

EFEITOS DE UM PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL EM TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: uma abordagem qualitativa-quantitativa

Priscila Tatiana da Silva¹, Mariluza Sott Bender², Litusa da Silveira Dias¹, Rogério Henn Kappel¹, Katlen Gabriele Schmidt¹, Cézane Priscila Reuter³, Miriam Beatris Reckziegel^{1,3}

RESUMO

Introdução: o ambiente hospitalar apresenta riscos advindos de fatores físicos, biológicos, químicos e psicossociais. Assim, ampliar as possibilidades de cuidado à saúde dos funcionários é fundamental para as instituições. **Objetivo:** avaliar as respostas físicas e de comportamento nutricional e psicológico, apresentadas por trabalhadores da saúde, a uma intervenção multiprofissional. **Método:** intervenção do tipo estudo-piloto, com 16 funcionários, alocados em grupo experimental (n=9) e grupo controle (n=7), de um hospital de ensino. O programa contemplou exercícios físicos, orientação nutricional e psicológica. Os dados coletados foram analisados por metodologia qualitativa-quantitativa. **Resultados:** identificou-se a autoestima como elemento importante para mudanças. Verificou-se no grupo intervenção aumento da disposição e autoestima, maiores níveis de flexibilidade (p=0,011), força e resistência abdominal (p=0,015), e reduções no consumo de bolachas/biscoitos salgados (p=0,014) e refrigerantes (p=0,026). Para o grupo controle houve aumento apenas no número de abdominais em um minuto (p=0,046). **Conclusão:** o programa multiprofissional impactou no alcance de melhores indicadores de saúde para os trabalhadores no grupo experimental, incluindo aumento da autoestima, disposição, níveis de flexibilidade, força e resistência abdominal, bem como menor consumo de refrigerantes e biscoitos salgados. **Palavras-chave/descriptores:** Exercício Físico; Saúde Mental; Comportamento Alimentar; Saúde do Trabalhador.

EFFECTS OF A MULTIPROFESSIONAL PROGRAM ON WORKERS IN A HOSPITAL INSTITUTION: a qualitative-quantitative approach

ABSTRACT

Introduction: the hospital environment presents risks arising from physical, biological, chemical, and psychosocial factors. Thus, expanding the possibilities of health care for employees is fundamental for the institutions. **Objective:** to evaluate the physical and nutritional and psychological behavior responses, presented by health workers, to a multiprofessional intervention. **Methods:** pilot study type intervention, with 16 employees, allocated to an experimental group (n=9) and a control group (n=7), from a teaching hospital. The program included physical exercises, nutritional and psychological guidance. The collected data were analyzed using a qualitative and quantitative methodology. **Results:** self-esteem was identified as an important element for changes. There was an increase in the disposition and self-esteem in the intervention group, higher levels of flexibility (p=0.011), abdominal strength and resistance (p=0.015), and reductions in the consumption of crackers (p=0.014) and soft drinks (p=0.026). For the control group, there was an increase only in the number of sit-ups in one minute (p=0.046). **Conclusion:** the multiprofessional program impacted the achievement of better health indicators for workers in the experimental group,

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz - HSC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: priscilasilvaef@gmail.com

² Hospital Santa Cruz – HSC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

³ Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

including increased self-esteem, disposition, levels of flexibility, abdominal strength and resistance, as well as lower consumption of soft drinks and crackers.

Keywords: Exercise; Mental Health; Feeding Behavior; Occupational Health.

INTRODUÇÃO

Ao direcionar o olhar para a realidade do trabalho em saúde, em especial no contexto hospitalar, observa-se que os profissionais da saúde estão frequentemente expostos a situações de risco.^{1,2} Desta forma, o ambiente hospitalar se apresenta integrado a diversos riscos físicos, químicos, psicossociais, biológicos e ergonômicos que tendem a resultar em acidentes, desgastes e doenças.³ Além disso, é preciso considerar a sobreposição de tais riscos nos casos de jornadas duplas e/ou sobrecarga de atividades.

Estudos que investigaram a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde demonstraram prevalência de múltiplas condições, como desconforto e distúrbios musculoesqueléticos, exaustão emocional, despersonalização, sofrimento psíquico,^{2,4} bem como, relação entre as variáveis da síndrome metabólica, ansiedade e estresse.⁵ Ainda, cita-se a influência dos baixos níveis de atividade física na ocorrência de lombalgia, dores e incapacidade funcional.^{3,4}

No conjunto, essas evidências confirmam a complexidade da atenção à saúde do trabalhador e indicam direções para a elaboração de programas de promoção da saúde nas instituições hospitalares. Porém, ainda são consideráveis os serviços que adotam abordagens voltadas apenas para assistência e reabilitação.^{5,6} Nesse contexto, é essencial elaborar ações de educação em saúde e criar condições para que os trabalhadores ampliem a oferta e adesão a tratamentos e a hábitos de vida saudáveis.^{6,7}

Todavia, ressalta-se a necessidade de implementar intervenções de saúde abrangentes e interdisciplinares, baseadas nos princípios de justiça social e sustentabilidade. Os programas devem incentivar a participação dos trabalhadores de todos os níveis hierárquicos. Assim, entende-se que garantir o desenvolvimento de programas específicos de cuidado para a saúde física e mental dos profissionais, é essencial para a humanização das instituições de saúde, além de impactar na melhoria do sistema de saúde como um todo.⁷ Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo avaliar as respostas físicas e de comportamento nutricional e psicológico apresentadas por trabalhadores de um hospital de ensino a um programa de intervenção multiprofissional em saúde.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de pesquisa de intervenção do tipo estudo-piloto, com abordagem qualitativa-quantitativa. Participaram do estudo 16 funcionários, com idade igual ou superior a 18 anos, vinculados a um hospital de ensino, do interior do Rio Grande do Sul-RS e que se comprometeram a participar das atividades fora do seu turno de trabalho. Os participantes foram acompanhados por dois meses e avaliados no período pré e pós-intervenção. O convite para integrar o programa foi realizado a todos os funcionários da instituição por meio do serviço de e-mail institucional.

Os participantes foram escolhidos por conveniência, e alocados, aleatoriamente, em grupo experimental (GE) e grupo controle (GC). Inicialmente, foram inseridos 12 trabalhadores no GE e 10 no GC. Como critérios de exclusão consideraram-se: apresentar incapacidade física ou cognitiva para a participação nas etapas previstas; não comparecer ao mínimo de 16 sessões de intervenção ou ter três faltas consecutivas nas sessões/encontros do

programa. O desenvolvimento do programa ocorreu no período de agosto a dezembro de 2020, período em estava vigente a pandemia do novo coronavírus, que causa a doença chamada Covid-19.

Avaliação e processamento de dados

A abordagem qualitativa-quantitativa se baseia em um procedimento que combina diferentes métodos de coleta e análise de dados, buscando cruzar as fronteiras do biológico, da doença, e trazer a ampla experiência humana de adoecimento, da busca pela cura e da produção numa mesma investigação. Enquanto o quantitativo estima uma tendência, o qualitativo contextualiza as subjetividades e sentidos particulares aos casos.⁸

Como instrumento de coleta de dados aplicou-se uma anamnese, elaborada pelos pesquisadores, investigando as informações referentes aos hábitos de vida, histórico de doença e características sociodemográficas dos sujeitos. A anamnese englobou perguntas abertas e fechadas, autorreferidas pelo participante. Aplicou-se também avaliação antropométrica, em que as variáveis foram mensuradas a partir do peso e estatura, bem como circunferência da cintura (CC) e quadril(CQ), sendo posteriormente estimada a relação cintura-quadril (RCQ), a relação cintura-estatura (RCE) e o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

O IMC foi verificado pela equação $IMC = \text{Massa Corporal(kg)} / \text{Estatura(m}^2\text{)}$. A RCE foi calculada pela divisão do perímetro da cintura pela estatura. A classificação da RCE obedeceu aos critérios de ponto de corte para adultos preconizados pela OMS.⁹ Já a RCQ foi classificada de acordo com os critérios de Nahas¹⁰ e a CC foi classificada de acordo com Lean e colaboradores,¹¹ que recomendam ponto de corte de 80 e 88cm para mulheres e 94 e 102cm para homens, caracterizando risco moderado (nível 1) e risco aumentado (nível 2) respectivamente, valores abaixo dos propostos foram considerados adequados.

Para a avaliação física, verificou-se a flexibilidade e os níveis de força e resistência muscular. A flexibilidade foi avaliada pelo teste de sentar e alcançar modificado, sendo considerado o melhor resultado entre três execuções.¹² Já a força e a resistência muscular foram avaliadas por meio do teste adaptado de abdominal em 1 minuto. Em decúbito dorsal, com os braços estendidos, o avaliado foi orientado a elevar a cabeça e os ombros do chão, deslizando as mãos de uma marca à outra, considerando uma distância de 12 cm entre as marcas. Repetindo o maior número de vezes possível em 1 minuto.¹²

A avaliação psicológica foi realizada por meio de uma entrevista não estruturada, elaborada e aplicada por uma psicóloga. A entrevista abordou 12 tópicos, incluindo rede de apoio, funções mentais, humor, afeto, discurso, pensamento, atenção e concentração, autoestima, estilo de vida, disponibilidade para mudança, consumo de medicamentos e tratamento prévio. Os dados coletados permitiram a posterior análise temática.

Dados de hábitos alimentares foram coletados através dos formulários de marcadores do consumo alimentar, proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.¹³ A versão do formulário para adultos apresenta questões sobre as refeições realizadas e os grupos de alimentos consumidos no período de sete dias antes da avaliação, bem como a frequência em que os alimentos relatados foram consumidos pelo avaliado.

Programa de intervenção multiprofissional

O programa multiprofissional foi composto de sessões de exercícios físicos, orientação nutricional e intervenção psicológica. O programa de condicionamento físico seguiu um macrociclo de treinamento, com 20 sessões orientadas de exercícios físicos, com frequência de três vezes por semana e duração de 30 a 45 minutos cada. A intensidade dos exercícios foi controlada pela escala de percepção subjetiva do esforço de Borg.¹⁴

Como metodologia de treinamento físico considerou-se a aplicação de exercícios funcionais, visando a preservação e o desenvolvimentos dos padrões de movimento, e exercícios aeróbicos realizados com uso de esteira ergométrica, deslocamentos entre cones, escada de agilidade e exercícios dinâmicos no *jump* e *step*. Para a primeira e segunda semanas, o treinamento ocorreu em intensidade de esforço nível 3 e 4 da escala de Borg, na terceira nível 3 a 5, na quarta nível 4 a 6 e na quinta e sexto nível 5 a 7.

A intervenção nutricional englobou o trabalho de orientação e reeducação alimentar. Foram realizados 6 encontros semanais, de forma grupal, de 5 a 10 participantes. Foram abordadas as características dos alimentos, a importância da alimentação saudável, a leitura e compreensão das informações nos rótulos dos alimentos, o impacto da alimentação industrializada à saúde, e as estratégias para manter a alimentação saudável no ambiente de trabalho.

A avaliação psicológica inicial foi realizada de forma individual. O acompanhamento ocorreu através da realização de 5 encontros psicológicos grupais, a fim de promover a reflexão sobre os hábitos de vida, percepções sobre as escolhas comportamentais e suporte psicológico para o desenvolvimento do autoconhecimento, autoestima, do gostar de si, e de estratégias para a construção e manutenção de hábitos de vida saudáveis.

Análise de dados

A análise dos dados quantitativos ocorreu através da estatística descritiva e inferencial. O teste de Shapiro Wilk foi empregado para testar a normalidade dos dados. Para as comparações não paramétricas entre os grupos utilizou-se o teste de Wilcoxon, englobando os períodos (pré e pós). Para as demais comparações utilizou-se o teste U de Mann Whitney e o teste T para amostras independentes. A análise de referências cruzadas foi realizada a partir do teste exato de Fisher. O cálculo do tamanho de efeito foi realizado com base no teste “d” de Cohen e calculado de acordo com Sullivan e Feinn,¹⁵ observando as recomendações para variáveis não paramétricas. Os testes foram realizados no programa estatístico SPSS® versão 23.0 para Windows, adotando-se a significância de 5%. Para a análise dos dados qualitativos foi empregado o método de Análise de Conteúdo de Bardin,¹⁶ sendo os dados divididos em categorias de análise, de acordo com os conteúdos abordados nas avaliações.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As avaliações respeitaram as normas de biossegurança da Declaração de Helsinque e as diretrizes e normativas da OMS para combate e prevenção da infecção pelo novo Coronavírus, incluindo uso de máscaras e álcool gel, atendimento individual e distanciamento social durante a realização dos grupos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), sobre número de parecer: 4.326.811 e número de CAAE: 37160720.6.0000.5343.

RESULTADOS

No final do período de acompanhamento, 16 trabalhadores tiveram os dados de avaliações validados e foram considerados elegíveis para compor a amostra analisada, conforme figura 1. As características da amostra final estão apresentadas na tabela 1. Observa-se que a maioria era do sexo feminino (8 GE, 6 GC), apresentavam sintomas de ansiedade e tinham o hábito de realizar as refeições simultaneamente ao de telas (televisão ou celular).

Figura 1 – Fluxograma da inclusão dos participantes no estudo.

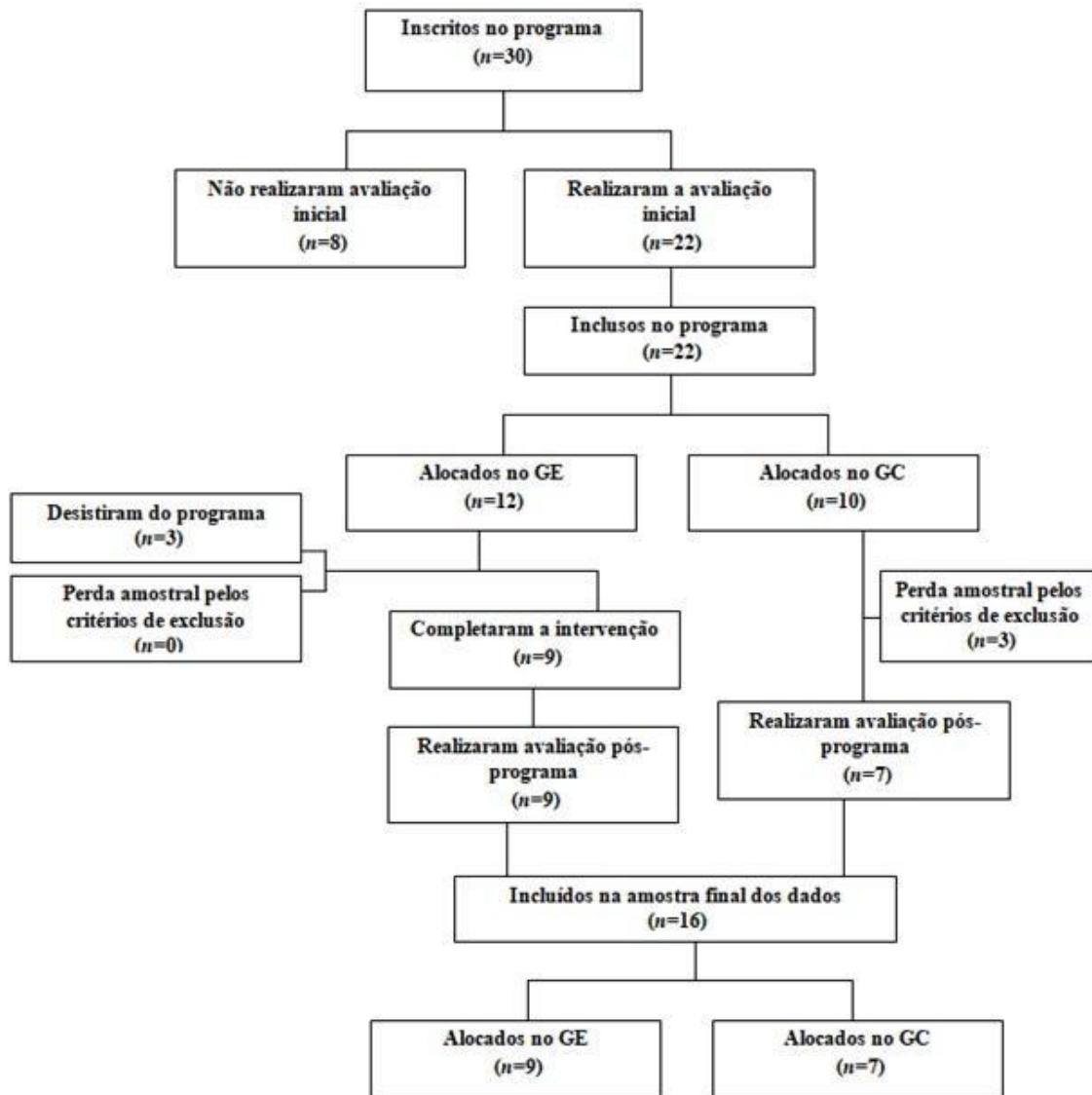


Tabela 1 – Caracterização dos trabalhadores no grupo experimental e no grupo controle.

| Demográficas | GE N=9 | GC N=7 | P |
|------------------------------|-----------------|--------------------|-------|
| Idade (anos)* | 26[22,50-35,00] | 31,00[25,00-35,00] | 0,395 |
| Sexo | | | |
| Feminino | 8 | 6 | |
| Masculino | 1 | 1 | |
| Estilo de vida | | | |
| Fumante | | | |
| Sim | 1 | 0 | |
| Não | 8 | 7 | |
| Considera-se sedentário | | | |
| Sim | 7 | 4 | |
| Não | 2 | 3 | |
| Laborais | | | |
| Área de atuação profissional | | | |
| Administrativa | 1 | 2 | |
| Assistencial | 8 | 5 | |

| | | | |
|--|-----------------|-----------------|-------|
| Turno de trabalho | | | |
| Integral (manhã/tarde) | 7 | 5 | |
| Manhã | 1 | 1 | |
| Tarde | 1 | 1 | |
| Noite/ Madrugada | 1 | 1 | |
| Horas de trabalho/dia* | 8,00[7,00-8,00] | 8,00[6,00-8,00] | 0,845 |
| Indicadores psicológicos | | | |
| Presença de ansiedade | | | |
| Sim | 6 | 7 | |
| Não | 3 | 0 | |
| Tratamento prévio | | | |
| Acompanhamento psiquiátrico/psicológicos | | | |
| Sim | 3 | 1 | |
| Não | 6 | 6 | |
| Consumo de medicação psiquiátrica | | | |
| Sim | 5 | 2 | |
| Não | 4 | 5 | |
| Hábitos nutricionais | | | |
| Come assiste TV | | | |
| Sim | 6 | 6 | |
| Não | 3 | 1 | |
| Refeições diárias | | | |
| Café | 7 | 6 | |
| Lanche manhã | 5 | 4 | |
| Almoço | 9 | 7 | |
| Lanche Tarde | 4 | 5 | |
| Janta | 9 | 6 | |
| Ceia | 0 | 1 | |

*Teste de Wilcoxon: dados expressos em mediana [intervalo interquartilico].

Os dados da tabela 2 evidenciam que os resultados do GE nos testes de flexibilidade, força e resistência abdominal foram estatisticamente maiores no período pós intervenção, quando comparados ao período pré, tendo a análise apresentado um tamanho de efeito forte para ambas as variáveis. Para o GC houve mudança estatística apenas para o número de repetições no teste abdominal em um minuto, com tamanho de efeito moderado. Embora sem significância estatística, observa-se redução nos valores de peso corporal, CC e RCE em ambos os grupos.

Tabela 2. Comparação dos parâmetros antropométricos, de flexibilidade, resistência muscular intra grupos, nos momentos pré e pós-intervenção.

| | GE | | | | GC | | | |
|-------------------------|--------------------|--------------------|----------------|--------------|--------------------|--------------------|----------------|--------------|
| | Pré N=9 | Pós N=9 | d ² | P | Pré N=9 | Pós N=7 | d ² | P |
| Peso (kg) | 67,90[65,65-79,85] | 67,70[63,60-77,90] | 0,55 | 0,097 | 78,90[66,5-82,60] | 77,00[67,10-81,50] | 0,70 | 0,063 |
| IMC(kg/m ²) | 26,78[25,37-30,53] | 26,78[24,35-30,51] | 0,33 | 0,260 | 25,63[25,02-28,98] | 25,72[25,00-28,63] | 0,61 | 0,128 |
| CC(cm) | 87,00[76,50-94,25] | 84,00[74,00-91,00] | 0,55 | 0,097 | 91,00[86,00-95,00] | 88,50[82,00-91,00] | 0,35 | 0,344 |
| RCQ (cm/cm) | 0,80[0,72-0,89] | 0,81[0,72-0,88] | 0,02 | 0,952 | 0,86[0,81-0,89] | 0,81[0,79-0,88] | 0,39 | 0,292 |
| RCE(cm/m ²) | 52,94[47,82-61,24] | 51,54[46,54-59,45] | 0,53 | 0,110 | 53,37[48,86-55,76] | 51,70[46,07-54,63] | 0,32 | 0,398 |
| Flexibilidade(cm) | 23,55[16,00-31,50] | 29,00[27,00-37,00] | 0,84 | 0,011 | 24,00[18,00-27,00] | 26,00[15,00-28,00] | 0,61 | 0,107 |
| Abd 1' min(rep) | 21,33[19,00-25,00] | 26,00[22,00-34,50] | 0,81 | 0,015 | 27,00[18,00-28,00] | 28,00[20,00-31,00] | 0,75 | 0,046 |

Legenda: IMC: índice de massa corporal; CC: circunferência da cintura; RCQ: relação cintura quadril; RCE: relação cintura/estatura; Abd 1 minuto: Abdominal em um minuto.*Teste de Wilcoxon: dados expressos em mediana [intervalo interquartilico].

A tabela 3 apresenta os valores comparativos de consumo alimentar e status de medidas de saúde entre os grupos. Identificou-se comportamento similar entre GE e GC para o consumo alimentar entre o período pré e pós-intervenção, não sendo encontradas diferenças estatísticas entre os grupos. Observa-se que parte dos participantes que iniciaram na faixa de

classificação de “obesidade” ou de “risco”, passaram para a faixa de sobrepeso ou normalidade, apesar destes dados não apresentarem significância estatística.

Tabela 3. Comparação de consumo alimentar e status de indicadores de saúde entre os grupos no período pré e pós participação no programa.

| | Pré-testes | | | Pós-testes | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|-------|
| | GE N=9 | GC N=7 | P | GE N=9 | GC N=7 | P |
| Consumo alimentar | | | | | | |
| Saladas cruas | 5,00[3,50-7,00] | 5,00[5,00-6,00] | 0,867 | 4,00[2,00-6,50] | 6,00[4,00-7,00] | 0,419 |
| Legumes e verduras cozidas | 3,00[2,00-5,00] | 3,00[1,00-5,00] | 0,484 | 4,00[2,00-6,00] | 4,00[1,00-7,00] | 0,957 |
| Feijão | 5,00[0,50-6,00] | 5,00[5,00-6,00] | 0,476 | 4,00[3,00-5,00] | 5,00[1,00-5,00] | 0,704 |
| Leite ou iogurte | 3,00[1,00-5,00] | 5,00[1,00-6,00] | 0,667 | 3,00[0,00-6,00] | 5,00[0,00-7,00] | 0,548 |
| Batata pacote e frita | 1,00[0,00-2,50] | 1,00[1,00-2,00] | 0,827 | 1,00[0,00-1,00] | 1,00[1,00-3,00] | 0,092 |
| Salada de fruta | 4,00[2,50-5,50] | 6,00[2,00-7,00] | 0,593 | 5,00[2,00-6,00] | 4,00[1,00-7,00] | 0,872 |
| Hamburguer/embutidos | 1,00[0,50-3,50] | 0,00[0,00-4,00] | 0,411 | 1,00[0,50-1,50] | 1,00[0,00-2,00] | 0,736 |
| Bolachas/biscoitos doces/recheados | 1,00[0,00-2,50] | 3,00[2,00-4,00] | 0,104 | 0,00[0,00-1,00] | 1,00[1,00-3,00] | 0,640 |
| Bolachas/biscoitos salgados | 2,00[0,50-4,00] | 1,00[0,00-3,00] | 0,483 | 0,00[0,00-1,00] | 1,00[0,00-3,00] | 0,144 |
| Refrigerante | 2,00[0,50-3,50] | 1,00[0,00-2,00] | 0,129 | 1,00[0,00-3,00] | 1,00[1,00-2,00] | 0,698 |
| Indicadores de saúde status | | | | | | |
| Qualidade do sono | | | | | | |
| Péssima | 0 | 1 | 0,890 | 0 | 1 | 0,282 |
| Regular | 4 | 3 | | 1 | 3 | |
| Boa | 3 | 1 | | 4 | 1 | |
| Muito boa | 2 | 2 | | 4 | 2 | |
| Class. do IMC | | | | | | |
| Recomendável | 1 | 2 | 0,765 | 2 | 1 | 0,373 |
| Sobrepeso | 5 | 5 | | 5 | 5 | |
| Obesidade I | 2 | 1 | | 1 | 0 | |
| Obesidade II | 0 | 0 | | 0 | 1 | |
| Obesidade III | 1 | 1 | | 1 | 0 | |
| Class. CC | | | | | | |
| Recomendada | 5 | 2 | 0,315 | 5 | 2 | 0,572 |
| Risco Moderado | 0 | 3 | | 2 | 3 | |
| Alto Risco | 4 | 2 | | 2 | 2 | |
| Class. RCE | | | | | | |
| Saudável | 3 | 1 | 0,685 | 4 | 3 | 1,000 |
| Baixo risco | 3 | 3 | | 2 | 2 | |
| Risco elevado | 3 | 3 | | 2 | 2 | |
| Class. Flex. | | | | | | |
| Condição de risco | 5 | 5 | 0,648 | 1 | 3 | 0,523 |
| Baixa aptidão | 2 | 1 | | 4 | 3 | |
| Recomendável | 2 | 0 | | 2 | 0 | |
| Condição atlética | 0 | 1 | | 2 | 1 | |
| Class. Abd. 1' | | | | | | |
| Baixa aptidão | 7 | 3 | 0,302 | 3 | 1 | 0,585 |
| Recomendável | 2 | 4 | | 6 | 6 | |

Legenda: Class: Classificação; IMC: índice de massa corporal; CC: circunferência da cintura; RCQ: relação cintura quadril; RCE: relação cintura/estatura; Abd 1': Abdominal em um minuto; Flex: Flexibilidade. Nos dados de hábitos alimentares para os dois momentos considerou-se o período dos últimos setes dias. *Teste U de MannWhitney. ** Teste exato de Fisher.

A comparação dos hábitos alimentares intragrupal, antes e após a intervenção, está descrita na tabela 4. Constatou-se diferença estatisticamente significativa no consumo de dois grupos de alimentos relatados pelos trabalhadores pertencentes ao GE, sendo esta caracterizada pela menor frequência no consumo de bolachas e biscoitos salgados e refrigerantes.

Tabela 4. Comparação intragrupo do consumo alimentar no período dos últimos sete dias.

| | GE | | | | GC | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|-------|
| | Pré N=9 | Pós N=9 | d ^a | p | Pré N=7 | Pós N=7 | d ^a | p |
| Saladas cruas | 5,00[3,50-7,00] | 4,00[2,00-6,50] | 0,54 | 0,104 | 5,00[5,00-6,00] | 6,00[4,00-7,00] | 0,41 | 0,680 |
| Legumes e verduras cozidas | 3,00[2,00-5,00] | 4,00[2,00-6,00] | 0,17 | 0,599 | 3,00[1,00-5,00] | 4,00[1,00-7,00] | 0,32 | 0,414 |
| Feijão | 5,00[0,50-6,00] | 4,00[3,00-5,00] | 0,04 | 0,888 | 5,00[5,00-6,00] | 5,00[1,00-5,00] | 0,64 | 0,109 |
| Leite ou iogurte | 3,00[1,00-5,00] | 3,00[0,00-6,00] | 0,04 | 0,891 | 5,00[1,00-6,00] | 5,00[0,00-7,00] | 0,25 | 0,518 |
| Batata pacote e frita | 1,00[0,00-2,50] | 1,00[0,00-1,00] | 0,53 | 0,202 | 1,00[1,00-2,00] | 1,00[1,00-3,00] | 0,15 | 0,705 |
| Salada de fruta | 4,00[2,50-5,50] | 5,00[2,00-6,00] | 0,08 | 0,798 | 6,00[2,00-7,00] | 4,00[1,00-7,00] | 0,27 | 0,496 |
| Hambúrguer/embutidos | 1,00[0,50-3,50] | 1,00[0,50-1,50] | 0,42 | 0,131 | 0,00[0,00-4,00] | 1,00[0,00-2,00] | 0,00 | 1,000 |
| Bolachas/biscoitos doces/recheados | 1,00[0,00-2,50] | 0,00[0,00-1,00] | 0,50 | 0,131 | 3,00[2,00-4,00] | 1,00[1,00-3,00] | 0,65 | 0,102 |
| Bolachas/biscoitos salgados | 2,00[0,50-4,00] | 0,00[0,00-1,00] | 0,81 | 0,014 | 1,00[0,00-3,00] | 1,00[0,00-3,00] | 0,04 | 0,916 |
| Refrigerante | 2,00[0,50-3,50] | 1,00[0,00-3,00] | 0,74 | 0,026 | 1,00[0,00-2,00] | 1,00[1,00-2,00] | 0,61 | 0,480 |

Para os dois momentos considerou-se o período dos últimos setes dias. Teste de Wilcoxon: dados expressos em mediana [intervalo interquartilico].

No que tange à avaliação psicológica, esta não evidenciou transtornos de humor ou afeto nos participantes. Contudo, fatores ansiosos foram identificados como causadores de maior impacto para o consumo de alimentos e como dificultador da adoção de um estilo de vida mais saudável. Além disso, os fatores relacionados à autoestima foram abordados por 7 dos 9 participantes e está ligada à insatisfação corporal e estética, identificada como uma das maiores motivações para a mudança almejada através da participação no programa.

A maior dificuldade apontada pelos participantes para a adoção de um estilo de vida mais saudável foi a rotina de trabalho, que limita o tempo disponível para atividades de autocuidado, lazer e atividades físicas. Além disso, identificaram-se fatores emocionais que podem interferir na adoção de um estilo de vida saudável. Dessa forma, a partir dos dados coletados na entrevista psicológica, estabeleceram-se três categorias temáticas: fatores de ansiedade; questões de autoestima; maiores dificuldades, que são discutidas abaixo no próximo item.

Os resultados da avaliação dos participantes sobre os benefícios da participação no programa incluem aspectos relacionados à maior disposição e produtividade na realização das atividades, aumento da autoestima e ganhos na qualidade de vida, incluindo melhor qualidade de sono, autoconhecimento e mobilidade para as tarefas do dia a dia.

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou o impacto da participação de trabalhadores da área da saúde em um programa multiprofissional sobre os indicadores de saúde física, mental e alimentar. Além disso, considerou a complexidade da mudança de comportamento relacionada ao estilo de vida. Estes indicadores são pontos importantes pouco evidenciados em estudos experimentais, no entanto, permitem visualizar além dos números de avaliações e testes e entender o quanto tal proposta tem valor e significado para o participante.

No que se refere aos parâmetros de hábitos alimentares, constataram-se diferenças estatisticamente significativas no consumo de duas classes de alimentos relatados pelos trabalhadores pertencentes ao GE, incluindo menor proporção no consumo de bolachas e biscoitos salgados ($p < 0,014$; d^a 0,81) e refrigerantes ($p < 0,026$; d^a 0,74). O Guia Alimentar para População Brasileira classifica os alimentos em: in natura ou minimamente processados, processados e ultraprocessados. Assim, os refrigerantes, biscoitos e bolachas salgadas caracterizam-se como ultraprocessados por possuírem alto teor de sódio, açúcares e/ou gordura, além de excesso de substâncias químicas e/ou sintéticas. Estes são considerados alimentos de baixo teor nutricional e alta densidade calórica, que colaboram para o desenvolvimento de comorbidades.¹⁷

Neste sentido, a mudança nas classes de alimentos alcançada pelos participantes diminui os riscos que a má alimentação pode produzir na vida dos indivíduos. Soares e colaboradores¹⁸ investigaram o motivo da dificuldade em adquirir e manter hábitos alimentares saudáveis, e detectaram que alguns dos principais motivos são: a falta de tempo e a descrença quanto à própria capacidade de alcançar resultados positivos na manutenção do seu peso. Estes pontos demonstram que as chances de mudanças efetivas não dependem somente da educação nutricional realizada por nutricionistas, mas também da presença de uma equipe multiprofissional.

Todavia, é importante citar que o período de realização das atividades de intervenção se deu durante a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, que gera a doença denominada Covid-19. Tamaña eventualidade carrega uma série de condições que podem afetar a saúde dos trabalhadores, entre elas citam-se as possibilidades de desencadear sofrimento psíquico, estresse, Síndrome de *Burnout*, depressão e fadiga mental. Os efeitos deste período impactam no trabalhador da saúde pelo aumento do estresse e sobrecarga de trabalho. Essa sobrecarga afeta os trabalhadores em diferentes graus, dificultando a adoção de práticas de cuidados pessoais. Tais indicativos destacam a necessidade das organizações adotarem abordagens personalizadas, fornecendo atenção adicional aos funcionários, e irem além da utilização de equipamentos de proteção individual e protocolos de atendimento.¹⁹ Assim, a participação no programa pode ter gerado uma carga de benefícios adicionais aos trabalhadores que não foram objetivamente mensurados.

De forma expressiva, o programa possibilitou ganhos no desenvolvimento do condicionamento físico dos participantes, que apresentaram aumento da flexibilidade e da força e resistência abdominal, aspectos importantes para trabalhadores da área da saúde, que desenvolvem atividades com extensa jornada de esforço físico e mental. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com funcionários de uma empresa do Taiwan, submetidos a um programa multiprofissional com atuação de profissional de educação física, médico, enfermeiro e nutricionista. Os achados revelaram que, além da melhoria na aptidão física (flexibilidade, força, resistência muscular e capacidade cardiorrespiratória), houve melhora em variáveis metabólicas, como níveis séricos de triglicerídeos, colesterol total e lipoproteína de baixa densidade.²⁰

Assim, estima-se que o aumento nos níveis de flexibilidade e força muscular está diretamente relacionado à redução de queixas osteomusculares, e possibilita a manutenção de condições saudáveis na região lombar, cervical e de tronco. O estudo de Massuda e colaboradores³ avaliou o nível de atividade física, a presença de fatores de risco musculoesqueléticos e a ocorrência de lombalgia em profissionais de enfermagem de um centro hospitalar. Observou-se que o nível de atividade física está relacionado à ocorrência de lombalgia, intensidade de dor e índice de incapacidade funcional.

Dessa forma, aponta-se que o aumento ou a manutenção de indicadores de saúde, como ocorreu no presente estudo, em períodos como da pandemia da Covid-19, podem ter valor redobrado, à medida que se constata o impacto pandêmico negativo sobre os índices de saúde da população em geral. Dados de um estudo *online* demonstraram como as medidas de distanciamento social para o combate a Covid-19 têm influenciado o nível de atividade física. O estudo contemplou 2004 sujeitos e demonstrou que 59% dos participantes, que eram suficientemente ativos, diminuíram seu nível de atividade física durante a pandemia.²¹

Globalmente, estima-se que a inatividade física custe US\$ 54 bilhões em assistência médica direta, dos quais 57% são incorridos pelo setor público e outros US\$ 14 bilhões são atribuídos à perda de produtividade.²² Da mesma forma, a prática de exercício físico diário se apresenta como um fator de proteção para condições de exaustão emocional e despersonalização no trabalho.⁴ Logo, o desenvolvimento de programas e atividades que utilizem estes mecanismos, merecem ser visualizados como estratégia para garantir o cuidado integral e a proteção da saúde do trabalhador.

Nesse sentido, a avaliação psicológica permitiu a identificação de fatores emocionais, como a ansiedade, o estresse e os sintomas depressivos, que podem interferir na adoção de um estilo de vida saudável e alterar o comportamento e a imagem corporal dos indivíduos. Nesse sentido, as respostas dos participantes compuseram três categorias de análise, que visam discutir os fatores com maior impacto na vida dos indivíduos.

Categoria 1: Ansiedade: Segundo os participantes do programa, a ansiedade é o fator de maior impacto para o consumo descontrolado de alimentos, conforme fragmentos abaixo:

“Ansiedade e preguiça” (P. 1).

“Stress, tristeza e falta de apoio, preguiça e ansiedade [...]” (P. 4).

“Sim, ansiedade, autocobrança excessiva e auto sabotagem” (P. 8).

Nessa perspectiva, Souza et al.²³ referem que a ansiedade é “um dos estados emocionais que mais exerce influência sobre o comportamento alimentar”, principalmente porque os alimentos escolhidos e a frequência das refeições possuem diversos fatores de origem biopsicossocioculturais. Assim, a relação entre a ansiedade e o consumo de alimentos é uma via de mão dupla, pois, ao mesmo tempo em que o consumo de alimentos pode ser um mecanismo de regulação da ansiedade, esta pode aumentar ou diminuir esse consumo. Além disso, a prática de exercícios físicos também pode ser uma forma de dar vazão à ansiedade e reduzir o nível de estresse, sendo considerado um modo adaptado de enfrentamento.

Categoria 2: Autoestima: Entre os participantes, sete apresentaram dificuldades relacionadas à autoestima, conforme consta abaixo.

“Sente-se gorda, com sobrepeso e gostaria de sentir-se melhor consigo mesma” (P. 9)

“Baixa autoestima relacionada à questão estética” (P. 7).

Aponta-se que a autoestima possui um forte impacto na busca dos indivíduos por felicidade, sendo um fator fundamental ao indivíduo que deseja modificar seu contexto e buscar mais qualidade de vida. Os fragmentos supracitados evidenciam a dificuldade de aceitação do próprio corpo, denotando a importância do olhar do outro, através do qual se cria uma estética corporal desejada e socialmente aceita. Portanto, a autoestima é perpassada pela autocrítica e pelos padrões normativos da sociedade à qual o indivíduo pertence.

Não obstante, a baixa autoestima pode gerar aumento da ansiedade e do sofrimento psíquico, e, conseqüentemente, dificultar a adoção de estratégias de enfrentamento às problemáticas vivenciadas pelo indivíduo. Portanto, o trabalho com o sujeito deve levar em conta a relação entre autoestima e autocrítica, uma vez que ambas são interdependentes, pois é através da autoestima adequada que o sujeito “torna-se mais capaz de tolerar as críticas e aprender com elas nos diferentes momentos da sua vida, e vice-versa”.²⁴

Categoria 3: Maiores dificuldades: No que tange às dificuldades verificadas para adoção de rotinas de vida mais saudáveis, os participantes apontaram a rotina extenuante de trabalho, que limita o tempo disponível para realização de atividades de lazer, de autocuidado, atividades físicas e de alimentação saudável. Isso evidencia a centralidade do trabalho na vida do sujeito, pois todas as facetas de sua vida são organizadas em torno da realização deste. O trabalho também proporciona “a construção da identidade e dos vínculos sociais”,²⁵ que são fundamentais para o indivíduo.

Dessa forma, é fundamental trabalhar com organização pessoal e familiar para dar conta das mudanças necessárias para alcançar as metas de cada participante. Nesse sentido, os grupos trabalharam estratégias de enfrentamento às dificuldades identificadas, no intuito de que os indivíduos pudessem assumir o protagonismo pela busca de respostas para seus próprios questionamentos. Além disso, focou-se na adoção de estratégias de regulação emocional adequadas, como o relaxamento e a prática do exercício físico.

A partir das discussões supracitadas e as estimativas atuais relacionadas à saúde do trabalhador, compreende-se que visualizar o trabalho como um fator determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade é um aspecto essencial para a saúde nas instituições. Nos espaços e serviços públicos de saúde que não possuem essa

compreensão, cria-se uma invisibilidade que tende a contribuir para a desassistência e o adoecimento da população trabalhadora.⁶

Assim, as intervenções de promoção de saúde têm potencial para aumentar a produtividade e reduzir os custos com doenças. Além disso, tendo em vista que os indivíduos convivem a maior parte do tempo no ambiente de trabalho, estes espaços se configuram como locais ideais para desenvolver intervenções eficazes de saúde e bem-estar. Contudo, ressalta-se que, para a implantação exitosa de tais programas, as iniciativas precisam estar alinhadas e integradas à gestão do serviço como um todo, a fim de englobar o olhar para a complexidade dos sujeitos e abranger o compromisso da gestão na construção de propostas e ambientes seguros e saudáveis para os trabalhadores.¹⁹

CONCLUSÃO

Este estudo focou nas questões ampliadas voltadas à saúde do trabalhador, abrangendo características físicas, psicológicas e nutricionais e expandindo o olhar para além das propostas convencionais do espaço hospitalar. Dessa forma, o estudo propôs aos trabalhadores práticas de cuidado e atenção aos seus indicadores de saúde, além de identificar os pontos que dificultam suas rotinas de autocuidados. Observou-se que os indivíduos relataram satisfação em participar do programa e que este contribuiu para o aumento da sua disposição, autoestima, autoimagem e qualidade de vida.

No que se refere aos fatores psicológicos, identificou-se a autoestima como elemento importante no processo de mudanças e de trabalho. Nesse sentido, em resposta à participação no programa, observou-se maior autoestima, produtividade e disposição para as tarefas diárias e profissionais. O protocolo de treinamento físico geral utilizado na intervenção possibilitou o aumento dos níveis de flexibilidade, força e resistência muscular, que são aspectos positivos para a saúde dos trabalhadores. No que se refere aos parâmetros de hábitos alimentares constataram-se reduções significativas no consumo de bolachas e biscoitos salgados e refrigerantes nos participantes do grupo de intervenção, denotando o início da mudança de alguns hábitos alimentares.

Apesar do pequeno tamanho amostral ser característica do tipo de metodologia empregada nesta pesquisa, ressalta-se que tal condição diminui o poder estatístico das análises empregadas. Do mesmo modo, não foi possível controlar a ocorrência de possíveis intervenções múltiplas, em especial no grupo controle. Contudo, o estudo traz elementos interessantes para o desenho, implantação e gestão de futuras intervenções voltadas ao trabalhador da saúde, sendo um modelo possível e recomendado. Sugere-se que este estudo seja replicado com utilização de uma amostra mais significativa e com maior tempo para a participação e o acompanhamento. Além disso, é fundamental que o tempo de participação esteja, parcial ou totalmente, integrado à carga horária de trabalho dos participantes.

Por fim, cita-se que a implantação de um programa com abordagem de acompanhamento multiprofissional no ambiente de trabalho, em especial na área hospitalar, se apresenta como um ponto positivo e inovador. Além disso, este estudo traz uma metodologia qualitativa-quantitativa, englobando as percepções dos sujeitos frente à participação no programa e os fatores psicossociais que interferem na adoção de práticas regulares de atividades físicas e rotinas de alimentação mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Santana, LDL, Sarquis, LMM, Miranda, FMDA, Kalinke, LP, Felli, VEA, Mininel, VA. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. Rev Bras Enferm 2016;69:30-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690104>

2. Tottoli, CR, Toledo, AMD, Silva, NC, Araújo, WND, Souza, RDN, Carregaro, RL. Health professionals working in a hospital environment have a high prevalence of fatigue and back pain: a cross-sectional study. *Fisioter Pesqui* 2019;26(1):91-100. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18032926012019>
3. Tottoli, CR, Toledo, AMD, Silva, NC, Araújo, WND, Souza, RDN, Carregaro, RL. Health. Incidence of low back pain according to physical activity level in hospital workers. *Rev Dor* 2017;18(1):8–11. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18032926012019>
4. Cruz SP, Cruz JC, Cabrera JH, Abellán MV. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev Lat Am Enfermagem* 2019;27:e3144. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>
5. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Ribeiro PHV, Robazzi MLCC, Dalmas JC. Prevalência da Síndrome Metabólica entre trabalhadores de Enfermagem e associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015;23(3):435–40. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0383.2573>
6. Daldon MTB, Lancman S. Vigilância em saúde do trabalhador: rumos e incertezas. *Rev Bras Saúde Ocup* 2013;38(127):92–106. doi: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100012>
7. Rocha JS, Casarotto RA, Schmitt ACB. Saúde e trabalho de residentes multiprofissionais. *Rev Ciencias la Salud* 2018;16(3):462-77. doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7265>
8. Deslandes, Suely Ferreira, Simone Gonçalves de Assis, and Maria Cecília de Souza Minayo. “Abordagens Quantitativa e Qualitativa Em Saúde: O Diálogo Das Diferenças.” In *Caminhos Do Pensamento: Epistemologia e Método*, 195–224. SciELO, 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 195-224. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575414118.11>
9. Organização Mundial da Saúde. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization - Technical Report Series. [Documento na internet]. Geneva: 2000 [citado em 20 nov 2020]. 894: 253 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
10. Rossato, LC, Duca, GFD, Farias, SF, Nahas, MV. Prática da ginástica laboral por trabalhadores das indústrias do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Educ Física e Esporte* 2013;27(1):15–23. doi: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092013000100003>
11. Han TS, Van Leer EM, Seidell JC, Lean MEJ. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *Bmj* 1995; 311(7017):1401-05. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7017.1401>
12. Nahas MV. Aptidão musculoesquelética: força e mobilidade. In: *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 6 edição. Londrina: Midiograf; 2013. p. 335.
13. SISVAN. Marcadores de consumo alimentar. 2015;10. Disponível em: http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/public/file/ficha_marcadores_alimentar.pdf
14. Borg G. Escalas de Borg para a dor e o esforço percebido. Manole, organizador. São Paulo: Manole; 2000. p. 65-66.
15. Sullivan GM, Feinn R. Using effect size—or why the p value is not enough. *J Grad Med Educ*. 2012;4(3):279–82. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1º ed. Lisboa: Edições 70, 2015. p. 228-30

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2^o ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 39-47.

18. Soares A, Araújo CO, Rocha, TR, Cordoba GMC, dos Santos Nobre JA. Porque obesos abandonam o planejamento nutricional em uma clínica-escola de nutrição? RBONE - Rev Bras Obesidade, Nutr e Emagrecimento 2017;11(65):368–75.

19. Brunner B, Igit I, Keller AC, Wieser S. Who gains the most from improving working conditions? Health-related absenteeism and presenteeism due to stress at work. Eur J Health Econ 2019;20(8):1165–1180. doi: <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01084-9>

20. Fang YY, Huang CY, Hsu MC. Effectiveness of a physical activity program on weight, physical fitness, occupational stress, job satisfaction and quality of life of overweight employees in high-tech industries: a randomized controlled study. Int J Occup Saf Ergon 2019;25(4):621–629. doi: <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1438839>

21. Costa CLA, Costa TM, Barbosa Filho VC, Bandeira PFR, Siqueira RCL. Influência do distanciamento social no nível de atividade física durante a pandemia do COVID-19. Rev Bras Atividade Física Saúde. 2020;25:1–6. doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0123>

22. BRASIL. OMS lança plano de ação global sobre atividade física para reduzir comportamento sedentário e promover a saúde [Documento na internet]. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/oms-lanca-plano-de-acao-global-sobre-atividade-fisica-para-reduzir-comportamento-sedentario-e-promover-a-saude/>

23. Souza DTB, Lúcio JM, Araújo AS. Ansiedade e alimentação: uma análise inter-relacional. In: II CONBRACIS. Campina Grand: Realize Editora; 2017. p. 1.

24. Guerreiro DPNV. Necessidade psicológica de auto-estima/auto-crítica: relação com bem-estar e distress psicológico [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.

25. Hoffmann CD, Zille LP. Centralidade do trabalho, aposentadoria e seus desdobramentos biopsicossociais. REUNA 2017;22(1):83–102. Disponível em: <https://revistas.una.br/reuna/article/view/878>