



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
ISSN: 0303-7657
rbs0@fundacentro.gov.br
Fundação Jorge Duprat Figueiredo de
Segurança e Medicina do Trabalho
Brasil

Lima Sírio Boclin, Karine de; Blank, Nelson
Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos
estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina
Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 35, núm. 121, enero-junio, 2010, pp. 124-130
Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100513733014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Tema Livre

Artigo

Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina*

Overweight and obesity prevalence in kitchen workers of public hospitals in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil

Karine de Lima Sírio Boclin¹
Nelson Blank²

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

²Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina

* Artigo baseado na dissertação de mestrado intitulada *Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas hospitalares da Grande Florianópolis e fatores de risco associados*, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2004.

Contato:

Karine de Lima Sírio Boclin
Rua São Francisco Xavier, 524
6º andar/bloco E - Sala 6003
Maracanã, CEP: 20559-900
Rio de Janeiro, RJ.
E-mail:
kboclin@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Estimar as prevalências de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas hospitalares da Grande Florianópolis e verificar sua associação com características sociodemográficas. *Métodos:* Coleta de dados realizada através de questionário estruturado e levantamento de medidas antropométricas de peso e estatura em 200 trabalhadores, em atividade laboral regular. *Resultados:* A média do índice de massa corporal (IMC) nos trabalhadores ficou situada no grau de sobrepeso ($27,7 \text{ kg/m}^2$). As mulheres apresentaram prevalência de excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) três vezes maior, independentemente das demais variáveis, quando comparadas aos homens. As demais variáveis de exposição não estiveram associadas ao excesso de peso entre os trabalhadores.

Palavras-chave: sobrepeso; obesidade; trabalhadores de cozinhas.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to estimate the prevalence of overweight and obesity and verify its association with sociodemographic factors among hospital kitchen workers in public hospitals in Florianópolis, Brazil. *Methods:* All the participants (200 workers) answered a structured questionnaire and had anthropometric (height and weight) measures taken. *Results:* Workers' average BMI was $27,7 \text{ kg/m}^2$, considered as overweight. Prevalence of excess weight ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) was three times higher among women than men, independently of other factors. Other exposure variables were not associated with overweight among kitchen workers.

Keywords: overweight; obesity; kitchen workers.

Introdução

A obesidade, presente em grandes proporções em populações com padrões culturais e desenvolvimento socioeconômico diversificados, destaca-se como importante problema de saúde pública.

Pesquisas epidemiológicas realizadas nas últimas décadas constatam tendência ascendente de sobrepeso e obesidade em países desenvolvidos, alcançando proporções consideráveis em grande parte dessas regiões (JANSSENS et al., 2001; FLEGAL, 2005; GREGG et al., 2005; WELLMAN; FRIEDBERG, 2002). Tendências similares ocorrem nos países em desenvolvimento, onde há coexistência de carência nutricional e obesidade (MONDINI; MONTEIRO, 1998; SAWAYA, 1997).

Dados brasileiros mostram aumento considerável de obesidade na população adulta nas últimas décadas, entretanto, assim como em outros países, sua distribuição apresenta padrões diferenciados para homens e mulheres. Enquanto a prevalência é maior entre homens de posição socioeconômica mais elevada, entre as mulheres a tendência parece mais complexa: no Nordeste, o risco de obesidade cresce sutilmente entre as mais pobres e intensamente entre aquelas de camadas sociais médias e altas. Já no Sudeste, ocorre diminuição entre as mulheres dos estratos mais altos e aumento acentuado entre aquelas dos intermediários e baixos (MONTEIRO; CONDE, 2000).

A descrição do fenômeno da obesidade, assim como a identificação de grupos de risco específicos, propicia ferramentas importantes para a promoção da saúde considerando-se as heterogeneidades dos espaços sociais. Assim, as possíveis relações entre obesidade e diversos processos de trabalho constituem objeto de estudo, no entanto, ainda pouco explorado entre os trabalhadores no Brasil.

Ell, Camacho e Chor (1999) encontraram prevalência de sobrepeso de 27,8% e de obesidade de 6,4% em estudo com 647 funcionários de um banco estatal do Rio de Janeiro. Castro, Anjos e Lourenço (2004) identificaram 44,6% de trabalhadores de empresa metalúrgica no Rio de Janeiro com Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 25 kg/m². Cristofoletti et al. (2005) verificaram prevalências de sobrepeso de 24,2% e de obesidade de 9,3% entre 214 operadores de duas centrais de atendimento telefônico localizadas em São Paulo. Já Stolte, Hennington e Bernardes (2006) encontraram prevalência de 62,9% de sobrepeso e de 8% de obesidade entre trabalhadores de indústria calçadista do Sul do Brasil. Prevalências de obesidade já foram associadas a trabalho em turnos (KARLSSON; KNUTSSON; LINDAHL, 2001; PARKERS, 2002) e a *status* ocupacional – maiores prevalências entre homens nos setores administrativos e entre mulheres em ocupações que exigiam maior esforço físico (ISHIAZAKI et al., 1999).

Informações sobre o estado nutricional de trabalhadores que lidam direta ou indiretamente com o preparo de alimentos – trabalhadores de cozinhas coletivas –

indicam elevadas prevalências de obesidade, embora com pouco poder estatístico devido ao tamanho reduzido das amostras ou, ainda, ao desenho de estudo utilizado (KAZAPI; AVANCINI; KAZAPI, 1998; MATOS, 2000; BOCLIN; CARVALHO, 2001; MATOS; PROENÇA, 2003). Alguns descrevem o aumento de peso corporal como consequência das atividades exercidas que implicam mudanças de hábitos alimentares (MATOS; PROENÇA, 2003), sugerindo, assim, o acúmulo de exposições a fatores de risco decorrentes da posição socioeconômica desses indivíduos e de fatores específicos da atividade ocupacional.

Neste sentido, foi realizado estudo epidemiológico com a população de trabalhadores das cozinhas de sete hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. O objetivo desta investigação foi o de estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade nesta população, além de verificar sua associação com características sociodemográficas.

Métodos

Estudo transversal, realizado em 2003 nos sete hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, envolvendo todos os trabalhadores das cozinhas em atividade laboral regular durante a coleta dos dados.

Os dados foram coletados pela pesquisadora (primeira autora) durante a jornada de trabalho, através da aplicação de questionário estruturado e levantamento de medidas antropométricas de massa corporal e estatura. A massa corporal foi medida com a utilização de balança eletrônica aferida, com precisão de 0,1 quilograma (kg) e capacidade de 150 quilogramas (kg), e a estatura, com esquadro e fita métrica, com precisão de 0,1 centímetro (cm). As aferições foram realizadas com os participantes descalços, usando roupas leves e sem acessórios que pudesse interferir nos valores aferidos.

As medidas antropométricas foram utilizadas na construção do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido em kg/m²: divisão da massa corporal (em quilogramas) pela estatura (em metros elevados ao quadrado). Os pontos de corte adotados foram: abaixo de 18,5 kg/m² para “baixo peso”; entre 18,5 e 24,9 kg/m² para “normal”; 25,0 a 29,9 kg/m² para “sobrepeso”; e acima de 30 kg/m² para “obesidade” (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Para algumas análises, utilizou-se a variável dicotômica “excesso de peso”. Nesta variável, os participantes foram classificados em “baixo peso/normal” (IMC < 25 kg/m²) e em “excesso de peso” (IMC ≥ 25 kg/m²).

As variáveis de exposição obtidas pelo questionário foram: sexo; idade (anos completos); renda *per capita* familiar (divisão da renda total dos que contribuem com as despesas da residência pelo número de moradores) categorizada em tercís; situação conjugal (solteiro(a); casado(a)/união estável; divorciado(a)/viúvo(a)); escolaridade (1º grau; 2º grau/universitário); e saúde auto-avaliada (percepção do estado de saúde, categorizado em: ótimo; bom; mais ou menos; ruim).

Nas análises estatísticas, as diferenças entre proporções foram avaliadas pelos testes Qui-quadrado de Pearson (sexo e escolaridade; sexo e situação conjugal) e Qui-quadrado de tendência linear (sexo e renda *per capita* familiar; sexo e saúde autoavaliada; sexo e IMC); e as diferenças entre médias avaliadas pelo teste *t* de Student (sexo e idade). Foram aceitos como estatisticamente significantes os testes com valor de $p \leq 0,05$. As prevalências foram estimadas com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As associações entre as variáveis de exposição e o excesso de peso foram avaliadas por meio de modelos de regressão logística, sendo estimadas Razões de Chances (RC) brutas e ajustadas por todas as variáveis e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Foram incluídos nos modelos multivariados somente indivíduos com dados completos em todas as variáveis. As análises foram realizadas com o programa estatístico R, versão 2.6.2.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Todos os indivíduos que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A população estudada foi composta por 200 trabalhadores em atividade laboral regular durante a realização da pesquisa nos hospitais investigados. Foram excluídos oito trabalhadores devido à gestação e às licenças médicas. Uma pequena parcela (5,6%) recusou-se a participar do estudo.

Do total de participantes, 63 (31,5%) eram homens e 137 (68,5%) mulheres. A idade variou entre 21 e 66 anos, com a média geral de 44,7 anos (dados não apresentados). A maioria dos trabalhadores possuía nível de escolaridade de baixo (1º grau) e era casada ou possuía união estável.

As mulheres diferiram significativamente dos homens em relação à média de idade, à renda *per capita* familiar, à situação conjugal e à autoavaliação de saúde. Dessa forma, as mulheres eram mais velhas, estavam em maior proporção no 2º e no 3º tercils de renda e na categoria de divorciada ou viúva. Quanto à autoavaliação de saúde, 48,9% das mulheres e 20,6% dos homens avaliaram sua saúde como “mais ou menos” ou “ruim”. Não houve diferenças entre sexos para escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição das variáveis do estudo segundo sexo dos trabalhadores das cozinhas hospitalares. Florianópolis, 2003

Variáveis	Homens		Mulheres		<i>p</i> -valor
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
Idade (anos) †					
Média		42,8		52,6	0,043
Escolaridade §					
1º grau	42	(66,7)	87	(63,5)	0,783
2º grau/Universitário	21	(33,3)	50	(36,5)	
Renda <i>per capita</i> (Salários mínimos) * ‡					
1º tercil (< 1,3 SM)	25	(39,7)	42	(30,7)	0,044
2º tercil (1,3 – 2,0 SM)	19	(30,2)	49	(35,8)	
3º tercil (> 2,0 SM)	17	(27,0)	45	(32,8)	
Situação conjugal §					
Solteiro(a)	6	(9,5)	13	(9,5)	0,002
Casado(a)/união estável	54	(85,7)	88	(64,2)	
Divorciado(a) ou viúvo(a)	3	(4,8)	36	(26,3)	
Saúde autoavaliada ‡					
Ótima	13	(26,3)	18	(13,1)	<0,001
Boa	37	(58,7)	52	(38,0)	
Mais ou menos	12	(19,0)	51	(37,2)	
Ruim	1	(1,6)	16	(11,7)	
IMC ‡					
Normal	29	(46,0)	28	(20,4)	<0,001
Sobrepeso	24	(38,1)	69	(50,4)	
Obesidade	10	(15,9)	40	(29,2)	

*Dados faltantes para homens (*n*=2) e para mulheres (*n*=1) na variável renda

† Teste *t* de Student

§ Teste do Qui-quadrado de Pearson

‡ Teste de tendência linear

O IMC médio da população ficou situado no grau de sobrepeso ($27,7 \text{ kg/m}^2$). Houve diferença significativa ($p = 0,001$) entre as médias feminina ($28,4 \text{ kg/m}^2$) e masculina ($26,2 \text{ kg/m}^2$) (dados não apresentados). Foram encontradas prevalências de sobrepeso de 46,5% (IC 95% 39,5 – 53,7) e de obesidade de 25% (IC 95% 19,3 – 31,7), sendo maiores entre as mulheres (dados não apresentados).

A prevalência de excesso de peso foi maior entre as mulheres, entre os indivíduos com baixa escolaridade, no menor tercil de renda *per capita*, divorciados(as) ou viúvos(as) e entre aqueles que avaliaram sua saúde como “mais ou menos”. Entretanto, nos modelos multivariados, as variáveis de exposição estudadas não se mantiveram associadas ao excesso de peso, com exceção da variável sexo. As mulheres apresentaram prevalência três vezes maior, independentemente das demais variáveis, quando comparadas aos homens. Os indivíduos que avaliaram sua saúde como “mais ou menos” tiveram prevalência 3,8 vezes maior de excesso de peso quando comparados aos que a avaliaram como “ótima”, entretanto, após o ajuste pelas demais variáveis, esta diferença perdeu significância estatística (**Tabela 2**).

Tabela 2 Excesso de peso entre trabalhadores das cozinhas hospitalares, ajustado pelas variáveis de exposição. Florianópolis, 2003

Variáveis	Excesso de Peso n (%)	RC bruta (IC 95%)	RC ajustada (IC 95%)
Sexo			
Masculino	34 (54,0)	1,0	1,0
Feminino	109 (79,6)	3,1 (1,6-5,9)	3,0 (1,4-6,5)
Escolaridade			
1º grau	95 (73,6)	1,0	1,0
2º grau/Universitário	48 (67,6)	0,7 (0,4 - 1,4)	0,9 (0,4-1,9)
Renda <i>per capita</i> (SM)			
1º tercil (< 1,3 SM)	46 (74,2)	1,0	1,0
2º tercil (1,3 – 2,0 SM)	48 (70,6)	0,8 (0,4-1,8)	0,9 (0,4-2,1)
3º tercil (> 2,0 SM)	48 (71,6)	0,9 (0,4-1,9)	1,1 (0,4-2,7)
Situação conjugal			
Solteiro(a)	10 (52,6)	1,0	1,0
Casado(a)/união estável	104 (73,2)	2,5 (0,9-6,5)	2,2 (0,7-6,9)
Divorciado(a) ou viúvo(a)	29 (74,4)	2,6 (0,8-8,3)	1,5 (0,3-4,6)
Saúde autoavaliada			
Ótima	18 (58,1)	1,0	1,0
Boa	59 (66,3)	1,5 (0,7-3,5)	1,6 (0,6-4,2)
Mais ou menos	53 (84,1)	3,8 (1,4-10,0)	2,5 (0,8-7,5)
Ruim	13 (76,5)	2,4 (0,6-8,9)	1,2 (0,3-5,1)

Discussão

A população de estudo correspondeu a trabalhadores em atividade laboral regular que aceitaram participar da pesquisa, respondendo ao questionário e permitindo a mensuração de dados antropométricos. Apesar do estudo abranger toda a população de trabalhadores das cozinhas dos hospitais estaduais, o total de indivíduos investigados foi pequeno. Portanto, a significância estatística de alguns resultados apresentados pode estar influenciada pelo número reduzido de indivíduos.

A população de trabalhadores das cozinhas hospitalares era composta, em grande parte, por indivíduos com baixa escolaridade e por mulheres, como já destacado em outros estudos envolvendo semelhante grupo ocupacional (ISOSAKI, 2003; CASAROTTO; MENDES, 2003). A variação de idade na população foi bastante ampla, sendo os homens relativamente mais jovens.

Os trabalhadores, de ambos os性os, apresentaram prevalências elevadas de sobrepeso e de obesidade. Inquéritos nutricionais de base populacional realizados nas últimas décadas também demonstram prevalências significantes de obesidade no Brasil: a Pesquisa sobre Padrões

de Vida (PPV), realizada nas regiões Nordeste e Sudeste em 1996/1997 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destacou prevalência de sobrepeso de 30,3% e de obesidade de 10,5% entre adultos da região sudeste (MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2001). O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2002/2003 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, encontrou prevalência de sobrepeso de 33,5% (IC 95% 31,7 – 35,2) e de obesidade de 12,9% (IC 95% 11,3 – 14,5) na cidade de Florianópolis (BRASIL, 2004). Também em 2002/2003, a Pesquisa de Orçamento Familiar, realizada pelo IBGE nas áreas urbanas e rurais de todas as unidades da federação, encontrou prevalências de sobrepeso de 33,9% para homens e de 21,4% para mulheres e de obesidade de 6,2% e 7,9% para homens e mulheres, respectivamente em Florianópolis (BRASIL, 2004). Mais recentemente, o Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas – também realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, encontrou prevalência de obesidade de 11,1% (IC 95% 9,3 – 12,9) em 2006 (BRASIL, 2007) e de 12,0% (IC 95% 9,7 – 14,2) em 2007 e 2008 para adultos de Florianópolis (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Apesar de elevadas, as prevalências encontradas entre a população geral nesses inquéritos são menores que aquelas dos trabalhadores das cozinhas hospitalares, entretanto, é importante destacar que comparações entre grupos específicos de trabalhadores e a população geral devem considerar a possibilidade de resultados enviesados. Esse viés, conhecido em epidemiologia como “viés do trabalhador saudável”, pode ocorrer, visto que indivíduos inseridos no mercado de trabalho podem ser mais saudáveis que a população geral. Ou seja, indivíduos menos saudáveis são excluídos das coortes de trabalhadores pesquisados, ou por não terem sido escolhidos nos processos de seleção para o emprego, ou por terem desenvolvido morbidades ao longo da vida ocupacional que motivaram o afastamento de suas atividades (licenças médicas ou aposentadorias) (LI; SUNG, 1999).

Sob essa perspectiva, apesar da possibilidade de subestimação dos resultados devido ao viés do trabalhador saudável, foram observadas prevalências mais altas entre os trabalhadores pesquisados, sugerindo o aumento na chance de sobrepeso e obesidade entre o grupo, mesmo considerando somente os indivíduos em atividade laboral durante o estudo.

As prevalências de sobrepeso e obesidade encontradas entre os trabalhadores foram significativamente maiores no grupo feminino. Estes achados podem, em um primeiro momento, estar relacionados à própria distribuição das atividades nas cozinhas e, consequentemente, ao acesso ao alimento. Os homens, em geral, são responsáveis por atividades que exigem maior esforço físico, como higienização, armazenamento e pré-preparo dos alimentos, enquanto as mulheres lidam diretamente com o preparo e a cocção (BOCLIN, 2004). Desta forma, as mulheres parecem estar mais expostas ao alimento pronto para o consumo.

Ainda assim, os inquéritos realizados nas últimas décadas no Brasil demonstram maiores prevalências de obesidade em mulheres: em 1989, 9,5% (IC 95% 8,6 – 10) dos homens apresentavam obesidade, enquanto 20,0% (IC 95% 18,8 – 21,7) das mulheres eram obesas (MONDINI; MONTEIRO, 1998). Entretanto, a tendência, desde então, é de aumento constante de excesso de peso entre os homens, enquanto entre as mulheres o aumento parece estar influenciado pela renda, com uma diminuição da ocorrência de obesidade entre estratos de renda alta e aumento em grupos com renda média ou baixa (MONTEIRO; CONDE, 2000). Observa-se, portanto, associação direta entre renda e obesidade para homens e inversa entre mulheres (GIGANTE et al., 1997).

Sob essa perspectiva, um estudo realizado com trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro destacou elevada proporção de mulheres com nível superior completo e consequentemente prevalência de excesso de peso três vezes maior entre os homens (ELL; CAMACHO; CHOR, 1999). Sousa et al. (2007) encontraram maior frequência de excesso de peso entre os homens e de obesidade entre mulheres plantonistas de unidades de saúde de Teresina. Nesta pesquisa, as mulheres eram, em sua maioria, técnicas ou auxiliares de enfermagem, enquanto os homens eram médicos, portanto, detentores de maior renda. Já em investigação realizada com trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade no Rio de Janeiro, a baixa escolaridade exerceu papel importante na determinação social da obesidade entre as mulheres (FONSECA et al., 2006).

A distribuição da prevalência de excesso de peso entre os trabalhadores das cozinhas hospitalares pode, desta forma, ter sido influenciada pelo perfil socioeconômico da população estudada, caracterizado pela grande proporção de indivíduos com baixa escolaridade, o que pode ter contribuído para a maior proporção de mulheres com excesso de peso.

São poucos os estudos de prevalência de excesso de peso em trabalhadores de cozinhas. Uma pesquisa anterior, realizada com trabalhadores de restaurante universitário em Santa Catarina, destacou prevalências de 52,6% para homens e 55,5% para mulheres, independentemente das atividades exercidas (KAZAPI; AVÂNCINI; KAZAPI, 1998). Outra investigação, relacionando condições de trabalho e *status* nutricional, realizada por Matos (2000), destacou o hábito desses trabalhadores de consumir alimentos entre as refeições, possivelmente, devido ao amplo espaço de tempo entre elas e ao contato direto com os alimentos. Adicionalmente, a autora relata o baixo consumo de água pelos trabalhadores, prevalecendo a ingestão de bebidas proteicas e/ou adocicadas, principalmente entre indivíduos do setor de coccção e higienização de bandejas, além da ingestão de alimentos gordurosos pela manhã, já no início da jornada de trabalho, sobretudo alguns tipos de carne (MATOS, 2000; MATOS; PROENÇA, 2003).

Com exceção da variável sexo, a prevalência de excesso de peso entre os trabalhadores das cozinhas hospitalares não esteve associada aos demais fatores estudados,

diferentemente de outros estudos que apontam o aumento de peso com a diminuição da renda e da escolaridade (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003). Entretanto, é importante destacar a homogeneidade da população quanto a essas variáveis socioeconômicas, uma vez que se trata de um setor com atividades muito semelhantes. Por outro lado, a falta de associação pode fortalecer a hipótese de relação entre obesidade e características ocupacionais. Neste caso específico, pode-se supor que a proximidade com o alimento pode estimular a ingestão indiscriminada de pequenas porções ao longo do dia, como descrito em trabalho anterior (MATOS, 2000; MATOS; PROENÇA, 2003).

Entre os trabalhadores de cozinha, a alta ingestão de alimentos pode ser devida ao modo de trabalho de cada indivíduo, alguns provam o alimento que estão preparando, e também pode estar relacionada às características socioeconômicas destes trabalhadores, o que explicaria a extrema necessidade de alimentação, considerada "suficiente" no local de trabalho para permitir que suas atividades sejam desenvolvidas ao longo do dia. A oportunidade diferenciada que possuem de usufruir do alimento também pode contribuir para a alta ingestão de alimentos entre estes trabalhadores (BOCLIN; BLANK, 2006).

Stolte, Hennington e Bernardes (2006) sugerem que processos educativos em alimentação e nutrição sejam estimulados no ambiente de trabalho. Entretanto, alertam que estratégias voltadas exclusivamente para mudanças de hábitos individuais sem atenção aos determinantes sociais desses comportamentos e com o enfoque exclusivo nos benefícios à saúde não parecem suficientes, pois os efeitos das mudanças de comportamento ocorrem a longo prazo, não superando o "prazer" imediato do consumo. Assim, sugerem ações voltadas para a promoção da saúde de trabalhadores que considerem os contextos socioeconômico e cultural nos quais o trabalhador está inserido.

Como conclusão, sugere-se a realização de estudos que investiguem e aprofundem suas análises em aspectos organizacionais e característicos do ambiente de trabalho, no contexto sociocultural dos trabalhadores, bem como no significado do "alimento" para eles, respeitando-se as realidades de cada local. Assim, ações educativas, bem como políticas públicas voltadas para além de fatores restritos ao âmbito do trabalho poderão contribuir para a menor prevalência de sobrepeso e obesidade entre esses trabalhadores.

Referências

- BOCLIN, K. L. S. *Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas hospitalares da grande Florianópolis e fatores de risco associados*. 2004. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- BOCLIN, K. L. S.; BLANK, N. Excesso de peso: característica dos trabalhadores de cozinhas coletivas? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 31, n. 113, p. 41-47, 2006.
- BOCLIN, K. L. S.; CARVALHO, T. Aderência a um programa de promoção à saúde cardiovascular oferecido a trabalhadores do setor de nutrição de um hospital público da grande Florianópolis. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE, 3, 2001, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: 2001. p. 102.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de Preços. *Pesquisa de orçamento familiar 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE: 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis*: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
- CASAROTTO, R. A.; MENDES, L. F. Queixas, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho em trabalhadores de cozinhas industriais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 28, n. 107/108, p. 119-126, 2003.
- CASTRO, M. B. T.; ANJOS, L. A.; LOURENÇO, P. M. Padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 926-934, jul./ago. 2004.
- CRISTOFOLLETTI, M. et al. Prevalência de sobrepeso, obesidade e obesidade abdominal em operadores de duas centrais de atendimento telefônico de São Paulo.

- Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 37-46, jan./ago. 2005.
- ELL, E.; CAMACHO, L. A. B.; CHOR, D. Perfil antropométrico de funcionários de banco estatal no Estado do Rio de Janeiro/Brasil: I – índice de massa corporal e fatores sócio-demográficos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 113-121, jan./mar. 1999.
- FLEGAL, K. M. Epidemiologic aspects of overweight and obesity in the United States. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, United States, v. 86, n. 5, p. 599-602, Oct. 2005.
- 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2359-2367, nov. 2006.
- GIGANTE, D. P. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 236-246, jun. 1997.
- GREGG, E. W. et al. Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in US adults. *The Journal of the American Medical Association*, United States, v. 293, n. 15, p. 1868-1874, Apr. 2005.
- ISHIZAKI, M. et. al. The relationship between waist-to-hip ratio and occupational status and lifestyle factors among middle-aged male and female Japanese workers. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, v. 49, n. 3, p. 177-182, Apr. 1999.
- ISOSAKI, M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 28, n. 107/108, p. 107-118, 2003.
- JANSSENS, J. et al. Overweight, obesity and beer consumption: alcohol drinking habits in Belgium and body mass index. *Archives of Public health*, v. 59, n. 5-6, p. 223-238, 2001.
- KARLSSON, B.; KNUTSSON, A.; LINDAHL, B. Is there an association between shift work and having a metabolic syndrome? Results from a population based study of 27,485 people. *Occupational and Environmental Medicine*, England, v. 58, n. 11, p. 747-752, Nov. 2001.
- KAZAPI, I. A.; AVANCINI, S. R. P.; KAZAPI, R. G. Tipo de atividade desempenhada e estado nutricional dos funcionários do restaurante universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 15, 1998, Brasília: Anais... Brasília: CONBRA, 1998. p.136.
- LI, C.-Y; SUNG, F.-C. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, England, v. 49, n. 4, p. 225-229, May 1999.
- MATOS, C. H. Condições de trabalho no estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. 2000. 138 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- MATOS, C. H.; PROENÇA, R. P. C. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 4, p. 493-502, out./dez. 2003.
- MONDINI, L.; MONTERIO, C. A. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 28-39, abr. 1998.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Evolução da obesidade nos anos 90: a trajetória da enfermidade segundo estratos sociais no Nordeste e Sudeste do Brasil. In: MONTEIRO, C.A (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Nupens/USP, 2000. p. 421-430.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S67-S75, 2003.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Independent effect of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *Journal of Nutrition*, United States, v. 131, p. 881-886, 2001.
- PARKERS, K. R. Shift work and age as interactive predictors of body mass index among offshore workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Finland, v. 28, n. 1, p. 64-71, 2002.
- SAWAYA, A. L. Transição: desnutrição energético-proteica e obesidade. In: SAWAYA, A. L (Org.). *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997. p. 127-153.
- SOUZA, R. M. R. P. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 5, p. 473-482, set./out. 2007.
- STOLTE, D.; HENNINGTON, E. A.; BERNARDES, J. S. Sentidos da alimentação e da saúde: contribuições para a análise do Programa de Alimentação do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1915-1924, set. 2006.
- WELLMAN, N. S.; FRIEDBER, B. Causes and consequences of adult obesity: health, social and economic impacts in the United States. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, Austrália, Suppl. 8, p. S705-S709, Dec. 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Genebra: OMS, 1995. (WHO Thechnical Report Series, 854).