



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Promoção de estilos de vida saudáveis no local de trabalho

Promotion of healthy lifestyles in the workplace

Cláudia Jorge Paulino e Pessoa

Orientado por: Prof.^a Doutora Cláudia Afonso

Coorientado por: Dr.^a Marta Sampaio

Trabalho de Investigação

1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2019

Resumo e palavras-chave

Introdução: O local de trabalho é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como uma importante área de ação para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Objetivo: Avaliar os conhecimentos sobre alimentação, estilos de vida e o estado de saúde dos colaboradores da Câmara Municipal da Maia.

Métodos: Participaram, neste estudo, 118 colaboradores, avaliando dados sociodemográficos, a autoperceção do estado de saúde, os fatores que consideravam determinantes na saúde, o peso, a altura, o diagnóstico de doenças, a prática de atividade física, os hábitos tabágicos, a procura de informação sobre alimentação e o seu interesse em temáticas relacionadas com alimentação/nutrição. Os conhecimentos sobre alimentação e nutrição foram avaliados através de um questionário validado para a população portuguesa. Na análise estatística, foram utilizados o coeficiente de correlação de *Spearman*, o teste *Mann-Whitney*, o teste de *Kruskal-Wallis* e de *Friedman* e testes *post-hoc* com correção de *Bonferroni*.

Resultados: Os indivíduos do sexo feminino ($p = 0,001$), os que têm menos idade ($R = -0,205$) e os que apresentam um índice de massa corporal mais baixo ($R = -0,188$) apresentaram um nível superior de conhecimentos em alimentação. Também os indivíduos com maiores habilitações literárias ($p = 0,506$) e os que se autopercecionavam mais saudáveis ($p = 0,123$) mostraram mais conhecimentos. A secção IV, relativa à relação dieta-doença, registou um menor nível de conhecimentos (P50: 44,44). A categoria de técnico superior apresentou uma pontuação superior.

Conclusão: Estes resultados permitem realçar a necessidade de implementar intervenções alimentares no local de trabalho em questão.

Palavras-chave: conhecimentos alimentares e nutricionais; intervenções alimentares; promoção da saúde; local de trabalho

Abstract and keywords

Introduction: The workplace is recognized by the World Health Organization as an important area of action for the promotion of healthy lifestyles.

Objective: Evaluate the nutritional knowledge, lifestyles and the health status of employees of Maia City Hall.

Methods: 118 employees participated in this study, evaluating sociodemographic data, the self-perception of health condition, the factors that were considered as determinant for health, the weight, the height, the diagnosis of diseases, physical activity, smoking habits, the search for information about nutrition and their interest related to food/nutrition topics. The knowledge about diet and nutrition was evaluated through a questionnaire validated for the Portuguese population. For statistical analysis, the *Spearman* correlation coefficient, the *Mann-Whitney* test, the *Kruskal-Wallis* test and the *Friedman* test were used, as well as post-hoc tests with *Bonferroni* correction.

Results: Female subjects ($p = 0.001$), younger subjects ($R = - 0.205$) and subjects with a lower body mass index ($R = - 0.188$) had a higher level of nutritional knowledge. Also, individuals with higher academic qualifications ($p = 0.506$) and those who perceived themselves as healthier ($p = 0.123$) also showed a higher level of knowledge. Section IV, on the diet-disease relationship, had a lower level of knowledge (P50: 44,44). The category of higher technicians presented a higher score.

Conclusion: These results highlight the need to implement nutritional interventions in the evaluated workplace.

Keywords: nutritional knowledge; nutritional interventions; health promotion; workplace

Lista de siglas

CMM – Câmara Municipal da Maia

DCNT – Doenças crónicas não transmissíveis

IMC – Índice de massa corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

Sumário

Resumo e palavras-chave.....	i
Abstract and keywords	iii
Lista de siglas.....	iv
1. Introdução	1
2. Objetivos	3
3. Metodologia.....	3
4. Resultados	6
5. Discussão.....	11
6. Conclusões.....	15
Referências	16

1. Introdução

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), tais como as doenças cérebro-cardiovasculares, o cancro e as doenças respiratórias crónicas, são a principal causa de morte a nível europeu e em Portugal ^(1, 2). No nosso país, em 2017, 88% das mortes foram atribuíveis a DCNT ^(3, 4). Na origem destas doenças encontram-se diversos fatores de risco passíveis de serem evitados, dos quais se destacam os hábitos alimentares inadequados, como o baixo consumo de frutos oleaginosos, sementes, cereais integrais, hortícolas e fruta, a hipertensão arterial, o índice de massa corporal (IMC) elevado, o tabagismo e o alcoolismo ^(1, 3-5).

Nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, com o objetivo de promover o acesso à saúde e ao bem-estar, através da redução do risco de mortalidade prematura por DCNT em 33%, a alimentação desempenha um papel de destaque ^(2, 6). O *Bulletin of the World Health Organization* ⁽⁷⁾ reforça que se em Portugal se promovesse uma redução da ingestão de sal, açúcar e ácidos gordos *trans*, a probabilidade de morte prematura por DCNT reduziria 2 a 3%, embora ainda se situasse longe da meta para 2030 ⁽⁸⁾. Torna-se, por isso, fundamental a promoção de hábitos alimentares saudáveis para a prevenção do desenvolvimento de doenças e promoção da qualidade de vida ^(3, 9).

As condições de vida e de trabalho, concretamente o ambiente de trabalho, são consideradas básicas para a saúde do indivíduo. Assim, o ambiente de trabalho torna-se num local de eleição para a promoção de estilos de vida saudáveis ^(2, 10).

Com este propósito, a avaliação de conhecimentos e práticas alimentares deverá ser uma preocupação por parte dos responsáveis pelos locais de trabalho.

Resultados da investigação demonstram, de forma clara, que colaboradores com obesidade apresentam uma maior prevalência de absentismo que os demais ^(11, 12). Sintomas como a fadiga, a falta de atenção e um maior número de lesões, demonstraram ser mais prevalentes em colaboradores com hábitos alimentares menos saudáveis ^(12, 13).

Em Portugal, aproximadamente 78% da população economicamente ativa, com mais de 15 anos, trabalha, sendo que a maior parte se encontra com um contrato de trabalho a tempo integral ⁽¹⁴⁾, o que significa que passa grande parte do seu dia no posto de trabalho. Assim, abre-se uma janela de oportunidade para o desenvolvimento e implementação de ações de saúde pública num local privilegiado, tendo como desafio a grande diversidade a nível socioeconómico, de estado geral de saúde e, também, cultural ⁽¹²⁾.

O local de trabalho é já reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma importante área de ação para a promoção de comportamentos alimentares saudáveis, contribuindo para a prevenção de DCNT na população ativa, surgindo a possibilidade de transpô-los para a vida familiar ^(12, 15). Neste local, existem diversas estratégias por forma a influenciar os comportamentos de saúde. Por um lado, capacitando os colaboradores com conhecimentos sobre como praticar uma alimentação saudável e, por outro, modificando os ambientes alimentares e potenciando a mobilização desses conhecimentos ^(16, 17).

O Gabinete de Saúde da Câmara Municipal da Maia (CMM) tem como principal objetivo otimizar o Programa de Saúde Escolar e promover, também, hábitos saudáveis no Município. Com este propósito, este Gabinete pretende promover a saúde dos seus colaboradores.

Com o presente estudo, realizou-se o diagnóstico da situação no que se refere aos hábitos e estilos de vida, aos conhecimentos dos colaboradores sobre nutrição e alimentação, tendo-se averiguado, também, o seu interesse por esta temática. Com esta recolha de informação pretende-se, posteriormente, e de forma mais assertiva e sustentada, definir e concretizar um programa de intervenção, no âmbito da promoção da saúde no local de trabalho, na área da alimentação e nutrição.

2. Objetivos

2.1. Geral

- Avaliar os conhecimentos sobre alimentação, os estilos de vida adotados e o estado de saúde dos colaboradores da CMM, por forma a atuar, posteriormente, na promoção da sua saúde e bem-estar.

2.2. Específicos

- Perceber se existe uma associação/relação entre os conhecimentos sobre alimentação da população em estudo e características sociodemográficas;
- Verificar se existe associação/relação entre os conhecimentos sobre alimentação e a autoperceção do estado de saúde;
- Averiguar a associação entre os conhecimentos sobre alimentação e os estilos de vida.

3. Metodologia

3.1. População e Amostra

O número total de colaboradores da CMM é de 1091 ⁽¹⁸⁾. Contudo, por conveniência dos responsáveis do Departamento de Desenvolvimento Social, Desporto e Juventude, a população em estudo foi constituída pelos colaboradores da CMM que

trabalham na torre principal da Câmara, no Fórum da Maia, na Biblioteca Municipal da Maia, no Posto de Turismo da Maia e nas Oficinas Gerais, perfazendo um total de 306 colaboradores. Destes, 126 responderam a este repto, tendo-se excluído 8, por incorreto preenchimento do questionário. Sendo assim, a amostra final é composta por 118 colaboradores, obtendo-se uma percentagem de respostas válidas de cerca de 39%.

3.2. Métodos

Inicialmente, foi solicitada autorização à Senhora Vereadora da CMM, para a realização do estudo. Após o seu consentimento e interesse por esta temática, realizou-se uma revisão bibliográfica e, de modo a alcançar os objetivos propostos, foi desenhado um questionário de aplicação direta que englobava questões:

- sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias, categoria profissional);
- sobre o estado de saúde (autoperceção do estado de saúde, fatores com maior influência na saúde, peso, altura, autorreportação de doenças);
- sobre estilos de vida (prática de atividade física e hábitos tabágicos).

Para comparar os resultados encontrados no que concerne a atividade física com os valores recomendados, recorreu-se ao preconizado pela OMS, 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana ou, ainda, uma combinação equivalente das duas anteriores (19, 20).

Incluíram-se, também, questões relativas à procura de informação sobre alimentação/nutrição e o interesse por diferentes áreas da nutrição.

Para avaliar os conhecimentos sobre alimentação e nutrição, recorreu-se à versão curta de um questionário validado para a população portuguesa ⁽²¹⁾. As questões relativas à avaliação dos conhecimentos sobre alimentação estão divididas em 3

secções, tendo sido atribuída uma pontuação a cada secção: a secção I é relativa a recomendações dietéticas e perfaz um total de 6 pontos; a secção II refere-se à fonte alimentar de nutrientes, com um total de 34 pontos e a secção IV aborda a relação dieta-doença, com uma pontuação total de 18 pontos. No final, foi calculada a pontuação conjunta das 3 secções, perfazendo 58 pontos. Para a comparação do nível de conhecimentos entre os aspetos avaliados pelas diferentes secções, os resultados foram convertidos em percentagem.

Previamente à recolha de informação, foi realizado um teste piloto numa amostra de 5 pessoas de diferentes níveis socioeconómicos e académicos. Este teste permitiu testar as perguntas e a compreensão do questionário.

De seguida, o estudo foi submetido e, posteriormente, aprovado pela Comissão de Ética da Universidade do Porto.

Neste trabalho, foram considerados os princípios presentes na Declaração de Helsínquia, tendo sido garantida a proteção e confidencialidade de todas as informações recolhidas. Assim, os participantes foram informados sobre o carácter voluntário desta participação, tendo sido dada a possibilidade de recusa sem qualquer tipo de consequências. O consentimento informado foi assinado após explicação e compreensão dos objetivos do estudo.

O tratamento estatístico foi realizado no programa *IBM® SPSS®* versão 25.0 para *Windows®*. A estatística descritiva consistiu no cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), de medianas e de percentis (P25; P75). A normalidade das variáveis cardinais foi estudada pelos coeficientes de simetria e de achatamento. O grau de associação entre pares de variáveis foi medido pelo coeficiente de correlação de *Spearman* (R). O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado para comparar ordens médias

de pares de amostras independentes e os testes de *Kruskal-Wallis* e de *Friedman*, respetivamente, para comparar ordens médias de 3 ou mais amostras independentes ou emparelhadas; quando os testes para 3 ou mais amostras indicaram diferenças significativas, foram realizados testes *post-hoc* (*Mann-Whitney* ou *Wilcoxon*, respetivamente), com correção de *Bonferroni*. Rejeitou-se a hipótese nula quando $p < 0,05$.

4. Resultados

A **amostra** deste estudo é constituída por 118 colaboradores da CMM, sendo a maioria do sexo feminino (55,9%). A mediana das idades é de 48 anos (P25: 42,00; P75: 54,00) dos que indicaram esta informação ($n = 112$).

No que concerne os hábitos tabágicos, a maioria é não fumador (55,9%), 25 indivíduos (21,2%) são fumadores, 25 indivíduos (21,2%) são ex-fumadores e 1 indivíduo (0,8%) é fumador ocasional. Cerca de metade dos indivíduos terminou o ensino superior (55,1%), seguindo-se o ensino secundário (29,7%). Relativamente à categoria profissional, a maioria é técnico superior (48,3%).

No que diz respeito à **autoperceção do seu estado de saúde**, 9 indivíduos consideram-se nem saudáveis nem doentes (15,9%) e 79 relatam ser saudáveis (66,9%). Na Tabela 1, encontram-se as frequências dos fatores que os inquiridos consideravam ter maior **influência na saúde**, destacando-se a alimentação (71,2%) e a atividade física (31,4%). Foram ainda indicados outros fatores não previstos no questionário, tais como o poder económico, a permanência no local de trabalho, a atividade profissional desempenhada, a saúde mental e o ar condicionado, ainda que com pouca expressão.

Tabela 1. Fatores com maior influência na saúde

	n (%)
A alimentação	84 (71,2)

Ter uma atividade física/fazer exercício	37 (31,4)
O stress	31 (26,3)
Fumar	20 (16,9%)
Os fatores genéticos/predisposição familiar	20 (16,9)
O meio ambiente	10 (8,5)
Não sabe	7 (5,9)
O peso corporal	6 (5,1)
O consumo de bebidas alcoólicas	5 (4,2)
O apoio da família e dos amigos	1 (0,8)
Nenhum destes	0 (0,0)

*a soma das percentagens é superior a 100, pois os inquiridos podiam referir mais do que uma hipótese de escolha.

As **doenças autorreportadas** mais prevalentes foram a depressão (22,0%), a hipertensão arterial (17,8%), as doenças gastrointestinais (14,4%) e o cancro (6,8%).

Da amostra total, a maioria (55,1%) não cumpre as recomendações da OMS para a prática de **atividade física**.

Relativamente à **pesquisa por informação sobre nutrição/alimentação**, 38 indivíduos (32,2%) relataram não ter o hábito de o fazer.

Na Tabela 2, estão descritas as frequências dos locais/meios onde realizam essa pesquisa.

Tabela 2. Locais habituais de pesquisa de informação sobre nutrição/alimentação

	n (%)
Internet	69 (58,5)
Consulta com o médico	36 (30,5)
Familiares, colegas e/ou amigos	35 (29,7)
Jornais, revistas e/ou panfletos	27 (22,9)
Consulta com o nutricionista ou dietista	22 (18,6)
Livros	22 (18,6)
Programas de televisão	19 (16,1)
Publicações científicas	16 (13,6)
Sites de Organizações Governamentais	8 (6,8)

Sites de Associações Profissionais e Sociedades Científicas	8 (6,8)
Cursos e palestras	6 (5,1)
Consulta com outro profissional de saúde	4 (3,4)
Programas de rádio	1 (0,8)

* a soma das percentagens é superior a 100, pois os inquiridos podiam referir mais do que uma hipótese de escolha.

No que diz respeito às **temáticas** que suscitam maior interesse na área da nutrição/alimentação, destacam-se a culinária saudável (72,9%), a alimentação mediterrânica (30,5%) e a leitura de rótulos alimentares (24,6%).

Na Tabela 3 são apresentados os resultados gerais relativos à **avaliação dos conhecimentos sobre alimentação** (3 secções e pontuação total).

Tabela 3. Avaliação dos conhecimentos sobre alimentação

	P50 [P25; P75]
Secção I – recomendações dietéticas (%)	83,33 [66,67; 83,33]
Secção II – fonte alimentar de nutrientes (%)	73,53 [55,88; 82,35]
Secção IV – relação dieta-doença (%)	44,44 [27,78; 61,11]
Pontuação total (%)	65,52 [51,29; 74,14]

Há diferenças estatisticamente significativas entre o nível de conhecimentos das 3 secções ($p < 0,001$). Comparando as 3 secções entre si, o teste *post-hoc* revelou que a secção IV mostrou um menor nível de conhecimentos comparativamente com a secção I ($p < 0,001$) e a secção II ($p < 0,001$).

Verificou-se que em todas as secções, assim como na pontuação final, o nível de conhecimentos sobre esta temática foi superior no **sexo** feminino. Na verdade, foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre o sexo do indivíduo e o nível de conhecimentos da secção II e IV e da pontuação total ($p = 0,001$; $p = 0,030$; $p = 0,001$, respetivamente). Na Tabela 4 podem observar-se as correlações entre o nível de conhecimentos nas secções supracitadas e a **idade**, o **IMC**, as **habilitações literárias** e a **autoperceção** do estado de saúde.

O nível na pontuação total foi tanto maior quanto menor a idade e o IMC (correlações negativas muito fracas) e quanto maiores as habilitações literárias (correlação positiva moderada) e a autopercepção do estado de saúde (correlação positiva muito fraca).

Tabela 4. Associação entre o nível de conhecimentos nas diferentes secções com outras variáveis

		Idade	IMC	Habilitações literárias	Autopercepção do estado de saúde
Secção I	R	-0,165	-0,020	0,290*	0,244*
Secção II	R	-0,288*	-0,237*	0,478*	0,156
Secção IV	R	0,022	-0,045	0,368*	-0,023
Total	R	-0,205*	-0,188*	0,506*	0,123

Coeficiente de correlação de *Spearman*

* $p < 0,05$

No que diz respeito à **categoria profissional**, existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias e o nível de conhecimentos da secção I ($p = 0,016$), da secção II ($p < 0,001$), da secção IV ($p < 0,001$) e para o total ($p < 0,001$). Comparando o nível de conhecimentos com a categoria profissional, em todas as secções, bem como, na pontuação total, a categoria de técnico superior apresentou uma melhor pontuação, seguindo-se a categoria assistente técnico / coordenador técnico e assistente operacional / encarregado.

A relação entre a escolha dos fatores que consideram ter maior **influência na saúde** e o nível de conhecimentos total encontra-se representada na Tabela 5.

Os que selecionaram o fator alimentação apresentaram um maior nível de conhecimentos, comparativamente com quem não selecionou. Ainda se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem selecionou o fator alimentação ($p = 0,012$), quem escolheu o fator consumo de bebidas alcoólicas (p

= 0,018) e quem não sabe que fatores têm maior influência na saúde ($p = 0,013$), relativamente ao nível de conhecimentos.

Tabela 5. Relação entre a escolha dos fatores determinantes na saúde e o nível de conhecimentos total

	Sim		Não		p
	n	Mediana (P25;P75)	n	Mediana (P25;P75)	
A alimentação	84	66 (55;76)	34	59 (43;68)	0,012*
Ter uma atividade física/fazer exercício	37	64 (48;74)	81	66 (55;74)	0,384*
O stress	31	69 (59;76)	87	64 (43;72)	0,077*
Fumar	20	62 (56;72)	98	66 (50;76)	0,430*
Os fatores genéticos/predisposição familiar	20	67 (54;78)	20	64 (50;74)	0,343*
O meio ambiente	10	51 (32;80)	108	66 (54;74)	0,343*
Não sabe	7	43 (40;59)	111	66 (53;74)	0,013*
O peso corporal	6	58 (40;64)	112	66 (52;74)	0,125*
O consumo de bebidas alcoólicas	5	33 (18;60)	113	66 (53;74)	0,018*
O apoio da família e dos amigos	1	48 (48;48)	117	66 (51;74)	0,340*
Nenhum destes	0	-	118	66 (51;74)	-

*Teste Mann-Whitney

A relação entre a seleção das **doenças autorreportadas** mais prevalentes e o nível de conhecimentos total encontra-se apresentada na Tabela 6.

Os que autorreportaram ter depressão apresentaram um maior nível de conhecimentos, comparativamente com quem não o faz. Não se observaram diferenças com significado estatístico entre reportar cada doença, relativamente ao nível de conhecimentos.

Tabela 6. Relação entre a seleção das doenças autorreportadas mais prevalentes e o nível de conhecimentos total

	Sim		Não		p
	n	Mediana (P25;P75)	n	Mediana (P25;P75)	
Depressão	26	67 (56;76)	92	64 (50;74)	0,406*
Hipertensão arterial	21	64 (59;79)	97	66 (47;73)	0,250*
Doenças gastrointestinal	17	72 (59;81)	101	64 (48;74)	0,073*
Cancro	8	72 (61;81)	110	64 (50;74)	0,138*

*Teste de Mann-Whitney

Os indivíduos que referiram praticar **atividade física** apresentaram um maior nível de conhecimentos no total. No entanto, não se observam diferenças com significado estatístico entre a prática de atividade física e a pontuação total.

5. Discussão

No presente estudo, os indivíduos do sexo feminino, os que têm menor idade e os que têm um IMC mais baixo apresentaram, no geral, um nível de conhecimentos superior, relativamente à alimentação. Na literatura recente, constata-se que as **mulheres** apresentam um maior nível de conhecimentos ^(22, 23) talvez por, geralmente, serem as responsáveis pela compra e preparação dos alimentos para a família, tendo interesse em perceber o impacto da alimentação na saúde ⁽²⁴⁾. Também foi possível verificar a relação entre a **idade** e os conhecimentos sobre alimentação, referindo que indivíduos mais velhos apresentam menores conhecimentos ^(25, 26). De facto, a educação alimentar nas escolas é uma prática recente, pelo que os indivíduos com mais idade não foram, possivelmente, abrangidos por esta iniciativa, revelando menores conhecimentos ⁽²⁷⁾.

Tal como no presente estudo, a investigação evidencia, também, a associação indireta entre um maior nível de conhecimentos e a baixa prevalência de **obesidade**, considerando que, eventualmente, os conhecimentos sobre alimentação saudável poderão conduzir a melhores escolhas alimentares e, conseqüentemente, a uma redução na prevalência de obesidade ^(28, 29).

Do mesmo modo, os indivíduos com maiores **habilitações literárias** mostraram um maior nível de conhecimentos, o que vai de encontro ao que foi descrito por outros autores. Na verdade, um grau de escolaridade mais elevado está associado a um maior nível de conhecimentos, provavelmente por terem um maior

conhecimento sobre a composição nutricional dos alimentos ou por possuírem uma maior capacidade de interpretar artigos científicos e informação mais complexa sobre alimentação (28, 30, 31). Observaram-se, igualmente, diferenças estatisticamente significativas entre as **categorias profissionais** e o nível de conhecimentos total, sendo que a categoria de técnico superior apresentou uma pontuação maior.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que selecionaram a **alimentação** e os que não selecionaram, relativamente ao nível de conhecimentos, o que parece ser uma associação coerente, já que quem destaca a relevância da alimentação, provavelmente, também a praticará. O facto de **não saber** que fatores têm maior influência na saúde é, igualmente, lógico, já que, provavelmente, não terão conhecimentos na saúde, no geral, e na alimentação, em particular.

Quem autorreportou ter **depressão** apresentou um maior nível de conhecimentos, comparativamente com quem não o fez. Na verdade, o *stress* no trabalho e a depressão podem estar relacionados (32-34), sendo que existem estudos que mostram uma associação positiva entre uma intervenção alimentar neste local e a redução do *stress* nos colaboradores (35).

Na questão relativa à **autoperceção do estado de saúde**, os indivíduos que se perceberam mais saudáveis apresentaram um maior nível de conhecimentos, possivelmente por estarem mais conscientes da importância da alimentação saudável e, assim, praticarem, eventualmente, hábitos saudáveis, o que vai ao encontro do descrito na literatura (27).

No que diz respeito aos conhecimentos demonstrados nas diferentes secções do questionário, a **secção IV** (relação dieta-doença) revelou um menor nível de

conhecimentos comparativamente com a secção I (recomendações dietéticas) e II (fonte alimentar de nutrientes). Esta diferença pode dever-se, efetivamente, a um conhecimento inferior sobre esta temática, mas poderá, também, estar relacionada com o facto de as perguntas na secção IV serem, maioritariamente, de resposta aberta, aumentando o grau de dificuldade ⁽³⁶⁾. Para além disso, esta secção encontra-se no final do questionário, o que poderá ter reduzido o interesse dos participantes nesta fase de preenchimento ^(37, 38).

Para além disso, é importante referir que nem todos os indivíduos que apresentam um nível de conhecimentos alimentares elevado pratica, obrigatoriamente, hábitos saudáveis, já que existe uma diferença entre as suas intenções e os seus comportamentos. Esta constatação corrobora o que foi referido na literatura, ou seja, as intervenções que consideram fatores psicológicos, como a motivação para a mudança de hábitos e fatores ambientais irão promover, mais eficazmente, hábitos saudáveis ⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

Os resultados do presente estudo evidenciam que o nível de conhecimentos sobre alimentação desta população ativa é relativamente baixo, principalmente na relação dieta-doença, justificando a necessidade de implementar intervenções a nível da promoção da literacia alimentar/nutricional, valorizando a vertente da educação alimentar e intervindo ao nível do ambiente alimentar no local de trabalho, alinhado com as recomendações nacionais propostas recentemente pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável ^(4, 41).

Existem diversos estudos realizados em diferentes países que avaliam a eficácia de intervenções alimentares/nutricionais no local de trabalho. Uma revisão sistemática sobre o tema, permitiu concluir que quase todas as intervenções

resultaram em mudanças na prática de atividade física, no comportamento alimentar ou no peso, sendo que as intervenções com metas específicas apresentaram um maior sucesso ⁽⁴¹⁾.

O projeto *Food Choice at Work*, com uma duração de 9 meses, demonstrou que uma intervenção alimentar bem estruturada, que conjugue a educação alimentar e a modificação no ambiente alimentar, promove a redução do consumo de sal e de gordura saturada da alimentação dos colaboradores, melhorando os conhecimentos em alimentação/nutrição e diminui o IMC ⁽⁴²⁾. Outro exemplo, foi uma intervenção baseada numa aplicação que pretendia promover estilos de vida mais saudáveis, adaptando a estratégia aos objetivos individuais dos colaboradores. Apesar das desistências que surgiram a longo prazo, houve uma redução no peso e gordura corporal e na circunferência da cintura ⁽⁴³⁾.

Contudo, a maioria dos estudos realizaram-se a curto prazo, não permitindo verificar se as alterações provocadas se mantiveram e se contribuíram para a melhoria do estado de saúde. Sendo assim, são sugeridas intervenções com uma duração mais longa e com uma monitorização regular ^(41, 44).

Além disso, poderia ser de igual interesse, desenvolver políticas no local de trabalho promotoras de estilos de vida saudáveis, a nível internacional, adaptadas regionalmente, assumindo as particularidades de cada local ⁽⁴⁵⁾.

Os resultados do presente estudo destacam que para o local onde este trabalho foi realizado seria importante a implementação de um programa de intervenção que incluísse as vertentes anteriormente mencionadas, estabelecendo procedimentos de monitorização e de avaliação do seu impacto.

Tal como todos os estudos, também este apresenta **limitações**. O facto de as informações recolhidas terem sido autorreportadas, pode levar a um enviesamento

dessa mesma informação. Outras limitações podem ser atribuídas à extensão do questionário, levando à desistência do seu preenchimento. No entanto, apesar desta possível limitação, a taxa de participação foi de 41%. Outra limitação, poderá ser o facto de os participantes mais saudáveis estarem, eventualmente, mais sensibilizados para colaborar, resultando num viés de participação.

Apesar destas eventuais limitações, este estudo tem como pontos fortes, o facto de poucos trabalhos sobre esta temática terem sido desenvolvidos em Portugal, contrastando com a relevância internacional deste tema, assim como o facto de contribuir para o diagnóstico da situação dos colaboradores de uma autarquia, servindo de ponto de partida para uma intervenção baseada na realidade constatada.

6. Conclusões

Neste estudo, concluiu-se que o nível de conhecimentos se revelou superior no sexo feminino, em indivíduos com menos idade, e nos que possuem mais habilitações literárias. O mesmo acontece com os técnicos superiores e com os que se percecionam como mais saudáveis. Além disso, um maior nível de conhecimentos está, também, associado a um IMC mais baixo. Outra constatação deste trabalho, foi o facto de existir um menor nível de conhecimentos no que concerne à relação dieta-doença na população em estudo. No que diz respeito aos fatores determinantes na saúde, a alimentação foi o mais selecionado. A seleção deste fator está associada a um melhor nível de conhecimentos, comparativamente com quem não selecionou. A depressão foi a doença autorreportada com maior frequência, sendo que, quem a selecionou, comparado com quem não o fez, apresentou um maior nível de conhecimentos.

Referências

1. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde. Portugal; 2018.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME; 2018.
4. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Programa para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019.
5. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels: OECD; 2017.
6. Oliveira VM, Navega F. National report on the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development, on the occasion of the Voluntary National Review at the United Nations High-level Political Forum on Sustainable Development. Portugal. Ministry of Foreign Affairs; 2017.
7. Watkins D. Policy options for tackling diet-related noncommunicable diseases. Bulletin of the World Health Organization. 2019; 97(7):442.
8. Goiana-da-Silva F, Cruz-e-Silva D, Allen L, Gregório MJ, Severo M, Nogueira PJ, et al. Modelling impacts of food industry co-regulation on noncommunicable disease mortality, Portugal. Bull World Health Organ. 2019; 97:7.
9. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Alimentação Saudável: Desafios e Estratégias. 2018.
10. Afshin A, Penalvo J, Del Gobbo L, Kashaf M, Micha R, Morrish K, et al. CVD prevention through policy: a review of mass media, food/menu labeling, taxation/subsidies, built environment, school procurement, worksite wellness, and marketing standards to improve diet. Current cardiology reports. 2015; 17(11):98.
11. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. Obesity research. 1998; 6(2):97-106.
12. Wanjek C. Food at Work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases. International Labour Organization; 2005.
13. Schmier JK, Jones ML, Halpern MT. Cost of obesity in the workplace. Scandinavian journal of work, environment & health. 2006; 32(1):5-11.
14. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Pordata [website]. [acedido a 17 Julho 2019]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/>.
15. World Health Organization. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. 2008
16. Stokols D, Pelletier KR, Fielding JE. The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health. Health education quarterly. 1996; 23(2):137-58.
17. Allan J, Querstret D, Banas K, de Bruin M. Environmental interventions for altering eating behaviours of employees in the workplace: a systematic review. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity. 2017; 18(2):214-26.
18. Câmara Municipal da Maia. Mapa de pessoal 2019. [acedido a 12 Agosto 2019].
19. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva World Heal Organ. 2010; 60

20. Tudor-Locke C, Craig CL, Thyfault JP, Spence JC. A step-defined sedentary lifestyle index:< 5000 steps/day. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*. 2012; 38(2):100-14.
21. Souza J. Conhecimentos nutricionais: reprodução e validação do questionário. Universidade do Porto. Faculdade de Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar 2009.
22. Ferrão AC, Correia P, Ferreira M, Guine RPF. Perceptions Towards Healthy Diet of the Portuguese According to Area of Work or Studies. *Zdravstveno varstvo*. 2019; 58(1):40-46.
23. Gracia A, Loureiro M, Nayga Jr RM. Do consumers perceive benefits from the implementation of a EU mandatory nutritional labelling program? *Food policy*. 2007; 32(2):160-74.
24. Gomes S, Nogueira M, Ferreira M, Gregório M. Portuguese consumers' attitudes towards food labelling. Geneva: World Health Organization. 2017
25. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*. 2000; 34(3):269-75.
26. Stroud JR. Nutrition knowledge and food intake. 2013
27. Jeruszka-Bielak M, Kollajtis-Dolowy A, Santoro A, Ostan R, Berendsen AAM, Jennings A, et al. Are Nutrition-Related Knowledge and Attitudes Reflected in Lifestyle and Health Among Elderly People? A Study Across Five European Countries. *Frontiers in physiology*. 2018; 9:994.
28. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, De Lucia F, Olivieri M, Donati MB, et al. Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence of obesity. Results from the Moli-sani study. *Appetite*. 2013; 68:139-46.
29. Valmorbida JL, Goulart MR, Busnello FM, Pellanda LC. Nutritional knowledge and body mass index: A cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira (1992)*. 2017; 63(9):736-40.
30. MacArthur RL, Wang YH, Feng X. Influence of Age and Education on Nutritional Knowledge and Dietary Choices among Chinese Consumers in Shenyang, China. *Malaysian Journal of Nutrition*. 2016; 22(1)
31. Parmenter K, Waller J, Wardle J. Demographic variation in nutrition knowledge in England. *Health education research*. 2000; 15(2):163-74.
32. Fan LB, Blumenthal JA, Watkins LL, Sherwood A. Work and home stress: associations with anxiety and depression symptoms. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2015; 65(2):110-6.
33. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and environmental medicine*. 2008; 65(7):438-45.
34. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Riscos psicossociais, stresse e lesões musculoesqueléticas - Guia prático para pequenas empresas. 2018. [acedido a 18 Julho 2019]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/highlights/psychosocial-risks-stress-and-musculoskeletal-disorders-practical-guide-small-businesses>.
35. Byrne DW, Goetzel RZ, McGown PW, Holmes MC, Beckowski MS, Tabrizi MJ, et al. Seven-year trends in employee health habits from a comprehensive

- workplace health promotion program at Vanderbilt University. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2011; 53(12):1372-81.
36. De Vriendt T, Matthys C, Verbeke W, Pynaert I, De Henauw S. Determinants of nutrition knowledge in young and middle-aged Belgian women and the association with their dietary behaviour. *Appetite*. 2009; 52(3):788-92.
 37. Burchell B, Marsh C. The effect of questionnaire length on survey response. Quality and quantity. 1992; 26(3):233-44.
 38. Kullen CJ, Iredale L, Prvan T, O'Connor HT. Evaluation of General Nutrition Knowledge in Australian Military Personnel. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2016; 116(2):251-8.
 39. Geaney F, Fitzgerald S, Harrington JM, Kelly C, Greiner BA, Perry IJ. Nutrition knowledge, diet quality and hypertension in a working population. *Preventive medicine reports*. 2015; 2:105-13.
 40. Adriaanse MA, Vinkers CD, De Ridder DT, Hox JJ, De Wit JB. Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. *Appetite*. 2011; 56(1):183-93.
 41. Geaney F, Kelly C, Greiner BA, Harrington JM, Perry IJ, Beirne P. The effectiveness of workplace dietary modification interventions: a systematic review. *Preventive medicine*. 2013; 57(5):438-47.
 42. Fitzgerald S, Murphy A, Kirby A, Geaney F, Perry IJ. Cost-effectiveness of a complex workplace dietary intervention: an economic evaluation of the Food Choice at Work study. *BMJ open*. 2018; 8(3):e019182.
 43. Balk-Moller NC, Poulsen SK, Larsen TM. Effect of a Nine-Month Web- and App-Based Workplace Intervention to Promote Healthy Lifestyle and Weight Loss for Employees in the Social Welfare and Health Care Sector: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*. 2017; 19(4):e108.
 44. Schroer S, Haupt J, Pieper C. Evidence-based lifestyle interventions in the workplace-an overview. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2014; 64(1):8-12.
 45. Motalebi GM, Keshavarz Mohammadi N, Kuhn K, Ramezankhani A, Azari MR. How far are we from full implementation of health promoting workplace concepts? A review of implementation tools and frameworks in workplace interventions. *Health promotion international*. 2018; 33(3):488-504.