

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE NUTRIÇÃO

Tania Beatriz Laner Soares

**PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE TRABALHADORES ATENDIDOS
EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO**

Porto Alegre, 2019.

Tania Beatriz Laner Soares

**PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE TRABALHADORES ATENDIDOS
EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO**

Trabalho de Conclusão apresentado a Comissão de Graduação do Curso de Nutrição, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa Dra. Zilda Elizabeth de Albuquerque Santos

Porto Alegre, 2019.

CIP - Catalogação na Publicação

Laner Soares, Tania Beatriz
PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE TRABALHADORES ATENDIDOS EM
UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO / Tania Beatriz Laner
Soares. -- 2019.
27 f.
Orientador: Zilda Elizabeth Albuquerque Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Estado nutricional. 2. Obesidade. 3. Saúde. I.
Albuquerque Santos, Zilda Elizabeth, orient. II.
Título.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer e me desculpar com as pessoas que estiveram próximas de mim nestes anos de UFRGS, pois imagino que dei trabalho. Inicialmente, à Vica: pelas ausências, me desculpo, e pelas mensagens de otimismo e sobre o quanto se sentia orgulhosa em ser a filha, agradeço. À amiga Dóris, um pouco responsável por esta graduação e que segurou todas na loja. Ao José Luiz - parceiro incansável: levou, esperou, deu caronas, fez um pouco de tudo, sendo muitas vezes acordado no meio da madrugada, sobressaltado, para encontrar os arquivos desaparecidos. À Vanes, Manu, Lari e Jô – presentes que ganhei, marcando um tempo recheado de amizade e alegria. À orientadora Zilda, pela paciência, apoio e sobretudo incentivo, botando fé até quando eu duvidava e me fazendo crescer a esta altura da vida. Aos guris da COMGRAD, que sempre me atenderam bem. Aos meus afetos amados que já partiram mas sei que me acompanham, curtindo e felizes por esta etapa. Ao Teodoro, que não sei se conseguiu entender o porquê de tantos passeios surrupiados...Enfim, muito obrigada a todos que não me deixaram desistir, Valeu!

RESUMO

A saúde do trabalhador é um item de grande importância na sociedade moderna e capitalista em que vivemos, pois dele depende a produção de bens e serviços para o consumo do planeta. Mudanças nos padrões de comportamento e na alimentação ao longo do tempo exigem adaptação e têm consequências sobre o estado nutricional das pessoas. Este estudo teve como objetivo conhecer o perfil antropométrico dos trabalhadores de um hospital universitário, que procuraram atendimento em um ambulatório de nutrição, no serviço médico ocupacional. O presente estudo é de natureza transversal, com coleta de dados (peso e estatura) registrados nos prontuários, entre abril de 2016 e outubro de 2018. Foram coletados dados de 117 trabalhadores, a média de idade foi de 42,5 anos, a prevalência de sobrepeso foi de 31,62% e de obesidade 41,88% e o sexo feminino foi predominante (82%). Nesta amostra de trabalhadores de um hospital universitário, prevaleceu o excesso de peso. Estes resultados apontam para a necessidade de a instituição desenvolver programas que promovam autocuidado e saúde no trabalho

Palavras-chave: Estado nutricional; Obesidade; Saúde.

ABSTRACT

The health of the worker is an item of great importance in the modern and capitalist society in which we live, for it depends on the production of goods and services for the consumption of the planet. Changes in patterns of behavior and eating over time require adaptation and have consequences on the nutritional status of people. This study aimed to know the anthropometric profile of the employees of a university hospital, who sought care in a nutrition clinic, in the occupational medical service. The present study is of a cross-sectional nature, with data collection (weight and height) recorded in medical records between April 2016 and October 2018. Data were collected from 117 workers, mean age was 42.5 years; prevalence of overweight was 31.62% and of obesity was 41.88% and female gender was predominant (82%). In this sample of workers from a university hospital, overweight prevailed. These results point to the need for the institution to develop programs that promote self-care and health at work.

Key words: Nutritional status, Obesity, Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal

Figura 2 - Distribuição quantitativa dos trabalhadores por Gênero e Índice de Massa Corporal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos indivíduos atendidos no ambulatório de Nutrição do Trabalhador, entre abril de 2016 e outubro de 2018, estratificadas por sexo

Tabela 2 - Medidas descritivas do perfil antropométrico da amostra total

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores por Faixa Etária e IMC

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores Escolaridade e IMC

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Saúde do Trabalhador	11
2.2 Transição Nutricional.....	12
2.3 Avaliação Nutricional	14
3 OBJETIVO	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4 MÉTODO	17
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6 CONCLUSÃO	23
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

1 INTRODUÇÃO

A economia globalizada e as mudanças no estilo de vida têm forçado investimentos maiores e no longo prazo, em saúde, objetivando os melhores indicadores de desempenho e de condições de vida das populações. No mundo, independente da cidade ou país, as organizações se tornaram mais competitivas e mais exigentes quando se trata de competências dos funcionários (ALVES, 2011).

No Brasil, a competitividade encontra-se em patamares característicos de país subdesenvolvido, ainda que com potencial de grande nação. O renomado indicador de performance de competitividade "Competitividade Brasil: comparação com países selecionados", da Confederação Nacional da Indústria, edição 2017-2018, posiciona o Brasil no penúltimo lugar deste ranking, dentre os dezoito países selecionados desde 2012. Por outro lado, no meio desse quadro desanimador, o Brasil tem a melhor posição no quesito disponibilidade e custo de mão de obra (4º de 16), item decisivo para o crescimento e com efeito multiplicador na geração de renda (CNI, 2018).

Recente análise do Banco Econômico Mundial calcula que países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem anos de trabalho devido às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são responsáveis por 72% das causas de mortes. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil estima que a queda da produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três das DCNT (diabetes, cardiopatias e acidente vascular encefálico) levarão a uma perda na economia brasileira de mais de US\$ 4,18 bilhões até 2022 (MALTA, 2011; BRASIL, 2011).

O direito ao trabalho - a demanda mais crucial e complexa do presente momento - e a saúde do trabalhador, fizeram nascer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que visa a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos (GOMEZ; COSTA, 1997).

Ações de vigilância em saúde do trabalhador, que possibilitem a elaboração de estratégias que interfiram no processo saúde-doença podem contribuir na produtividade e na qualidade de vida desta população. Com este foco, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil antropométrico de trabalhadores atendidos em um ambulatório de Nutrição.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde do Trabalhador

Cerca de 58% da população mundial, acima dos 10 anos de idade, constitui a força de trabalho que atende a demanda por produtos e serviços dos habitantes do globo. Diante disso, a saúde do trabalhador é tema da maior relevância para todas as nações, porque dela depende a capacidade de trabalho. A sociedade capitalista tem no trabalho seu principal fator econômico e no aumento da produtividade seu principal objetivo (OPAS/OMS, 2019).

No Brasil, considerando o impacto que a massa trabalhadora produz no âmbito econômico e social, assim como a ligação entre DCNT com o tipo de alimentação consumida, especialmente, pelos trabalhadores de baixa renda, o governo federal criou o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), em 1976. O PAT, vigente ainda nos dias atuais, tem como objetivos: melhorar as condições nutricionais e qualidade de vida dos trabalhadores, reduzir os acidentes de trabalho e o absenteísmo e aumentar a produtividade; ao mesmo tempo em que incentiva as empresas a ter serviço próprio de refeições e distribuir alimentos e cestas básicas, dentre outros benefícios. Mais tarde, em 1990, a saúde do trabalhador foi conceituada pela Lei 8080 como um “conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho ” (BRASIL, 1990).

A rotinização e os modelos rígidos, exaustivos e insalubres de trabalho resultam em alto risco para a saúde. Acidentes de trabalho, doenças associadas à exposição a agrotóxicos, radiação solar, cimento amianto e outras muitas substâncias utilizadas no cotidiano das atividades, demonstram a incompatibilidade entre a produção capitalista e a garantia de saúde do trabalhador (VIANNA et al., 2017; INCA, 2012).

Por sua importância, a saúde do trabalhador mereceu um programa de políticas e ações públicas. Em 2004, entrou em vigor a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância e redução por mortes causadas por acidentes de trabalho e outros danos à saúde relacionados ao trabalho. Através de estratégias para identificar situações de risco e aplicar medidas de controle, tornou-se um vasto campo de informação, conhecimento e práticas da saúde pública, cujo objeto é o processo saúde-doença do homem em sua relação com o trabalho (VIANNA et al., 2017).

Para combater enfermidades, sobretudo as DCNT, que respondem por 72% das causas de óbito entre a população, com ênfase para as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica, cujos principais fatores de risco são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, o Ministério da Saúde, através do fortalecimento de equipes multidisciplinares, definiu e priorizou ações de vigilância, informação, avaliação e monitoramento e cuidado integral para inclusão de todos os trabalhadores em um sistema de promoção, prevenção, capacitação para a segurança e proteção à saúde. Dentre as principais metas destas ações estão: reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos) e a prevalência de consumo nocivo de álcool; deter o crescimento da obesidade; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças e reduzir o consumo médio de sal (MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L; SILVA JUNIOR, J.B, 2011).

Na compreensão que a insatisfação do trabalhador e o desenvolvimento de doenças podem levar a comportamentos indesejáveis e resultados insatisfatórios de desempenho nas atividades laborais, as empresas empregam recursos em Saúde Ocupacional, criando condições e facilitando acesso à ações para promoção da saúde e bem estar de seus colaboradores (BENAGLIA, M.D., 2012).

2.2 Transição Nutricional

Transição nutricional pode ser definida como o “conjunto de mudanças nos padrões nutricionais resultantes de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos” com impacto na saúde das populações (FRANÇA et al, 2001).

Ao longo do último século, o mundo passou por profundas transformações e a Revolução Industrial alterou os padrões econômicos, sociais, demográficos e tecnológicos, com repercussões importantes na saúde e nos padrões alimentares das populações (BENAGLIA, M.D., 2012).

Na época em que a Europa se desenvolvia industrialmente, o Brasil ainda era uma colônia. Até metade do século passado, o brasileiro residia na zona rural, de onde vinha o sustento de sua família. A migração para a cidade afetou a história da alimentação brasileira em diferentes aspectos. Produtos básicos como farinhas, óleos e açúcar, antes produzidos artesanalmente, passaram a ser industrializados, ultrapassando os saberes tradicionais transmitidos de mãe para filha. Credita-se à Revolução Industrial ter sido a principal

estimuladora das mudanças no comportamento alimentar (IBGE, 2012; BLEIL, 1998; SOUZA, 2010).

Na década de 1960, nas áreas mais secas e pobres, o Brasil registrava formas de desnutrição graves, associadas à fome aguda e ao jejum, atingindo com frequência crianças e bebês. Naquela época, o problema era de carência global de nutrientes e de fome generalizada. Na década de 1970 e início dos anos 80, a inclusão da mulher no mercado de trabalho representou um importante movimento, pois mudou a qualidade da alimentação da família. Foi rápida a evolução para o consumo de alimentos congelados; pré-cozidos; pré-processados; cortados; desidratados; recheados de enzimas e produtos químicos com objetivo de intensificar sabor e cor (FRANÇA et al, 2001).

A opção por alimentos industrializados e a necessidade de comer fora de casa aumentou o consumo de ácidos graxos saturados e trans, açúcares, refrigerantes, álcool e guloseimas. Por conta desta sobrecarga de macronutrientes criou-se um contexto de excesso calórico e deficiência de micronutrientes (vitaminas e minerais). Como consequência, os anos 1990 chegaram marcados pelo crescimento das DCNT, entre as quais: obesidade, acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias (SOUZA, 2017).

Em 2000, o Brasil assumiu a condição de país urbano, com mais de 80% da população vivendo nas cidades. Por decorrência, se estabeleceu um novo estilo de vida, ocidentalizado, com hábitos alimentares extremamente calóricos, carregados em gorduras e açúcares, muito palatáveis, porém inadequados nutricionalmente e associados a doenças do coração e câncer. Esta última conjuntura exigiu adaptação, mudança nas expectativas e orientação nas novas escolhas alimentares (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; FERREIRA; AYDOS, 2012; GARCIA, 2003).

Segundo BALEM et al (apud Tanumihardjo), em 2007, a desnutrição, até então o centro das políticas mundiais de saúde, passou a concorrer pelos recursos com a obesidade. De acordo com especialistas de vários países, a obesidade passou a ser a causa predominante de mortalidade nas populações de baixa renda, pelo acesso e a facilidade para o consumo de ultraprocessados, em volumes acima do recomendado. Nesse sentido e como resultado do processo de transição nutricional, o sobrepeso e a obesidade se firmam em níveis nunca antes atingidos entre os brasileiros (FERREIRA; AYDOS, 2012).

2.3 Avaliação Nutricional

A saúde nutricional de um indivíduo pode ser determinada a partir de uma avaliação nutricional (AN). O resultado desta materializa-se através de um parecer/diagnóstico que considera a ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes, a partir de dados e informações oriundos de observação, exame, mensuração/verificação e análise do indivíduo. Deve ser realizada pelo nutricionista ou nutrólogo (MELLO, 2002).

A AN tem por objetivo subsidiar uma intervenção nutricional adequada com vistas à recuperação e manutenção da saúde, identificar indivíduos em risco nutricional, colaborar para a promoção e recuperação da saúde e monitorar sua evolução (MELLO, 2002).

A antropometria estuda as proporções e medidas do corpo humano. É método de baixo custo, não invasivo e requer poucos equipamentos. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - preconiza que, em adultos e idosos, peso e estatura sejam as medidas antropométricas utilizadas para fins de vigilância nutricional, além do cálculo e classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) (BRASIL, 2011; ACUNÃ; CRUZ, 2004).

De acordo com o SISVAN, o peso deve ser aferido estando o indivíduo descalço e usando roupas leves, sem objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objetos que possam interferir no peso total. Para a medida da estatura, o indivíduo deve encostar calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no estadiômetro. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles (BRASIL, 2011).

Para o cálculo do IMC utiliza-se a seguinte fórmula: peso (kg) / altura (m)². A classificação deve ser feita pelos pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentados no Figura 1 (BRASIL, 2011).

Baixo peso < 18,5
Peso adequado ≥ 18,5 e < 25
Sobrepeso ≥ 25 e < 30
Obesidade ≥ 30

Figura 1 - Classificação do Índice de Massa Corporal

Fonte: BRASIL,MS,2011

São vantagens do uso da antropometria: facilidade de obtenção e padronização das medidas de peso e altura; dispensa a informação da idade; tem alta correlação com a massa corporal e não necessita de comparação com curvas de referência e a capacidade de predição de riscos e de morbimortalidade, principalmente juntos aos limites extremos. Como desvantagem, não distingue entre massa magra e massa gorda (BRASIL, 2011).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil antropométrico dos trabalhadores atendidos em um ambulatório de Nutrição.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os trabalhadores quanto ao:

IMC;

Sexo;

Idade;

Escolaridade;

Motivo da consulta.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, realizado no ambulatório de Nutrição do Trabalhador, localizado no Serviço Médico Ocupacional (SMO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A população foi composta por trabalhadores adultos, de ambos os sexos, atendidos entre abril de 2016 e outubro de 2018. Gestantes e nutrizes foram excluídas por conveniência.

Neste ambulatório são atendidos funcionários do hospital, que agendam consultas indicados por médicos do próprio SMO, por educadores físicos da academia de ginástica do HCPA e por iniciativa própria. Trata-se de uma agenda para atendimento nutricional, que disponibiliza quatro consultas semanais. O tempo do acompanhamento depende dos objetivos da procura. Perda de peso e melhora de exames bioquímicos, requerem de 6 a 12 meses de acompanhamento, com retornos inicialmente mensais, depois a cada 2 ou 3 meses. Análise e reorganização dos hábitos alimentares necessitam de uma ou duas consultas. Os retornos ocorrem de acordo com a disponibilidade da agenda e/ou do paciente, frequentemente, a cada 30 dias. Os atendimentos são realizados por acadêmicos do curso de nutrição, com supervisão de uma professora do curso de nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os dados foram coletados dos prontuários e foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, motivo da consulta, peso e altura. Neste ambulatório, peso é aferido em quilogramas, com intervalos em gramas, em balança eletrônica Welmy®; a altura é aferida em metros, com intervalos em centímetros, em estadiômetro de parede Tonelli®.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob parecer 2019-0226.

Os dados foram analisados no programa Windows Microsoft Excel versão 2007. As variáveis quantitativas foram apresentadas como média, desvio padrão e mediana. As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequência absoluta ou relativa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 117 indivíduos. Predominantemente, procuraram atendimento nutricional trabalhadores com idade entre 40 e 59 anos (60,7%); com ensino Médio (68%) e do sexo feminino (82%). Perda de peso e reeducação alimentar foram os principais motivos para consulta (Tabela 1). Neste hospital, em 2018, 72,27% são mulheres e 27,73% são homens.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos indivíduos atendidos no ambulatório de Nutrição do Trabalhador, entre abril de 2016 e outubro de 2018, estratificadas por sexo.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária	21	18	96	82	117	100
≤39	9	21	33	79	42	35,9
40 - 59	12	17	59	83	71	60,7
≥ 60	0	0	4	100	4	3,4
Escolaridade	21	18	96	82	117	100
Fundamental	3	50	3	50	6	5
Médio	15	19	64	81	79	68
Superior	3	10	27	90	30	26
Não Identificado			2	100	2	100
Motivo da consulta						
Perda Peso	10	15	56	85	66	56
Reeducação Alimentar	5	17	25	83	30	26
Controle Colesterol	1	25	3	75	4	3
Ganho Massa Magra	2	40	3	60	5	4
Controle Glicemia	3	33	6	67	9	8
Outros	0	0	3	100	3	3

Oliveira, Lorenzatto e Fatel (2008) publicaram estudo sobre perfil nutricional de pacientes que procuravam o serviço de nutrição e constataram que 79,4% eram do sexo

feminino e destacaram que as mulheres não ofereceram resistência quanto à procura por atendimento e tratamento de saúde. Gomes et al (2007) referem que o cuidado com a saúde é visto como uma prática feminina.

Tabela 2 – Medidas descritivas do perfil antropométrico da amostra total

	Peso	Altura	IMC
Medidas Descritivas			
Media	78,2	1,64	29,11
Desvio padrão	18,06	0,08	5,88
Mediana	76,3	1,63	29,02
Mínimo	41,6	1,45	16,04
Máximo	131,6	1,87	44,55

A procura de atendimento de saúde aumenta concomitante ao aumento da idade. Neste estudo, a procura por atendimento foi maior por indivíduos com mais de 40; resultado semelhante ao encontrado por LIMA-COSTA e LOYOLA FILHO (2008) ao estudarem fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte em Minas Gerais.

O primeiro motivo que levou os trabalhadores a procurar atendimento no ambulatório de Nutrição (tabela 1) foi a busca por perda de peso. Ponto positivo para a existência deste espaço de atenção à saúde, uma vez que o combate à obesidade deve ser pauta constante em todas as agendas importantes relacionadas à promoção da saúde. O excesso de peso é resultado da inter-relação de fatores biológicos, comportamentais e ambientais e vem alcançando crianças e jovens com menos de 30 anos cada vez mais cedo, preocupando famílias e autoridades (ENES, SLATER 2010; IBGE 2010). A reeducação alimentar foi o segundo motivo para a procura de atendimento nutricional entre os participantes deste estudo. Diferente dos nossos resultados, estudo semelhante realizado na Universidade Patos de Minas, MG identificaram a reeducação alimentar como principal motivo pela busca pelo atendimento nutricional, sendo a perda de peso o terceiro motivo.

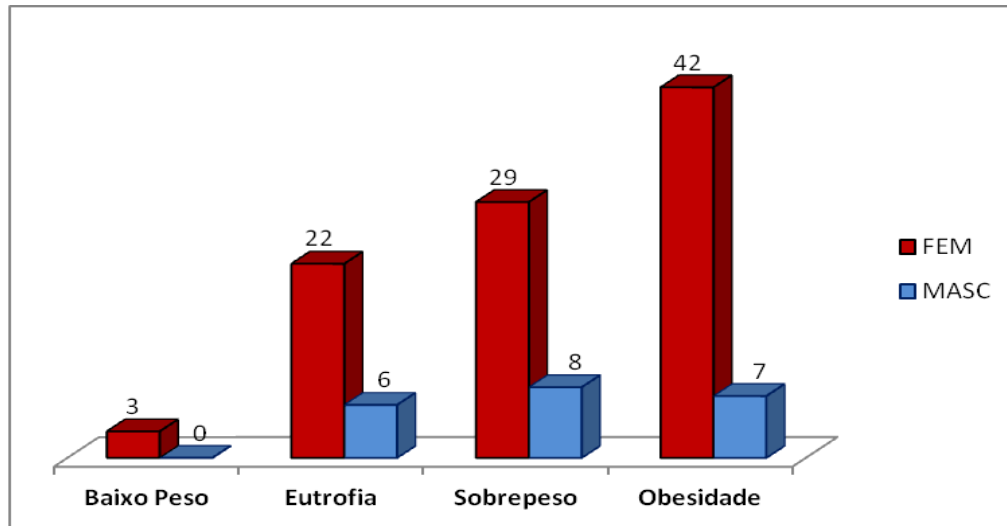


Figura 2 – Distribuição Quantitativa dos trabalhadores por Gênero e Índice de Massa Corporal. Fonte: Elaborado pela autora.

O aumento da obesidade é fenômeno contemporâneo que atinge populações de nações desenvolvidas ou atrasadas e se relaciona com alterações de naturezas diversas. Envolve a automação, cada dia mais estabelecida nos novos modos de produção e de padrões de comportamento alimentar evidenciado nos cotidianos dos *fast foods*, além da alta densidade energética destes alimentos. Há, ainda, o quesito violência nas cidades, que acabam por manter as pessoas dentro de casa ou com o uso exclusivo de veículos automotores, restringindo atividades físicas que consumiriam energia, como por exemplo ir e vir a pé para o trabalho (LAMOUNIER; PARIZZI, 2007). Outro aspecto, observado por STRASBURG e REDIN (2014), é o estabelecimento da modalidade *self service* nos restaurantes institucionais, cujo formato favorece a ingestão de alimentos hipercalóricos, podendo agravar o excesso de peso.

Dos trabalhadores que participaram desta avaliação 73,5% estava com excesso de peso. Um resultado expressivo para indivíduos que trabalham na área da saúde

As mulheres estão presentes em todos os estratos apurados (Figura 2), estando 78% com sobrepeso e 86% com obesidade. Dados da Vigitel Brasil (2016) identificaram que dentre 27 capitais brasileiras, as maiores frequências de sobrepeso foram observados para homens em Rio Branco (65,8%) e em Porto Alegre (62,1%). As mulheres na capital gaúcha atingiram 49%. Em relação à obesidade, em Porto Alegre, 19,4% são homens e 20,3% mulheres.

Segundo FONSECA et. al. (2006), que realizaram estudo com os funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro, referiu que quanto às mulheres trabalhadoras, que são mais

suscetíveis à valorização social da magreza, mais estimuladas a atingir o estereótipo da figura esbelta e a mudar seus padrões de dieta e de atividade física mais prontamente do que os homens.

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores por Faixa Etária e IMC

	Baixo Peso	Peso Eutrófico	Sobrepeso	Obesidade - Graus		
				Grau I	Grau II	Grau III
Faixa Etária	n	n	n	n	n	n
< 40 anos	2	18	9	9	3	1
40 a 60 anos	1	9	26	22	9	4
> 60 anos	0	1	2	1	0	0

A Tabela 3 mostra a grande concentração de trabalhadores com Sobrepeso e Obesidade na faixa etária de 40 a 60 anos. Tais resultados sugerem estudos acerca de uma intervenção na medida em que o sobrepeso pode estar associado à obesidade no futuro próximo. O Caderno de Atenção Básica – Obesidade – (2006) alerta que a prevenção do ganho de peso evita riscos maiores de DCNT e de consequências graves no futuro.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores por Escolaridade e IMC

	Fundamental		Médio		Superior	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	0	0	2	66,67	1	33,33
Peso Eutrófico	1	3,57	16	57,14	11	39,29
Sobrepeso	2	5,56	24	66,67	10	27,78
Obesidade	4	8,16	37	75,51	8	16,33

Em relação ao grau de escolaridade, identificamos que 67,52% dos trabalhadores tinham ensino médio completo seguido de 25,64% com nível Superior (Tabela 4). SOUSA e NUNES (2014) referem, em seu estudo sobre avaliação da adesão terapêutica nutricional, que

conhecer o grau de escolaridade da população estudada é importante para o êxito de um trabalho de educação nutricional, considerando que os conceitos de alimentação saudável e substituições mais adequadas de alimentos possam se tornar complexos. No estudo, observou-se que a quantidade de trabalhadores que cresce no sentido do excesso de peso têm nível escolaridade menor (Fundamental e Médio) e que quando decresce está relacionada ao nível de maior escolaridade (Superior).

6 CONCLUSÃO

Analisando o perfil antropométrico dos trabalhadores que buscaram atendimento no ambulatório de nutrição, observamos um elevado número de indivíduos com Sobrepeso e Obesidade, sobretudo mulheres, com ensino Médio e idade a partir de 39 anos. Perda de peso e reeducação alimentar foram os principais motivos para busca de atendimento com nutricionista. O excesso de peso pode influenciar diretamente na rotina do trabalhador e resultar em menor produtividade e aumento do absenteísmo, pela possibilidade do desenvolvimento de doenças crônicas, como as osteomusculares, tão comuns na população trabalhadora. Estes resultados apontam para a necessidade de a instituição desenvolver programas que promovam autocuidado e saúde no trabalho e conhecer o perfil antropométrico destes trabalhadores colaborará nas decisões e ações que visam melhorar sua compreensão sobre o tratamento, podendo alcançar bem-estar e saúde em suas tarefas laborais e nas demais áreas de suas vidas.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACUNÃ, K.; CRUZ T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab** v. 48 n.3, São Paulo, p. 347, 2004. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302004000300004> Acesso em 07 jan 2019.

ALVES, E.F. **Programas e ações em qualidade de vida no trabalho**. InterfacEHS – Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade – v.6, n. 1, p. 1-19, Maringá, abr. 2011.

BALEM, T. et al. **As transformações alimentares na sociedade moderna**: a colonização do alimento natural pelo alimento industrial. Revista Espacios, vol. 38, n. 47, p.1, 2017.

Disponível em <https://www.revistaespacios.com/a17v38n47/a17v38n47p05>. Acesso em 21 nov. 2018.

Doc c/13 páginas; título Vol.38(Nº 47) Ano 2017. Pág. 5....página utilizada 1

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais**. Cadernos de Saúde Pública vol. 19, p.1, Rio de Janeiro, 2003.

BENAGLIA, M.D. **A influência do ambiente de trabalho e do estilo de vida sobre a saúde do trabalhador**. XXXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. p. 1-15. Bento Gonçalves, 2012.

Texto completo: 24 páginas; usei de 1-14

BLEIL, S. I. **O Padrão alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil**. Cadernos de Debate, v. VI, p. 1-25, 1998.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080. Acesso em 02 dez. 2018.

BRASIL. PAT- **Ministério do Trabalho**. Programa de Alimentação do Trabalhador no Guia Trabalhista On Line. Orientação da educação alimentar. Brasília : MTE, SIT, DSST, 1999. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/pat>.

Publicado 30 mar. 2016. Última atualização: 20 jun. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde** – Obesidade - Caderno de Atenção Básica – Nº 12 – Brasília, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde** – Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v. 20, n.4 – out-dez, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde** – Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília - p.11-32, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Orientações para a Coleta e Análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2011. Disponível em:< <http://portalms.saude.gov.br>>. Acesso em 13 fev. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil 2016. Brasília, 2017.

CNI – **Confederação Nacional da Indústria**. Competitividade Brasil 2017-2018: comparação com países selecionados. CNI Gerência-Executiva de Pesquisa e Competitividade – Brasília, 1-106p, 2018.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 13, n. 1, pp.163-171, São Paulo, 2010. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100015>. Acesso em 18 mai. 2019.

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. **Processos de transição no Brasil**: Aspectos demográficos nutricionais e epidemiológicos. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, ano 17, n. 175, p.2, dez 2012. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em 21/Nov/2018.

FONSECA, M. J. M. et.al. **Associações entre escolaridade**, renda e Índice de Massa Corporal em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil: Estudo Pró-Saúde. Caderno de Saúde Pública, v. 22, n.11, pp.2359-2367, 2006.

FRANÇA, F. C. O. et al. **Mudanças nos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro**. Anais do I Seminário Alimentação e Cultura na Bahia. Bahia, p.3-5, 2011.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar:considerações sobre mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, p.1, out./dez., 2003.

GOMEZ, C.; COSTA,S. M. F. T. **A construção do campo da saúde do trabalhador**: percurso e dilemas. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Cad. Saúde Publ., Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Mensal de emprego evolução do emprego com carteira de trabalho assinada 2003-2012** - Pesquisa Mensal de Emprego, 2012.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho**. MS. Rio de Janeiro, p. 1-3, 2012. *última modificação: 23/12/2017*

LAMOUNIER, J. A.; PARIZZI, M. R. **Obesidade e Saúde Pública**. Caderno de Saúde Pública. Editora Fio Cruz. v. 23 nº6, Rio de Janeiro, jun 2007. Ou 2006. 100 pp.

LIMA-COSTA, M.F.; LOYOLA FILHO, A. I. **Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte**, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Filho Epidemiol. Serv. Saúde*, 17(4): p.254-255, Brasília, out-dez 2008.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L; SILVA JUNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no BBrasil, 2011 a 2022. Artigo. *Epidemiol.Serv.Saúde,Brasília*, 20(4);425-436, dez. 2011.

MELLO, E. D. **O que significa a avaliação do estado nutricional**. *Jornal de Pediatria UFRGS* -v. 78, n.5, p. 383, Porto Alegre, 2002.

MOREIRA, L. B. F.; GRECO, R.M.; CHAOUBAH, A. **Estado nutricional dos servidores técnicos administrativos em educação de uma universidade pública associado aos hábitos alimentares**. *Braspen J,P*. 213-217, 2016.

OLIVEIRA, A. F. de; LORENZATTO, S.; FATEL, E. C. de S. Perfil de Pacientes que procuram atendimento nutricional. **Revista Salus-Guarapuava-PR**, v. 2, n.1, p.13-21, jan./jun. 2008.

OPAS/OMS Brasil. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Organização Mundial da Saúde. Saúde do Trabalhador. Disponível em < <https://www.paho.org/bra/index.php>>. Acesso em 08 fev. 2019.

SILVA, J.V.F et al. **A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública**. *Ciências biológicas e da saúde*. v. 2, n.3, Maceió, p.1-10, Maio 2015.

SOUSA, A. E. C.; NUNES, R. M. **Avaliação da adesão terapêutica nutricional e sua relação com os modelos de mudança do comportamento alimentar**. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 40, n. 3 e 4, p. 221-229, jul./dez. 2014

SOUZA, Elton Bicalho. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**. Volta Redonda, Ano V, n. 13, p.2, agosto 2010. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/13/49.pdf>

SOUZA et at. **A (des)nutrição e o novo padrão alimentar epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades.** Caderno Ciência Saúde Coletiva vol.22 no.7, Rio de Janeiro, July 2017

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03042017>

STRASBURG, V.; REDIN, C. **O contexto da alimentação institucional na saúde do trabalhador brasileiro.** Revista do Centro Ciências Naturais e Exatas- UFSM, Edição Especial, p. 127-136, Santa Maria, Mai. 2014.

VIANNA, L.C.R. et al. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98 .** Saúde Debate, v. 41, n. 114, p.2-15, Rio de Janeiro, 2017.