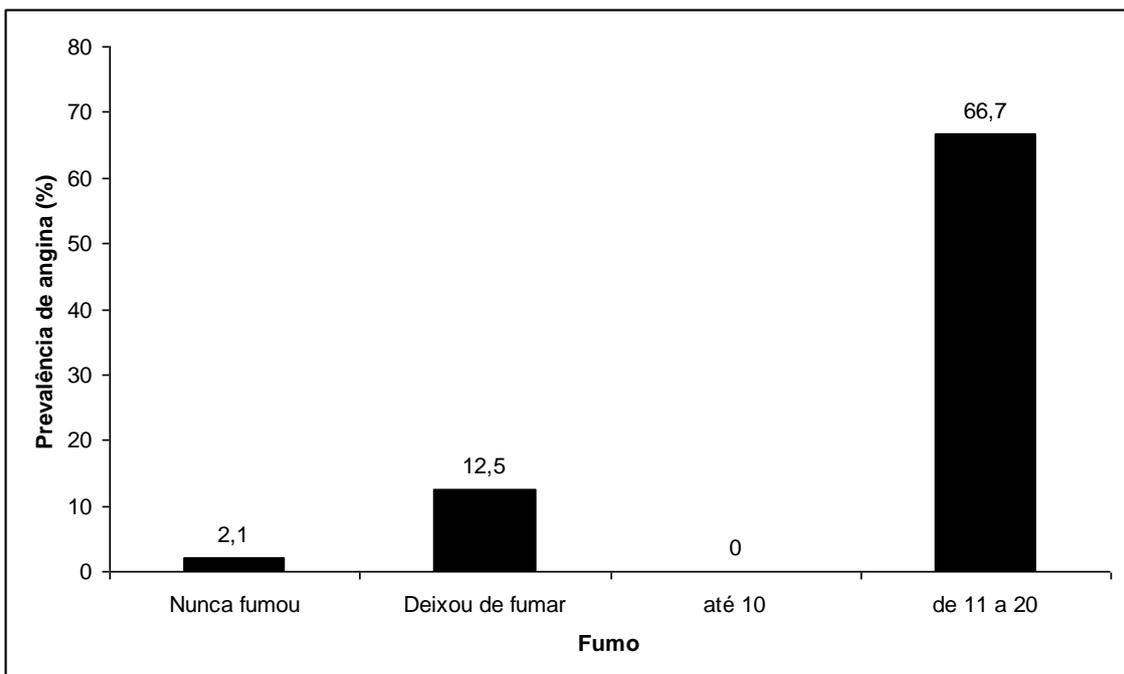


Figura 3 – Prevalência de angina conforme o fumo