

## ARTIGO ORIGINAL

# Qualidade da dieta da equipe de enfermagem de um hospital filantrópico de Pelotas (RS)\*

## *Diet quality of a nursing staff of a philanthropic hospital in Pelotas/RS*

Bianca Barbieri Correa da Silva<sup>1</sup> , Jaqueline Gonçalves Domingues<sup>1</sup> , Isabel Oliveira Bierhals<sup>2\*</sup> 

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde da mulher, criança e adolescente, Universidade Católica de Pelotas (UCIPel) - Pelotas (RS), Brasil.

<sup>2</sup>Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) - Pelotas (RS), Brasil.

**Como citar:** Silva BBC, Domingues JG, Bierhals IO. Qualidade da dieta da equipe de enfermagem de um hospital filantrópico de Pelotas (RS). *Cad Saúde Colet*, 2020;28(1):34-43. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010086>

### Resumo

**Introdução:** Hábitos alimentares de um indivíduo impactam diretamente sobre suas condições de saúde, estado nutricional, além de influenciar suas atividades diárias, incluindo trabalho e estudos. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da dieta de profissionais de enfermagem. **Método:** Variáveis comportamentais e de alimentação foram coletadas por meio de um questionário baseado em Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). O índice de qualidade da dieta foi desenvolvido com base na alimentação relatada pelos profissionais, atribuindo pontos a cada alimento/prática conforme frequência de consumo/realização. Associações entre desfecho e exposições foram avaliadas por meio de Teste T e ANOVA. **Resultados:** Entre 272 indivíduos, observou-se consumo elevado de legumes, verduras e frutas e reduzido de frango e leite e que os participantes não apresentavam o hábito de trocar o almoço por lanche. Também se verificou elevado consumo de refrigerantes, sucos artificiais e doces. A média da qualidade da dieta foi 16,8 do total de 30 pontos e maiores pontuações associaram-se a indivíduos mais velhos, que referiram praticar atividade física e não consumiam bebidas alcoólicas, auxiliares de enfermagem e que não possuíam outra atividade profissional. **Conclusão:** A baixa qualidade da dieta dos profissionais evidenciou necessidade de esclarecimento sobre hábitos saudáveis.

**Palavras-chave:** profissionais de enfermagem; equipe de enfermagem; comportamento alimentar; estudos transversais.

### Abstract

**Background:** An individual's eating habits directly impact on their health conditions, nutritional status, in addition to influencing their daily activities, including work and studies. **Objective:** To evaluate the diet quality of a nursing professionals. **Method:** Behavioral and feeding variables were collected through a questionnaire based on the VIGITEL - Surveillance of Risk and Protection Factors for Chronic Diseases. The Diet Quality Index was developed from the diet reported by professionals, assigning points to each food/practice according to frequency of consumption/achievement. Associations between outcome and exposures were evaluated through T Test and ANOVA. **Results:** Among the 272 subjects, high consumption of legumes, vegetables and fruits was observed, and consumption reduced of chicken and milk, and that the participants did not present the habit of exchange the lunch for snack. There was also a high consumption of soft drinks, artificial juices and sweets. The mean of the diet was 16.8 out of a total of 30 points and higher scores were associated with older individuals, who reported practicing

\* Este artigo originou-se da dissertação intitulada Qualidade da alimentação e estado nutricional de funcionários da equipe de enfermagem de um hospital filantrópico de Pelotas (RS), de Bianca Barbieri Correa da Silva, defendida em setembro de 2017 pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher Criança e Adolescente da Universidade Católica de Pelotas.

Trabalho realizado na instituição Hospital Santa Casa de Pelotas - Pelotas (RS), Brasil.

Correspondência: Isabel Oliveira Bierhals. E-mail: [isabelbierhals@gmail.com](mailto:isabelbierhals@gmail.com)

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Mar. 26, 2018

Aprovado em: Maio 25, 2019



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

physical activity and who did not consume alcoholic beverages, nursing assistants and those who did not have any other professional activity.

**Conclusion:** The poor quality of the diet of the professionals evidenced the need for clarification about healthy habits.

**Keywords:** nurse practitioners; nursing, team; feeding behavior; cross-sectional studies.

## INTRODUÇÃO

Hábitos alimentares de um indivíduo representam um importante componente do seu comportamento e estilo de vida, impactando diretamente sobre suas condições de saúde<sup>1</sup> além de influenciar o estado nutricional e o risco para desenvolvimento de doenças<sup>2</sup>. A qualidade da alimentação também terá influência sobre suas atividades diárias, incluindo trabalho e estudos<sup>3</sup>. Uma dieta saudável, com alto consumo de frutas, vegetais, peixe e oleaginosas, por exemplo, tem sido associada a benefícios cognitivos<sup>4,5</sup>, enquanto pular refeições ou comer lanches açucarados pode resultar em baixos níveis glicêmicos, causando lentidão no tempo de reação, menor concentração e humor<sup>6,7</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), bem como de suas consequências e agravos, está diretamente relacionado a um conjunto de fatores de risco, como tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, inatividade física e má alimentação<sup>8</sup>. As DCNTs são consideradas as principais causas de mortalidade no mundo, representando 63% de todas as mortes<sup>9</sup>. Projeta-se que a mortalidade por esse grupo de doenças em 2030 representará 73,9% dos óbitos mundiais, que aumentarão de 38 milhões, em 2012, para 52 milhões, em 2030<sup>10</sup>.

Aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, especialmente aqueles vividos por profissionais da área da saúde, estão relacionados diariamente com alto grau de tensão, jornadas de trabalho longas e intermitentes, muitas vezes noturnas, lidando com doença e morte, o que pode gerar ansiedade, dores e cansaços físico e mental<sup>11</sup>. Como consequência dessa dinâmica de trabalho, costumam apresentar alteração nos padrões de alimentação, consumindo alimentos não saudáveis, pulando refeições ou as substituindo por lanches calóricos, ricos em gorduras e açúcares, afetando, conseqüentemente, seu estado nutricional<sup>12-15</sup>.

Como forma de avaliar a alimentação, análise das características da dieta com suas diversas combinações de alimentos pode ser útil, principalmente porque os alimentos não são consumidos isoladamente e refletem a escolha por determinado estilo de vida<sup>16</sup>. Nesse sentido, índices de qualidade da dieta têm sido desenvolvidos para obter uma medida resumo das principais características da alimentação, facilitando a avaliação da qualidade desta em populações ou grupos de indivíduos<sup>17</sup>.

Desta forma, o presente estudo visou avaliar a qualidade da alimentação dos profissionais da equipe de enfermagem de um hospital filantrópico de Pelotas, no Rio Grande do Sul.

## MÉTODO

Estudo transversal, realizado em um hospital filantrópico no interior do Rio Grande do Sul, durante março e abril de 2017. A população em estudo foi composta de profissionais do Setor de Enfermagem do hospital, que, no seu total, possuía 442 funcionários da área de enfermagem, incluindo enfermeiros(a), técnicos(a) e auxiliares de enfermagem. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob parecer nº 1.954.158.

Foram consideradas perdas os profissionais não encontrados após três tentativas em dias e horários distintos e aqueles que não estavam presentes, em decorrência de atestados médico e férias. Foram consideradas recusas quando os profissionais não aceitaram participar do estudo e excluídas as profissionais grávidas, pelo fato de a gestação interferir na alimentação, no estado nutricional e nas demais variáveis mensuradas. Após sucessivas tentativas de contato, foram contabilizadas perdas e as recusas que foram, respectivamente, de 24,7% (n = 109) e 13,8% (n = 61), sendo a maioria do sexo feminino (89,4%). Do total de profissionais elegíveis para o estudo, a amostra final foi composta de 272 funcionários.

Inicialmente, os profissionais foram identificados nos seus setores de trabalho e convidados a participar do estudo. Após sua concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), as pesquisadoras mestrandas responsáveis pelo estudo, previamente treinadas, aplicaram os questionários e realizaram medidas antropométricas. O instrumento de pesquisa foi construído com base no questionário Vigitel<sup>18</sup>.

O consumo alimentar foi avaliado de acordo com a seguinte pergunta: “Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a.) costuma comer (alimento)?”, sendo eles: feijão, verdura ou legume (por exemplo: alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha), carne vermelha (boi, porco), frango, frutas, leite, refrigerantes ou suco artificial e doces (por exemplo, sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces). Outras duas questões adicionais também foram realizadas: “Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a.) costuma trocar a comida do almoço por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?” e “Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a.) costuma trocar a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?”. Em todas as questões, as opções de resposta variaram de zero (não comeu/não realizou a prática de trocar refeições por lanches) a sete dias (comeu/realizou a troca das refeições em todos os dias da semana).

O índice de qualidade da dieta (IQD) dos profissionais de enfermagem foi avaliado na forma de escore, baseado em um instrumento denominado índice de qualidade da dieta de idosos (IQD-I) proposto por Gomes *et al.*<sup>19</sup>, cuja pontuação foi baseada nas recomendações da primeira edição do *Guia alimentar para população brasileira*<sup>20</sup>. As frequências de consumo de cada alimento ou realização das práticas de substituir refeições por lanches foram agrupadas em quatro categorias: não comeu/realizou, 1-3 dias, 4-6 dias e todos os dias. Cada categoria de resposta recebeu uma pontuação, que variou de 0 a 3 pontos. Alimentos como feijão, frutas, legumes e verduras, carnes e leite, considerados “saudáveis”, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS), descritas na segunda edição do *Guia alimentar para população brasileira*<sup>21</sup>, receberam pontuação de forma crescente (não consumiram = 0 ponto, consumiram todos os dias = 3 pontos). Para os demais alimentos e para o hábito de substituir refeições por lanches, avaliados como “não saudáveis”, a pontuação foi decrescente. Desta forma, a pontuação total do IQD poderia variar de 0 a 30 pontos; quanto mais perto de 0, pior a qualidade da dieta ou distante das recomendações, e quanto mais perto de 30, melhor a qualidade ou o mais próximo às recomendações.

Demais variáveis coletadas foram as seguintes: sexo (masculino e feminino), idade (coletada como variável numérica discreta e posteriormente categorizada em 20-29, 30-39, 40-49, 50 anos ou mais), situação conjugal (“casado[a] ou mora com companheiro[a]”, “solteiro[a] ou sem companheiro[a]”, “separado[a]”, “viúvo[a]”), cor da pele autorreferida (branca, preta, parda ou outra), consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias e tabagismo atual (sim e não), prática de atividade física nos últimos três meses (sim e não). Também foram coletadas informações relacionadas ao trabalho, como profissão (enfermeiro[a], técnico[a] de enfermagem ou auxiliar de enfermagem), turno de trabalho na instituição (manhã, tarde, manhã e tarde, noite) e se o indivíduo realizava outra atividade remunerada na área da saúde (sim e não).

Para aferir o peso, utilizou-se balança digital da marca Tanita<sup>®</sup> com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g. Para aferir a altura, foi utilizado um estadiômetro portátil de alumínio, com precisão de 1 mm. As medidas de peso e altura foram realizadas com o indivíduo trajando roupas leves e sem sapatos, conforme técnica padronizada da OMS<sup>22</sup>. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado [ $\text{kg}/(\text{altura})^2$ ] e classificado em: < 18,5 kg/m<sup>2</sup> (baixo peso), ≥ 18,5 a < 25,0 kg/m<sup>2</sup> (eutrofia), ≥ 25,0 a < 30,0 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso) e ≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup> (obesidade)<sup>22</sup>.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do Stata 12.1<sup>®</sup>. Inicialmente, efetuou-se a descrição da amostra, segundo números absolutos e relativos, e da alimentação da equipe de enfermagem, que apresentou distribuição normal em relação à média e ao intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de dias de consumo de frutas, vegetais, feijão, carnes, refrigerantes e sucos industrializados, leite, doces e de acordo com o hábito de trocar refeições principais por lanches rápidos. Realizou-se, também, a descrição da qualidade da dieta dos profissionais a partir de amplitudes máxima, média e desvio padrão. Teste T e ANOVA foram realizados para avaliar a associação entre as variáveis de exposição e o desfecho de qualidade, avaliado como variável quantitativa contínua.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra. Encontrou-se predominância de profissionais do sexo feminino (90,4%), com idade entre 30 e 49 anos (63,2%), de cor de pele branca (76,5%) e casados(a) (61,0%). Aproximadamente quatro em cada cinco profissionais (81,6%) eram técnicos(a) de enfermagem, com turnos de trabalho durante a manhã ou à tarde (aproximadamente 32% para ambos), e a maioria não possuía outra atividade remunerada

**Tabela 1.** Descrição da amostra de acordo com variáveis demográficas, comportamentais, de saúde e de categoria profissional. Pelotas, 2017 (N = 272)

Variáveis	N (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	26 (9,6)
Feminino	246 (90,4)
<b>Idade (anos completos)</b>	
20-29	57 (21,0)
30-39	98 (36,0)
40-49	74 (27,2)
50 ou mais	43 (15,8)
<b>Situação conjugal</b>	
Casado(a)	166 (61,0)
Solteiro(a), separado(a), viúvo(a)	106 (39,0)
<b>Cor da pele autorreferida</b>	
Branca	208 (76,5)
Preta, parda, outra	64 (23,5)
<b>Consumo de álcool</b>	
Não	150 (55,1)
Sim	122 (44,9)
<b>Fumo atual</b>	
Não	247 (90,8)
Sim	25 (9,2)
<b>Atividade física nos últimos três meses</b>	
Não	167 (61,4)
Sim	105 (38,6)
<b>Profissão</b>	
Enfermeiro(a)	27 (9,9)
Técnico(a) de enfermagem	222 (81,6)
Auxiliar de enfermagem	23 (8,5)
<b>Turno de trabalho</b>	
Manhã	87 (32,0)
Tarde	88 (32,3)
Manhã e tarde	16 (5,9)
Noite	81 (29,8)
<b>Outra atividade remunerada na saúde</b>	
Não	205 (75,4)
Sim	67 (24,6)
<b>Estado nutricional (kg/m<sup>2</sup>)</b>	
Baixo peso	1 (0,4)
Eutrofia	69 (25,4)
Sobrepeso	102 (37,4)
Obesidade	100 (36,8)

na área da saúde (75,4%). Em relação a variáveis comportamentais, 61,4% referiram não ter praticado exercícios físicos nos últimos três meses, 44,9% relataram consumir bebidas alcoólicas, enquanto a maioria (90,8%) respondeu não ser fumante naquele momento. Quanto ao estado nutricional, a média de IMC observada entre os profissionais foi de 29 kg/m<sup>2</sup> (IC95%: 28,3; 29,7) (dados não apresentados), com prevalência de 74,2% de excesso de peso, sendo 36,8% de obesidade.

A Tabela 2 descreve a média de dias de consumo/realização semanal dos componentes do IQD, amplitude total, média e desvio padrão dos componentes do índice. De forma geral, a média do IQD foi de 16,8 pontos (IC95%: 16,3; 17,3) e a mediana foi de 17, com amplitude de valores entre 6 e 26 pontos. Em relação à média e à amplitude total e de cada componente, para os alimentos saudáveis, maiores pontuações foram observadas para o consumo de legumes e verduras (4,5 dias; IC95%: 4,2; 4,8) e de frutas (4,4 dias; IC95%: 4,1; 4,7), indicando mais consumo desses alimentos, e menores pontuações foram observadas para o consumo de frango (2,7 dias; IC95%: 2,6; 2,9) e leite (2,9 dias; IC95%: 2,5; 3,3), demonstrando que ambos são consumidos poucos dias na semana. Para os alimentos e hábitos não saudáveis, maiores pontuações foram observadas para o consumo de refrigerantes ou sucos artificiais (3,6 dias; IC95%: 3,3; 4,0) e doces (3,4 dias; IC95%: 3,1; 3,7), indicando que os profissionais apresentam alto consumo semanal desses alimentos, tendo menor pontuação sido encontrada para a troca

**Tabela 2.** Média de dias de consumo/realização semanal dos componentes do índice de qualidade da dieta (IQD), amplitude total, média e desvio padrão total e de cada componente. Pelotas, 2017

Componente	Dias/semana (IC95%)	Qualidade da dieta	
		Amplitude do escore	Média (DP)
<b>Saudáveis*</b>			
Feijão	3,8 (3,4; 4,1)	0-3	1,6 (0,9)
Legumes ou verduras	4,5 (4,2; 4,8)	0-3	1,9 (0,9)
Carne vermelha	4,0 (3,7; 4,2)	0-3	1,7 (0,7)
Frango	2,7 (2,6; 2,9)	0-3	1,2 (0,5)
Frutas	4,4 (4,1; 4,7)	0-3	2,0 (1,0)
Leite	2,9 (2,5; 3,3)	0-3	1,3 (0,9)
<b>Não saudáveis<sup>‡</sup></b>			
Refrigerantes ou suco artificial	3,6 (3,3; 4,0)	0-3	1,4 (0,9)
Doces	3,4 (3,1; 3,7)	0-3	1,4 (1,0)
Trocar almoço por lanche	1,0 (0,8; 1,2)	0-3	2,5 (0,8)
Trocar jantar por lanche	2,8 (2,5; 3,1)	0-3	1,8 (1,0)
<b>Total</b>	-	<b>0-30</b>	<b>16,8 (3,9)</b>

\*Maiores médias indicam mais frequência de consumo; <sup>‡</sup>Maiores médias indicam menos frequência de consumo

do almoço por lanche (1 dia; IC95%: 0,8; 1,2), indicando que essa prática foi pouco realizada pelos profissionais.

A Tabela 3 apresenta a média da qualidade da dieta conforme variáveis independentes. Pode-se observar que a qualidade foi maior em indivíduos mais velhos ( $p < 0,001$ ). Não houve diferenças significativas em relação à cor da pele, ao sexo ou à situação conjugal dos participantes. Indivíduos que praticavam atividade física apresentaram melhor média da qualidade da dieta ( $p < 0,001$ ), assim como aqueles que não consumiam bebidas alcoólicas ( $p = 0,015$ ). Em relação às categorias profissionais, auxiliares de enfermagem apresentaram

**Tabela 3.** Média de qualidade da dieta de acordo com variáveis demográficas, comportamentais, de saúde e de categoria profissional. Pelotas, 2017

Variáveis	Índice de qualidade da dieta	
	Média (IC95%)	Valor-p
<b>Sexo</b>		0,680 <sup>¥</sup>
Masculino	17,1 (15,5; 18,8)	
Feminino	16,8 (16,3; 17,3)	
<b>Idade (anos completos)</b>		<0,001 <sup>£</sup>
20-29	15,4 (14,4; 16,4)	
30-39	16,3 (14,1; 18,5)	
40-49	17,4 (15,1; 19,7)	
50 ou mais	18,7 (16,2; 21,2)	
<b>Situação conjugal</b>		0,076 <sup>¥</sup>
Casado(a)	17,2 (16,6; 17,7)	
Solteiro(a), separado(a), viúvo(a)	16,3 (15,5; 17,1)	
<b>Cor da pele autorreferida</b>		0,772 <sup>¥</sup>
Branca	16,8 (16,2; 17,3)	
Preta, parda, outra	16,9 (16,0; 17,9)	
<b>Consumo de álcool</b>		0,015 <sup>¥</sup>
Não	17,3 (16,7; 18,0)	
Sim	16,3 (15,5; 16,9)	
<b>Fumo atual</b>		0,194 <sup>¥</sup>
Não	16,9 (16,4; 17,4)	
Sim	15,8 (14,4; 17,2)	
<b>Atividade física nos últimos três meses</b>		<0,001 <sup>¥</sup>
Não	16,2 (15,6; 16,7)	
Sim	17,8 (17,1; 18,6)	
<b>Profissão</b>		0,013 <sup>£</sup>
Enfermeiro(a)	17,9 (16,4; 19,4)	
Técnico(a) de enfermagem	16,5 (13,5; 19,5)	
Auxiliar de enfermagem	18,7 (15,0; 22,3)	
<b>Turno de trabalho</b>		0,994 <sup>£</sup>
Manhã	16,9 (16,1; 17,7)	
Tarde	16,7 (14,7; 18,7)	
Manhã e tarde	16,7 (13,8; 19,7)	
Noite	16,8 (14,8; 18,9)	
<b>Outra atividade remunerada na saúde</b>		0,015 <sup>¥</sup>
Não	17,1 (16,6; 17,7)	
Sim	15,8 (14,9; 16,8)	

<sup>¥</sup>Teste T; <sup>£</sup>ANOVA

a melhor média de qualidade da alimentação, seguido por enfermeiros ( $p = 0,013$ ). Ainda, a qualidade da dieta foi melhor no grupo que não possuía outra atividade profissional ( $p = 0,015$ ).

## DISCUSSÃO

O presente estudo, que avaliou a qualidade da dieta dos profissionais de um hospital filantrópico na cidade de Pelotas, verificou uma média de qualidade considerada baixa, 16,8 de um total de 30 pontos. Foi observado consumo elevado de legumes, verduras e frutas, consumo reduzido de frango e leite e também que os participantes não tinham o hábito de trocar o almoço por lanche, mas realizaram essa troca no jantar. Em contrapartida, observou-se consumo elevado de refrigerantes, sucos artificiais e doces. A qualidade da dieta foi positivamente associada a indivíduos mais velhos, que referiram praticar atividade física e não consumiam bebidas alcoólicas, auxiliares de enfermagem e aqueles que não possuíam outra atividade profissional.

Este é o primeiro estudo que avaliou a qualidade da dieta em uma população específica de profissionais de uma equipe de enfermagem. Desta forma, a comparabilidade com outros estudos se mostrou limitada. Todavia, permitiu identificar características dessa população, especialmente práticas não saudáveis, de forma a abordá-las em programas de educação nutricional, proporcionando melhores condições de saúde.

Em relação aos componentes não saudáveis da dieta, pôde-se observar que houve consumo superior a três dias na semana de sucos/refrigerantes e doces. Verificou-se, também, que em quase três dias da semana os profissionais relataram trocar o jantar por lanches. Na literatura, a troca de refeições, como almoço e jantar, por lanches também foi relatada como frequente entre enfermeiros<sup>23</sup>. Segundo Coelho et al.<sup>24</sup>, em uma revisão integrativa das publicações científicas a respeito dos profissionais de enfermagem, pôde-se identificar modificações negativas nos hábitos alimentares dos trabalhadores. Cabe ressaltar que refeições realizadas fora de casa normalmente se caracterizam por alimentos com alta densidade energética e baixo valor nutricional, principalmente por serem de rápido consumo, mais rápidos e palatáveis, com mais teor de gordura, sal e açúcar, o que pode ocasionar mais risco à saúde dos indivíduos<sup>25</sup>.

Já sobre os componentes considerados saudáveis, em relação ao consumo de legumes e verduras durante a semana, os profissionais alcançaram uma média de 4,5 dias; em relação às frutas, a média de consumo foi de 4,4 dias na semana e de feijão, de aproximadamente quatro dias. Apesar de ter apresentado as maiores pontuações, o consumo ainda está aquém do recomendado. Dados do último Vigitel<sup>26</sup> evidenciam que apenas um entre três adultos consome frutas e hortaliças em cinco dias na semana. Segundo a OMS<sup>27</sup>, o consumo mínimo diário de frutas, legumes e verduras é de 400 g, equivalente a aproximadamente cinco porções diárias. A promoção do consumo adequado desse grupo de alimentos é essencial para prevenir a maioria das doenças causadas pela não adesão a um estilo de vida saudável e à alimentação adequada<sup>27</sup>.

O presente estudo também constatou consumo intermediário de carne vermelha, representando aproximadamente quatro dias na semana e de frango e leite em aproximadamente três dias. Embora a carne vermelha seja um item que deva estar presente em uma dieta equilibrada, o alto consumo desse alimento, principalmente se contiver excesso de gordura, tem sido apontado como um fator preocupante, estando associado à incidência de doenças cardiovasculares<sup>28</sup> e até mesmo de câncer<sup>29,30</sup>. O leite apresentou consumo relativamente baixo, todavia, somado a seus derivados, constitui um grupo de alimentos de grande valor nutricional, por ser fonte considerável de proteínas de alto valor biológico, além de vitaminas e minerais<sup>31</sup>. O consumo habitual desses alimentos é recomendado, principalmente para atingir a adequação diária de cálcio<sup>32</sup>.

A idade esteve associada à qualidade da dieta e indivíduos mais velhos apresentaram maiores pontuações do índice. Um estudo realizado com adultos em São Paulo também verificou melhor qualidade da dieta em indivíduos mais velhos<sup>33</sup>. Uma possível justificativa seria uma mudança de consciência sobre a saúde com o aumento da idade, interferindo diretamente nas escolhas alimentares<sup>33</sup>. Indivíduos que referiram não consumir álcool nos 30 dias anteriores à entrevista e que referiram praticar atividade física nos últimos três meses também apresentaram melhor qualidade da dieta. Variáveis de estilo de vida também são reportadas na literatura como associadas à qualidade da alimentação, em que indivíduos que praticam atividade física,



não bebem nem fumam tendem a apresentar maiores médias de qualidade<sup>34</sup>. O presente estudo também constatou que auxiliares de enfermagem e aqueles que não apresentavam outra atividade remunerada foram os grupos de profissionais com mais qualidade da dieta. Em controvérsia, estudos sugerem que existe um gradiente social na qualidade da dieta em favor de indivíduos com maior renda ou maior nível de escolaridade<sup>35-37</sup>. O mecanismo pelo qual o maior nível de escolaridade promove dietas saudáveis não foi completamente elucidado, mas pode ser causado pela difusão de conhecimento, experiências, atitudes e crenças que ocorre enquanto as pessoas estão no sistema educacional. Assim, indivíduos com escolaridade mais elevada tendem a apresentar mais conhecimento para a aquisição de alimentos<sup>38</sup>. Entre os profissionais, observou-se alta prevalência de excesso de peso, resultado semelhante a outro estudo brasileiro com trabalhadores de enfermagem, que verificou 68,9%<sup>39</sup>. De acordo com Vigitel, realizado em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em 2016, a prevalência de excesso de peso na população em geral, a partir de IMC igual a ou maior que 25,0 kg/m<sup>2</sup>, atingiu 53,8%<sup>40</sup>. Segundo uma revisão de literatura, pesquisas brasileiras verificaram a ocorrência de sobrepeso e obesidade em profissionais da área da enfermagem, muitas vezes superiores às apresentadas na população em geral<sup>24</sup>. Aspectos relacionados ao ambiente de trabalho têm sido associados ao aumento de peso e do risco para o excesso de peso. Entre estes, destacam-se a carga excessiva de trabalho<sup>41</sup> e o estresse psicossocial no trabalho<sup>42</sup>.

Algumas limitações precisam ser relatadas, pois é possível que alguns indivíduos tenham omitido ou, ainda, superestimado suas respostas relacionadas a questões de alimentação, tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física, principalmente por serem profissionais da área da saúde e conhecedores das práticas saudáveis.

Em relação às perdas e recusas, existem setores do hospital onde os profissionais se ausentam para fazer coletas ou não permanecem muito tempo em seus setores pela alta demanda de atividades, o que pode ter refletido na não disponibilidade, falta de tempo ou interesse em participar de pesquisas, e ainda havia profissionais que estavam afastados por atestado médico ou férias. Desta forma, acredita-se que os resultados do presente estudo, no que tange à qualidade da alimentação, possam estar superestimados, principalmente porque é possível que aqueles que estavam sempre ausentes ou com alta demanda de trabalho tenham hábitos alimentares menos saudáveis. Outra questão que deve ser mencionada é a característica do estudo, que é descritivo, sem análise ajustada, e as associações não podem ser interpretadas como causais.

O presente estudo permitiu conhecer a qualidade da dieta de uma equipe de enfermagem, em que se observou consumo reduzido de frango e leite e elevado de refrigerantes, sucos artificiais e doces. Desta forma, reforçar orientações sobre práticas saudáveis, por meio de intervenções no ambiente de trabalho, baseadas em educação nutricional e em programas de promoção e prevenção da saúde, poderá favorecer mudanças de comportamento, prevenindo futuros agravos à saúde desses profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. 2004. [citado em 2017 dez 20]. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2010.
3. Esperança LMB, Galisa MS, Sá NG. Alimentação: O indivíduo, a Sociedade e o Profissional. In: Esperança LMB, Galisa MS, Sá NG. Nutrição conceitos e aplicações. São Paulo: M. Books; 2008. p. 3-5.
4. Lamport DJ, Saunders C, Butler LT, Spencer JPE. Fruits, vegetables, 100% juices, and cognitive function. *Nutr Ver.* 2014;72(12):774-89. <http://dx.doi.org/10.1111/nure.12149>. PMID:25399992.
5. Pribis P, Bailey RN, Russell AA, Kilsby MA, Hernandez M, Craig WJ, et al. Effects of walnut consumption on cognitive performance in young adults. *Br J Nutr.* 2012;107(9):1393-401. <http://dx.doi.org/10.1017/S0007114511004302>. PMID:21923981.



6. Müller K, Libuda L, Terschlüsen AM, Kersting M. A review of the effects of lunch on adults' short-term cognitive functioning. *Can J Diet Pract Res.* 2013;74(4):181-8. <http://dx.doi.org/10.3148/74.4.2013.181>. PMID:24472166.
7. Muff C, Reinhardt JD, Erbel R, Dragano N, Moebus S, Möhlenkamp S, et al. Who is at risk of irregular meal intake? Results from a population-based study. *J Public Health.* 2011;19(5):453-62. <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-011-0399-1>.
8. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization; 2011.
9. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2011.
10. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014. 302 p.
11. Oliveira JO Jr. Cuidando do cuidador. *Sociedade Brasileira para o estudo da dor. Prática Hospitalar.* 2009;65:117-9.
12. Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, Roberts D. Food for thought: An exploratory study of how physicians experience poor workplace nutrition. *Nutr J.* 2011;10(1):18. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-10-18>. PMID:21333008.
13. Waterhouse J, Buckley P, Edwards B, Reilly T. Measurement of, and some reasons for, differences in eating habits between night and day workers. *Chronobiol Int.* 2003;20(6):1075-92. <http://dx.doi.org/10.1081/CBI-120025536>. PMID:14680144.
14. Sahu S, Dey M. Changes in food intake pattern of nurses working in rapidly rotating Shift. *Al Ameen J Med Sci.* 2011;4(1):12-22.
15. Crispim CA, Zalzman I, Dáttilo M, Padilha HG, Edwards B, Waterhouse J, et al. The influence of sleep and sleep loss upon food intake and metabolism. *Nutr Res Rev.* 2007;20(2):195-212. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954422407810651>. PMID:19079870.
16. Fisberg RM, Slater B, Barros RR, Lima FD, Cesar CLG, Carandina L, et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. *Rev Nutr.* 2004;17(3):301-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000300003>.
17. Cervato AM, Vieira VL. Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta. *Rev Nutr.* 2003;16(3):347-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732003000300012>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2014. Saúde Suplementar: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
19. Gomes AP, Soares ALG, Gonçalves H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2016;21(11):3417-28. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.17502015>. PMID:27828575.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.* Brasília: MS; 2008.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira. 2a ed.* Brasília: MS; 2014.
22. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization, 1995.
23. Souza NVDO, Cunha LS, Pires AS, Gonçalves GA, Ribeiro LV, Silva SSLF. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. *Rev. Min. Enferm.* 2012;16(2):232-40.
24. Coelho MP, Oliveira OP, Mota MC, Crispim CA. Prejuízos nutricionais e distúrbios no padrão de sono de trabalhadores da Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):832-42. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670523>. PMID:25517680.
25. Souza ACTO, Arantes BFR, Costa PDC. A obesidade como fator de risco para doenças cardiovasculares. *Rev Edu Meio Amb e Saude.* 2008;3(1):107-16.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Saúde suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
27. World Health Organization. Global strategy on diet; physical activity and health: fifty-seventh World Health Assembly [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [citado em 2017 dez 20]. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)

28. Mozaffarian D, Micha R, Wallace S. Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med.* 2010;7(3):e1000252. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000252>. PMID:20351774.
29. Cross AJ, Leitzmann MF, Gail MH, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Sinha R. A prospective study of red and processed meat intake in relation to cancer risk. *PLoS Med.* 2007;4(12):1973-84. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0040325>. PMID:18076279.
30. Santarelli RL, Pierre F, Corpet DE. Processed meat and colorectal cancer: a review of epidemiologic and experimental evidence. *Nutr Cancer.* 2008;60(2):131-44. <http://dx.doi.org/10.1080/01635580701684872>. PMID:18444144.
31. Caroli A, Poli A, Ricotta D, Banfi G, Cocchi D. Invited review: dairy intake and bone health: a viewpoint from the state of the art. *J Dairy Sci.* 2011;94(11):5249-62. <http://dx.doi.org/10.3168/jds.2011-4578>. PMID:22032348.
32. Buzinaro EF, Almeida RNA, Mazeto GMFS. Biodisponibilidade do cálcio dietético. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2006;50(5):852-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302006000500005>. PMID:17160208.
33. Morimoto JM, Latorre MRDO, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M, et al. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saude Publica.* 2008;24(1):169-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100017>. PMID:18209845.
34. Guo X, Warden BA, Paeratakul S, Bray GA. Healthy Eating Index and obesity. *Eur J Clin Nutr.* 2004;58(12):1580-6. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601989>. PMID:15162130.
35. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr.* 2008;87(5):1107-17. <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107>. PMID:18469226.
36. Tiffin R, Salois M. Inequalities in diet and nutrition. *Proc Nutr Soc.* 2012;1(1):105-11. <http://dx.doi.org/10.1017/S0029665111003284>. PMID:22054306.
37. Darmon N, Drewnowski A. Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. *Nutr Rev.* 2015;73(10):643-60. <http://dx.doi.org/10.1093/nutrit/nuv027>. PMID:26307238.
38. Popkin BM, Zizza C, Siega-Riz AM. Who is leading the change? U.S. dietary quality comparison between 1965 and 1996. *Am J Prev Med.* 2003;25(1):1-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00099-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00099-0). PMID:12818303.
39. Silveira CDS, Urbanetto JS, Silva PC, Magnago TSBS, Poli-de-Figueiredo CE. Perfil de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de enfermagem em unidades de cuidado intensivo e emergência. *Rev Cienc Salud.* 2013;6(3):157-62.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
41. Han K, Trinkoff AM, Storr CL, Geiger-Brown J. Job stress and work schedules in relation to nurse obesity. *J Nurs Adm.* 2011;41(11):488-95. <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182346fff>. PMID:22033319.
42. Kouvonen A, Kivimäki M, Cox SJ, Cox T, Vahtera J. Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosom Med.* 2005;67(4):577-83. <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000170330.08704.62>. PMID:16046370.