

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

ISADORA BLEGGI WIEDEMANN

OPERADORES DE TELEMARKEETING: UMA ANÁLISE DA QUALIDADE DE
VIDA NESTA ATIVIDADE PROFISSIONAL

Porto Alegre, janeiro de 2008

Isadora Bleggi Wiedemann

OPERADORES DE TELEMARKETING: UMA ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA NESTA ATIVIDADE PROFISSIONAL

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do Departamento de Medicina Social - Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Andréia Mendes dos Santos

Porto Alegre, janeiro de 2008

Agradecimentos

Agradeço à Dra. Andréia Mendes dos Santos (orientadora da monografia), à Profa Maurem Ramos e aos amigos do Centro de Saúde do Trabalhador (CST), o auxílio e a orientação recebidos, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

RESUMO

Neste trabalho investigaram-se fatores determinantes na qualidade de vida de operadores de telemarketing. Foi realizada a análise de uma amostra de entrevistas realizadas mediante questionário aplicado a 51 operadores de telemarketing em uma empresa situada em São Leopoldo, RS. Foram considerados diversos fatores que, direta ou indiretamente, possam contribuir para o bem-estar desta categoria profissional.

O trabalho propõe uma discussão sobre a importância dos fatores físicos, psicológicos, ambientais e outros, na saúde dos trabalhadores desta atividade, bem como uma abordagem das dificuldades encontradas e relatadas pelos mesmos nas suas rotinas de trabalho. O conhecimento destes fatores pelos profissionais de saúde responsáveis é de vital importância para o bem-estar geral destes trabalhadores.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade dos funcionários	18
Gráfico 2 – Índice de massa corporal dos funcionários	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores de índice de massa corporal	18
Tabela 2 – Fontes de nutrientes de cada grupo alimentar	29
Tabela 3 – Escolhas diárias do guia alimentar da pirâmide	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Foto da empresa	16
Figura 2 – Foto da empresa	16
Figura 3 – Posto de atendimento	17
Figura 4 – Pirâmide Alimentar	26
Figura 5 – Foto do equipamento para refeições disponível na empresa	40
Figura 6 – Foto da sala de lazer	40
Figura 7 – Foto da sala de refeições dos funcionários	41
Figura 8 – Foto da cadeira utilizada nos postos de atendimento	45
Figura 9 – Foto da não utilização do apoio para os pés no posto de trabalho	45

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivo Específico	14
3. MATERIAL E MÉTODOS	15
4. RESULTADOS	18
5. CONCLUSÃO	53
6. REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	--

1. INTRODUÇÃO

O serviço de teleatendimento consiste em fornecer informações ao cliente pelo uso constante da voz, sustentando-se nas tecnologias da informação e comunicação. Diversas empresas possuem centrais de atendimento próprias, outras terceirizam os serviços, mas, no conjunto, o setor cresce progressivamente. *Call center* é o nome que se dá a uma estrutura organizacional que compreende postos de trabalho para atendimento ao cliente por meio da utilização de um terminal de computador e um aparelho telefônico. Cada posto é chamado Posição de Atendimento (PA).

A associação entre o comprometimento do estado nutricional e o maior risco de contrair doenças é bastante evidente tanto em crianças quanto em adultos, já que um bom estado nutricional pode proporcionar boas condições na manutenção da saúde.

Para que se obtenha uma avaliação nutricional completa e precisa é necessária coleta de alguns dados indispensáveis, tais como diagnóstico clínico, exames físico e laboratoriais, medidas antropométricas e história alimentar.

Obter uma história alimentar completa pode ser um processo complexo e demorado, já que existem vários métodos para avaliação do consumo alimentar, os quais podem apresentar falhas como superestimação ou subestimação da ingestão de alimentos.

Os métodos de avaliação de consumo alimentar, também chamados de inquéritos dietéticos (ID), surgiram na década de 30 com a utilização do método recordatório e, a partir de então, vêm sendo descritos e aperfeiçoados novos métodos.

Definindo melhor, o termo inquérito dietético consiste em uma metodologia a partir da qual serão obtidas informações quantitativas e/ou qualitativas da dieta de um indivíduo, de uma família, de um grupo de indivíduos ou de uma população.

De acordo com Cintra e cols. (1997), apesar de vários métodos terem sido propostos ou aperfeiçoados nas últimas décadas, não existe um único que seja ideal para todas as circunstâncias, sendo que cada um dos métodos

apresenta vantagens, limitações e aplicações próprias. Por isso, existem algumas questões a serem consideradas para a escolha do método que deverá ser adotado, tais como: o que será avaliado, quem será o grupo alvo, qual será o foco da análise, quais serão os custos, entre outras.

Tipos de Inquéritos Dietéticos:

1. História Alimentar

A história alimentar também chamada de anamnese alimentar é amplamente utilizada na prática da nutrição clínica ambulatorial como uma atividade de rotina.

Esse é um método retrospectivo e consiste na obtenção de informações sobre determinados aspectos nutricionais de consumo e dos hábitos alimentares através de uma extensa entrevista. A obtenção dessas informações possibilita um diagnóstico da história pregressa e atual dos hábitos e práticas alimentares, da intolerância, aceitação e tabus alimentares, etc.

Quando a anamnese é feita com crianças, é de grande importância conhecer a história do aleitamento materno, desmame e introdução de novos alimentos. Essas informações possibilitam um diagnóstico complementar do estado nutricional atual e uma orientação para a prescrição dietoterápica adequada.

Algumas vantagens desse método são: o fornecimento de uma descrição mais completa e detalhada dos aspectos qualitativos e quantitativos da ingestão, além da avaliação da ingestão habitual e dos dados de todos os nutrientes ingeridos.

As desvantagens incluem a difícil padronização, uma vez que pode haver muitas diferenças entre os entrevistadores e a falta de precisão, uma vez que o método é altamente dependente da memória do indivíduo.

2. Recordatório Alimentar de 24 Horas

Esse método consiste na obtenção de informações sobre o consumo alimentar de um dia, ou seja, o entrevistado deve descrever todos os alimentos e suas respectivas quantidades ingeridas nas últimas 24 horas.

Para maior exatidão e fidelidade dos dados, podem ser utilizados materiais de apoio tais como, fotos, objetos que representem alimentos e/ou medidas caseiras, etc.

O recordatório alimentar de 24 horas tem grande aplicabilidade em programas de saúde pública uma vez que sua principal aplicação é a de estimar a ingestão de alimentos ou nutrientes por grupos de indivíduos.

Como todos os tipos de inquéritos, o recordatório alimentar também apresenta vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens podemos citar a fácil execução e baixo custo; não requer memória e nem que o entrevistado seja alfabetizado, além de não interferir no comportamento alimentar habitual.

Dentre as desvantagens estão o esquecimento ou a omissão de informações, o consumo do dia relatado pode ser atípico, sem contar que também não é adequado para detectar estados deficitários, pois não fornece dados quantitativos exatos dos nutrientes.

3. Questionário de Frequência Alimentar

O questionário de frequência alimentar é um método retrospectivo, utilizado principalmente em estudos epidemiológicos que relacionam dieta e doença que visam mostrar o papel da dieta na etiologia das doenças crônicas.

Consiste em obter informações sobre os alimentos usualmente ingeridos e a frequência das ingestões (ex: mais de 3 vezes ao dia; 2 a 3 vezes ao dia; 1 vez ao dia; 2 a 4 vezes por semana; 1 a 3 vezes ao mês; raramente ou nunca). O número e o tipo de alimentos e categorias incluídos no questionário variam de acordo com a proposta do estudo a ser realizado.

Esse método apresenta baixo custo, rápida aplicação, é fácil de ser padronizado e bastante útil na descrição de padrões de ingestão alimentar, tendo a capacidade de caracterizar a dieta habitual de cada indivíduo.

Porém, há desvantagens, tais como: a dificuldade da avaliação do consumo total de alimentos devido à quantificação pouco exata, perda de detalhes e requer que o entrevistado tenha boa memória de hábitos do passado.

4. Registro Alimentar

No registro alimentar, o indivíduo deve anotar em um formulário todos os alimentos ingeridos ao longo do dia e suas respectivas quantidades.

Consiste em um método prospectivo, o qual o indivíduo deverá receber orientações prévias para o preenchimento correto do formulário, fornecendo dessa maneira, uma melhor estimativa da dieta habitual de determinado indivíduo.

As vantagens desse método são: a maior exatidão nas porções ingeridas, não depende da memória, fornece uma informação quantitativa do consumo.

Entre as desvantagens encontramos a possível omissão de informações, a necessidade de o entrevistado ser alfabetizado, dificuldade em estimar porções.

5. Pesagem Direta

A pesagem direta é o método de inquérito mais recomendado pela *Food and Agriculture Organization (FAO)* devido à maior confiabilidade e exatidão dos dados de consumo alimentar adquiridos.

É um método bastante utilizado quando é necessário conhecer as quantidades precisas de alimentos consumidos e seus respectivos nutrientes, durante um determinado período.

Consiste na pesagem de todos os alimentos consumidos, através de uma pequena balança, lembrando também, de sempre pesar os resíduos dos alimentos.

A vantagem desse método, como já foi dito anteriormente, é a maior exatidão em relação aos registros alimentares. Porém, é um método caro, que depende de uma maior disponibilidade de pessoal treinado e existe também, a

dificuldade de pesar os resíduos, pois uma vez misturados, torna-se quase impossível a quantificação exata de cada alimento.

6. Método do Inventário

Esse é um método bastante simples de análise alimentar, o qual consiste em pesar os alimentos existentes no primeiro e último dia do período pesquisado e analisa sempre grupos de pessoas. A investigação é feita através do estoque de todos os alimentos consumidos pelo grupo.

7. Método do Orçamento Familiar

Consiste na obtenção de informações sobre os gastos familiares com alimentação e sobre a quantidade e qualidade dos alimentos adquiridos semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente.

A partir de dados obtidos do estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) realizado em 1977, juntamente com os índices de preços da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), observou-se que dentre os itens que compõem a despesa total de consumo dos trabalhadores que recebem de 2 a 3,5 salários mínimos, a alimentação soma 40% dessa despesa. Esses casos evidenciam que a renda é um importante determinante no estado nutricional, porém, o bom estado nutricional é condição para garantia e melhoria da renda.

8. Conclusões

A existência dos inúmeros métodos de inquérito dietético é fundamental para tornar conhecida a ingestão alimentar diária de acordo com as características de cada situação clínica a que o investigador se encontra exposto.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Este trabalho visa a analisar fatores determinantes na qualidade de vida de operadores de telemarketing, a fim de ressaltar as áreas de maior importância a serem consideradas pelos profissionais de saúde que lidam com esta categoria profissional.

2.2 Objetivo Especifico

Visa a determinar, em um grupo específico de operadores de telemarketing, os fatores determinantes da qualidade de vida dos mesmos. Tanto os relacionados ao trabalho, como os da vida cotidiana em geral.

3. MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho foi realizado junto a uma empresa de prestação de serviços de teleatendimento, localizada em São Leopoldo, RS. Foram entrevistados mediante questionário (Anexo 1) 51 agentes de telemarketing. A identificação e características a empresa estão descritas no anexo 2.

Trata-se de uma empresa de prestação de serviços de Tele Atendimento, que no caso do Rio Grande do Sul, presta serviços para uma empresa concessionária de distribuição de energia. Grau de risco 2. CNAE 8299-7

Basicamente a Central de Tele Atendimento ou Call Center como é igualmente denominada, funciona da seguinte forma:

- As posições dos Agentes de Telemarketing estão distribuídas em bancadas modulares, divididas por biombo curtos e revestidos com tecido para propiciar absorção acústica.
- Os Agentes de Telemarketing trabalham com um fone de travessa conectado a um computador;
- Os computadores estão ligados a um servidor central, no qual roda o programa de atendimento;
- Os clientes acessam ao Call Center discando um “Número Chave”;
- O equipamento possui um “Distribuidor Automático de Chamadas – DAC”, que distribui a chamada entrante para a posição vaga, observando a ordem de desocupação;
- Ao entrar a chamada o DAC seleciona a posição vaga e faz automaticamente a conexão, sem a necessidade de o Agente efetuar algum comando;
- Ao efetuar a conversação com o cliente, o Agente vai digitando no micro as informações referentes à solicitação efetuada;
- Caso necessite efetuar uma consulta, o Agente informa o cliente, e mediante um comando no computador, conecta-se com a sua Supervisão. Nesse momento o sistema coloca o cliente em *stand by* e,

o mesmo aguarda ouvindo uma música no seu telefone, até retornar à conversa;

- Existem posições de supervisão, onde a Supervisora observa na tela do seu computador, quais as posições que estão ocupadas, quais as que estão livres e em caso de congestionamento, quantos clientes estão em fila de espera;

- Caso queira a Supervisora, mediante comando no Computador, pode monitorar o atendimento efetuado sem interferir na ligação.



Figura 1: Foto da Empresa



Figura 2: Foto da Empresa

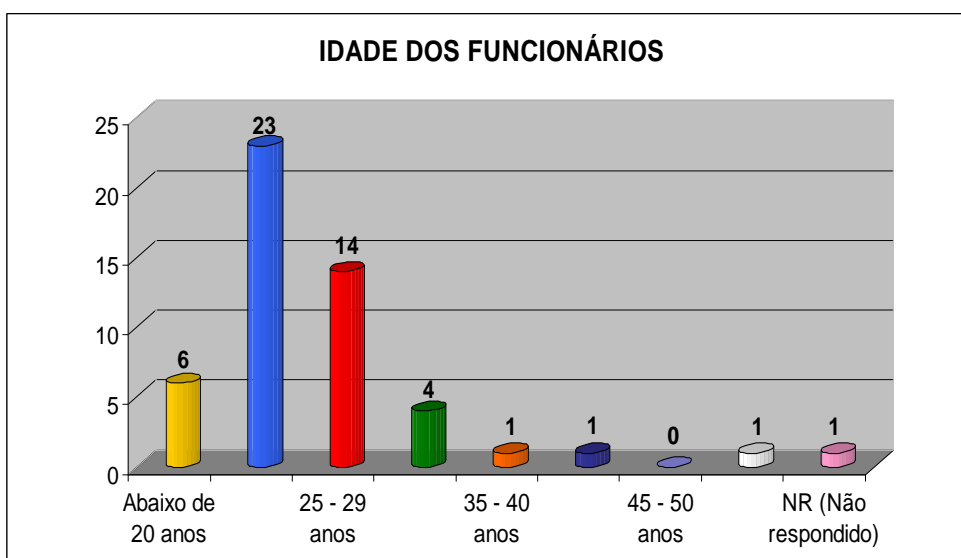


Figura 3: Posto de Atendimento

4. RESULTADOS

Na análise dos resultados, observamos que a idade da amostra variou entre 19 e 54 anos. Sendo que a imensa maioria (88.2%) encontra-se na faixa etária dos 19 aos 30 anos de idade, caracterizando uma população relativamente jovem. A prevalência também foi do sexo feminino (68.9%) dos que responderam a este quesito no questionário de avaliação distribuído.

Gráfico 1 – Idade dos funcionários

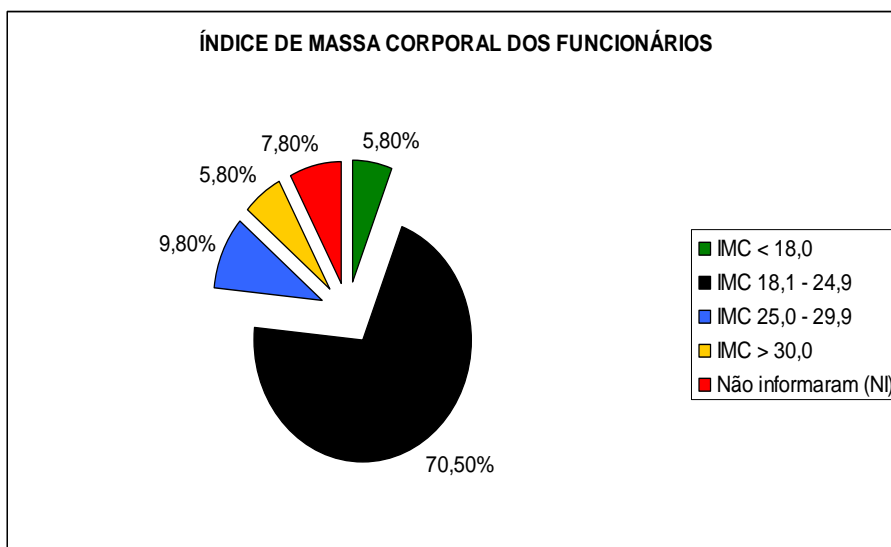


Na avaliação do peso e altura, e posterior cálculo do IMC, observamos que em relação aos padrões estabelecidos (tabela 1), 70.5% dos entrevistados estão dentro da faixa considerada de peso normal.

Tabela 1 – Valores de índice de massa corporal

IMC (kg/m ²)	Grau de risco	Tipo de obesidade
18 a 24,9	Peso saudável	Ausente
25 a 29,9	Moderado	Sobrepeso (Pré-obesidade)
30 a 34,9	Alto	Obesidade Grau I
35 a 39,9	Muito alto	Obesidade Grau II
Acima de 40	Extremo	Obesidade Grau III (Mórbida)

Gráfico 2 – Índice de massa corporal dos funcionários



Recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o diagnóstico da obesidade em adultos é feito inicialmente por meio do cálculo do índice de massa corporal (IMC), que consiste na divisão do peso em quilograma pela altura em metros elevada ao quadrado:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2$$

Outra fórmula adotada para classificar a obesidade é a medida da cintura abdominal, feita com a fita métrica comum na altura da cicatriz umbilical. Para realizar a medida, o indivíduo deve estar em estado de respiração forçada, ou seja, após respirar fundo solta a respiração e aí é realizada a medida adequada.

O índice de massa corporal (IMC) não avalia a composição corporal. Embora seja útil para determinar os riscos à saúde da população em geral, por causa da associação entre IMC elevado e excesso de peso, isso não se aplica a indivíduos musculosos. (Dâmaso, 2003)

Devido à média de idade do grupo estudado ser relativamente baixa, também não podemos descartar a possibilidade de que hábitos alimentares inadequados levem ao aparecimento de obesidade e sobrepeso no futuro.

Para se ter uma idéia da dimensão do avanço da obesidade, no estudo “Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável. Atividade Física e Saúde” publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde/OMS é relatado que no mundo a obesidade alcançou

proporções epidêmicas globais, atingindo um universo de mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, e que destes, pelo menos 300 milhões são obesos. O estudo aponta que as taxas de obesidade triplicaram, comparadas com dados de 1980, colhidos nos países da América do Norte, Reino Unido, Europa Ocidental, Oriente Médio, Ilhas do Pacífico, Austrália e China.

De acordo com o estudo, a justificativa deste crescimento está relacionada ao fato da população mundial ter aumentado o consumo de alimentos com elevada densidade energética, mas pobre em nutrientes, com teores de açúcar e gorduras saturadas elevados, simultaneamente com a redução da atividade física.

O estudo demonstra que a justificativa desta crescente epidemia se reflete na mudança profunda na sociedade e nos seus padrões de comportamento das comunidades ao longo das décadas, e que, embora a genética desempenhe papel importante na susceptibilidade do indivíduo para ganhar peso, o balanço energético é determinado pela ingestão de calorias e pela atividade física. Como fatores contextuais que contribuíram para o aumento de ganho de peso, a publicação cita o crescimento econômico, modernização, urbanização e globalização dos alimentos, e à medida em que a renda da população cresce e esta se torna mais urbana, a alimentação rica em carboidratos complexos tem sido substituída por regimes alimentares mais variados, com maior proporção de gorduras saturadas e açúcares. (Revista SAUT, março/abril 2006)

Contudo, em se tratando do quesito auto-percepção, 47% se consideram pouco ou muito acima do peso. O que nos leva a inferir que a preocupação excessiva com forma e peso corporal vigente na sociedade atual, pode estar influenciando este processo de avaliação.

O desejo do peso ideal, do corpo malhado, da adequação de hábitos alimentares saudáveis cultuado no passado apenas pelo seleto grupo de atletas, artistas, personalidades, deixou de ser uma vaidade desta minoria, tornando-se quase uma regra comportamental da saúde para muitos. Toda esta reviravolta de comportamento, dos hábitos físicos e alimentares está concentrada no avanço da obesidade e sobrepeso, que nos últimos anos adquiriu status de epidemia mundial.

O número médio de horas trabalhadas é de 6 horas/dia, válido para 68.6% da amostra.

A importância da duração da jornada de trabalho merece destaque, por estar associada, juntamente com fatores psicossociais e outros, ao surgimento de distúrbios osteomusculares e na indução do absenteísmo entre trabalhadores de telemarketing. (Ferreria Junior, 2002)

Outro fator acoplado ao aumento do consumo de calorias e, conseqüentemente, ao aumento da obesidade, são as questões voltadas para as transformações da vida moderna desencadeadas pela evolução tecnológica dos últimos anos, favorecendo cada vez mais a diminuição do gasto calórico. Ou seja, a comodidade do controle remoto, do vidro elétrico, do automóvel, do computador, da escada rolante entre outros têm contribuído no aumento do sedentarismo, conseqüentemente dificultando a queima calórica.

56.8% dos entrevistados referiram não praticar nenhuma atividade física regularmente. Dos restantes, que a praticavam de alguma forma regular, a caminhada foi a atividade física de escolha, preponderando em 50% deste grupo, com o tempo despendido na atividade variando entre 15 minutos e 2 horas.

O exercício físico é um componente chave para o controle clínico da obesidade, sobrepeso, bem como fator indispensável para uma boa qualidade de vida. Embora as perdas de peso decorrentes da prática de exercício físico sem restrição calórica sejam pequenas, o exercício continua sendo o fator mais determinante do sucesso em programas de perda ou controle de peso. Além disso, a aptidão física per se, independente da diminuição no peso corporal, está associada à redução na incidência de mortes por doenças cardiovasculares e diabetes, sendo ainda importante principalmente para pessoas com obesidade abdominal. (Damaso, 2003)

O treinamento de resistência aeróbia atenua a redução de massa corporal magra que ocorre em programas de intervenções com restrições calóricas. Vários estudos sugerem que a manutenção da massa corporal magra decorrente do exercício previne a redução da oxidação da gordura em repouso induzida pela restrição alimentar, podendo ainda aumentar a oxidação de lipídeos durante o exercício, pelo aumento da quantidade e da densidade mitocondrial.

Séries de exercícios de resistência aeróbia parecem aumentar a taxa de clearance dos triglicerídeos alimentares e dos níveis de triglicerídeos (TG) de jejum por várias horas pós-evento.

Estudos científicos confirmam a combinação entre uma alimentação equilibrada e a produtividade, assim como o baixo rendimento do trabalho quando ocorre ingestão calórica inadequada. Sabe-se que a má nutrição pode desencadear conseqüências relacionadas à redução da vida média, da produtividade, da resistência às doenças, aumento à predisposição aos acidentes de trabalho e baixa capacidade de aprendizado do trabalho. Deve-se ainda ressaltar, que a oferta de refeições aos trabalhadores durante a jornada de trabalho pode representar um acréscimo de 10% na produção. Assim como, se ocorrer o oposto, uma redução de 30% na força muscular, 15% na precisão dos movimentos e em torno de 80% na aptidão para o trabalho (Vanin, 2006)

A importância da nutrição na redução dos efeitos nocivos causados pela exposição a agentes tóxicos e poluentes ambientais têm sido objeto de estudo e debate constantes. (Hennig, 2007)

Os guias para a obtenção de uma alimentação adequada são baseados no consenso sobre nossas necessidades de vários nutrientes, a disponibilidade de dados sobre composição de alimentos e o conhecimento da prevalência de práticas alimentares e a influência que as suporta.

No entanto, o que e quanto comer não são decisões simples para muitas pessoas. Fatores como preferências, hábitos familiares e culturais, relações psicológicas, custo e disponibilidade dos alimentos, processos de doença e função gastrointestinal afetam o consumo de alimentos em um indivíduo.

No nosso estudo, evidenciamos que o número médio de refeições/dia prevalente foi de 4, correspondendo a 29.4% dos entrevistados, com a grande maioria (82..3%) variando entre 3-5 refeições/dia.

Segundo as normas da boa alimentação, divulgadas pela Fundação SIBAN, devemos ingerir diversos tipos de alimentos em pelo menos três refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar.

Com objetivo de descrever a qualidade da alimentação em mulheres de diferentes estratos sociais moradoras de Vila Formosa, cidade de São Paulo, foi realizado um inquérito domiciliar com 295 mulheres abrangendo dados dietéticos e socioeconômicos. Observou-se que a qualidade da alimentação

melhorava quando as mulheres realizavam um maior número de refeições ao dia ($p < 0,01$). (Gomes, 2003)

Uma alimentação variada é importante para se manter ou melhorar a saúde. As normas da boa alimentação recomendam que se comam vários alimentos, pois cada um deles é formado de substâncias que devem estar à disposição do nosso organismo todos os dias. Uma alimentação só com carne e só com uma verdura, por exemplo, não dá ao organismo todas as substâncias de que ele necessita.

Esta alimentação variada deve estar distribuída em, pelo menos, três refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar. Não se deve deixar de comer em nenhuma dessas três principais refeições. Nosso organismo precisa de alimentos e por isto devemos comer em intervalos regulares. (Dutra-de-Oliveira, 1998) Portanto, nossa amostra encontra-se dentro dos parâmetros recomendados neste quesito.

Uma ampla relação de assuntos sobre nutrição veiculados na mídia-rádio, TV, jornais, revistas e anúncios, reflete a clara evidência de interesse público sobre o que deve ser ingerido para se obter uma boa nutrição. Curiosidade sobre o conteúdo calórico dos alimentos, sódio, cálcio, colesterol, gordura e açúcar e como eles exercem influência sobre o estado nutricional estão sendo mais discutidos e divulgados.

Uma vez estabelecido que os nutrientes desempenham papel fundamental no organismo e que, portanto, são essenciais à nutrição humana, uma questão importante é determinar o quanto cada pessoa necessita de um nutriente específico. O primeiro passo para responder a essa pergunta veio em meados da década de 40, com o crescente reconhecimento de que a ciência da nutrição, por fornecer a base científica na qual se pode fazer escolhas alimentares, poderia contribuir para a segurança alimentar e nutricional.

Em 1941, 25 cientistas americanos compuseram o primeiro Comitê de Alimentação e Nutrição do Conselho de Pesquisa Nacional ("Food and Nutrition Board of the National Research Council"). A eles foi requisitado examinar a informação disponível sobre necessidades nutricionais, para decidir se poderiam ser feitas recomendações para o público sobre a qualidade de vários nutrientes necessários para manter a nutrição da maioria da população.

Uma vez decidido que havia informação disponível adequada, esse grupo iniciou o estabelecimento de padrões alimentares que pudessem ser usados para avaliar a ingestão alimentar de grandes grupos populacionais e fornecer um guia racional para a prática alimentar e para o planejamento da produção agrícola. Eles concordaram que não havia base científica sobre as necessidades nutricionais para propor recomendações específicas e que o padrão deveria refletir necessidades mínimas. Os membros do Comitê acreditavam que era necessário fazer a melhor estimativa possível, mesmo que os padrões que eles propusessem pudessem ser considerados imprecisos.

A deliberação do Grupo de Estudos dos Estados Unidos resultou na publicação da Quantidade de Nutrientes Sugerida na Alimentação-QNSA ("Recommended Dietary Allowances" - RDA.1943). Eles fizeram sugestões a respeito da quantidade de energia de oito nutrientes para a população saudável americana. O termo "quantidades recomendadas" foi propositadamente escolhido (ao invés de "necessidades") para enfatizar que as QNSA não são decisões finais, necessitando atualizações periódicas, quanto mais dados se tornarem disponíveis. Desde sua criação, as QNSA foram revistas nove vezes, a mais recente ocorrida em 1989. Essas recomendações representam as quantidades de certos nutrientes que se acredita serem suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais conhecidas para praticamente todas as pessoas saudáveis dos Estados Unidos. Devido às variações nas necessidades em relação à idade, sexo e tamanho corporal, os cientistas classificaram a população maior de 10 anos de idade de acordo com o sexo, incluindo mulheres gestantes e lactantes. As recomendações não representam a média das necessidades, que seria adequada apenas para metade da população, mas foram estabelecidos aproximadamente dois desvios-padrão acima da necessidade média, que atende 97,5% da população. Inclui também uma margem de segurança para levar em conta perdas de nutrientes que podem ocorrer no cozimento e armazenamento de alimentos e a variação das necessidades na população. Outros fatores considerados foram a estabilidade dos nutrientes, a capacidade corporal de armazenar (reserva) o nutriente, a faixa das necessidades observada, a disponibilidade dos nutrientes na dieta norte-americana, os perigos de uma ingestão excessiva e as dificuldades envolvidas no estabelecimento de valores exatos.

Essas recomendações foram usadas com o objetivo de planejar campanhas nutricionais americanas para grupos populacionais. Obviamente, se a ingestão alimentar de um grupo supre as QNSA, a quantidade disponível poderia ser um excesso das necessidades de praticamente todos do grupo.

Similarmente quando elas são usadas para avaliar a ingestão usual de um indivíduo, deve ser lembrado que podem ser altas para a maioria das pessoas de mesmo sexo e idade. Assim, uma pessoa que não tenha ingestão no nível recomendado, não será necessariamente deficiente em um nutriente. Contudo, quanto mais a ingestão cair abaixo do nível estipulado pelas QNSA, maior será o risco de haver uma deficiência marginal. É possível também que um pequeno segmento da população possa ter necessidades maiores do que as quantidades sugeridas, contudo, isto é raro, a menos que haja um problema de nutrição que provoque aumento das necessidades, perdas excessivas ou baixa absorção de um nutriente.

A tarefa de determinar padrões alimentares não é tão fácil e, para alguns nutrientes, poucas informações estão disponíveis, especialmente para avaliar diferentes necessidades de acordo com a idade e o sexo. Para outros nutrientes, os cientistas não estão certos sobre como interpretar a informação, ainda para outros, há ampla variedade das necessidades individuais, o que torna difícil chegar a um valor (curva) aceitável. Os dados nos quais os julgamentos são baseados foram obtidos de:

1. Pesquisas sobre alimentos e nutrientes ingeridos por um grande número de indivíduos aparentemente normais.
2. Pesquisas que incluíram tanto a ingestão alimentar quanto a avaliação do estado nutricional.
3. Experimentos metabolicamente controlados com número limitado de indivíduos.
4. Estudos relevantes em várias espécies de animais.
5. Informações epidemiológicas sobre alimentação e doenças na população

O Guia Alimentar da Pirâmide é a mais recente orientação nutricional proposta pelo Departamento de Agricultura dos EUA, em 1992, que veio em substituição ao Guia em formato de Roda dos Alimentos e aos Quatro Grupos Básicos (Fig. 2.2 a 2.4).

A Pirâmide dos Alimentos é um instrumento visual simples e prático que oferece conceitos alimentares importantes como variedade, proporção e moderação. A intenção foi traduzir ou representar graficamente a quarta edição do Guia da Dieta para Americanos (“Dietary Guidelines for Americans”), destinada a indivíduos saudáveis maiores de 2 anos de idade.



Figura 4: Pirâmide dos alimentos

GUIA DE ALIMENTAÇÃO PARA AMERICANOS - 1995

- Consuma uma variedade de alimentos.
- Equilibre os alimentos que você consome com atividade física; mantenha ou melhore o seu peso.
- Escolha uma alimentação pobre em gordura, gordura saturada e colesterol.
- Escolha uma alimentação rica em produtos de grãos, vegetais e frutas.

- Escolha uma alimentação moderada em açúcares.
- Escolha uma alimentação moderada em sal e sódio.
- Se você consome bebidas alcoólicas, faça-o com moderação.

Quando estabelecido o Guia Alimentar da Pirâmide foi definido que ele teria objetivo nutricional, no sentido de orientação para alcançar uma alimentação adequada em proteínas, vitaminas, minerais e fibras alimentares, sem quantidades excessivas de calorias, gorduras total e saturada, colesterol, sódio, açúcares adicionados e álcool. Além disso, a intenção era que ele fosse um guia prático e útil para a população em geral.

O Guia Alimentar da Pirâmide foi desenvolvido para trazer conceitos bastante diferentes dos da Roda dos Alimentos e dos Quatro Grupos Básicos, pois foi o resultado de pesquisa com a população que atualmente se preocupa em adquirir hábitos alimentares saudáveis para evitar tanto a desnutrição como a supernutrição.

Os conceitos básicos mostrados no Guia Alimentar da Pirâmide são:

- Variedade: revela que se deve ter o consumo de grande variedade de alimentos dentro de um grupo e entre os grupos. Dessa forma, o sentido é valorizar e homogeneizar a importância de todos os grupos alimentares.
- Moderação: orienta que aqueles alimentos ricos em gordura e/ou açúcares adicionados devem ser ingeridos na quantidade da porção recomendada, e que a ingestão de gorduras, óleos e doces deve ser feita de forma esporádica.
- Proporcionalidade: identificada pelo tamanho dos grupos, ou seja, deve-se consumir mais daqueles grupos que são maiores e, menos dos grupos menores.

As mudanças básicas ocorridas com esta forma de guia são as seguintes:

- A noção de uma alimentação-base mudou para uma alimentação como um todo.
- Os grupos alimentares considerados, agora, são em número de cinco, sendo que cada um fornece alguns nutrientes básicos e nenhum grupo é mais importante do que outro. Na ponta da pirâmide, onde estão enquadrados os alimentos ricos em gorduras, óleos e doces, não existem alimentos graficamente ou visualmente identificados e essa parte não é considerada um grupo, pelo fato desses alimentos conterem muitas calorias, mas poucos nutrientes.
- O nome dos grupos sofreu alteração, sendo agora mais detalhados naqueles alimentos que compõem cada grupo.
- Os alimentos reguladores, representados no guia da Roda dos Alimentos pelos legumes, hortaliças e frutas, agora estão separados em dois grupos: vegetais e frutas, sendo que se deve consumir mais alimentos do grupo dos vegetais do que do grupo das frutas. Além disso, a ingestão desses grupos está sendo enfatizada por conterem quantidades apreciáveis de minerais, vitaminas, fibras e água.
- O número de porções que devem ser ingeridas por grupo também foi modificado, além de ter sido introduzido o termo “usar esporadicamente” para os alimentos ricos em gorduras, óleos e doces.
- O tamanho da porção mudou para alguns alimentos e grupos alimentares.
- O substituto do grupo das proteínas sofreu alteração: um ovo, duas colheres de pasta de amendoim, ou $\frac{1}{2}$ xícara de feijão cozido são equivalentes a 30g de carne magra.
- Foram adicionados símbolos que representam a gordura adicionada (pequenos círculos) e para representar o açúcar adicionado (triângulos invertidos), espalhados por todos os grupos da pirâmide. O objetivo da colocação dos símbolos é mostrar que a gordura e o açúcar são encontrados em todos os grupos, em quantidades diferentes, e não estão apenas no topo da pirâmide.
- O Guia alimentar da pirâmide sugere, para determinada recomendação calórica, o número de porções de cada grupo, haja vista a ampla

variedade que pode ser necessária de acordo com a faixa etária dos indivíduos e nível de atividade física.

GRUPOS E NÚMEROS DE PORÇÕES

No Guia Alimentar da Pirâmide, os alimentos estão agrupados de acordo com os nutrientes que eles fornecem:

Tabela 2 – Fontes de nutrientes de cada grupo alimentar

Grupo	Nutrientes Principais
Pães, arroz, cereais e massas	Carboidratos complexos, vitaminas do complexo B, fibras.
Vegetais	Vitamina A, vitamina C, potássio, fibras (sucos podem reduzir a quantidade de fibras).
Frutas	Vitamina A, vitamina C, potássio, fibras (sucos podem reduzir a quantidade de fibras).
Leite	Cálcio, proteína, vitamina A, vitamina D.
Carnes, aves, ovos, feijão e nozes	Ferro, zinco, vitaminas do complexo B, proteínas.
Gorduras e óleos	Vitaminas e ácidos graxos essenciais. Porém ricos em calorias, devem ser utilizados esporadicamente.

Dentro de cada grupo alimentar existe uma ampla variedade de alimentos que devem ser consumidos, estimulando-se as fontes de fibras, vitaminas e minerais que geralmente se encontram em níveis reduzidos nas dietas ocidentais. Pensando nisso, o grupo dos vegetais, pães e cereais integrais contribuem significativamente com esses nutrientes.

O tamanho das porções dos alimentos foi determinado para facilitar a prática do Guia Alimentar da Pirâmide, tornando dispensável o uso da pesagem dos alimentos.

A tabela 3 ilustra as porções diárias sugeridas para cada grupo alimentar e revela os principais alimentos nas suas respectivas quantidades equivalentes a uma porção. Nota-se que no item “Gorduras, óleos e doces” não é incluído o tamanho ou o número de porções permitidas. A quantidade desses alimentos depende da gordura e do açúcar adicionados fornecidos como parte de um item de um outro grupo alimentar.

Tabela 3 – Escolhas diárias do Guia Alimentar da Pirâmide

Grupo	Porções diárias sugeridas	O que conta como uma porção
Pães, cereais, arroz e massas Grãos integrais enriquecidos	6 a 11 porções do grupo todo (incluir diariamente várias porções de produtos e grãos)	25g de pão (1 fatia ou meio pão francês ou outro do mesmo tamanho) ou 5 a 6 “crackers” pequenos ou 3 a 4 grandes, ou 30g (3 a 4 colheres de sopa) de cereal instantâneo, ou meia xícara de cereal, arroz ou massa cozidos
Vegetais Vegetais folhosos verde-escuros, feijões e ervilhas (leguminosas) Amiláceos Outros vegetais	3 a 5 porções (incluir todos os tipos regularmente; usar vegetais folhosos verde-escuros, feijões e ervilhas várias vezes por semana)	Meia xícara de vegetais cozidos, ou meia xícara de vegetais crus picados, ou 1 xícara de vegetais crus folhosos, como alface e espinafre, ou $\frac{3}{4}$ de xícara de suco de vegetal
Frutas Cítricas, melões e bagas Outras frutas	2 a 4 porções do grupo todo	1 fruta média (exemplo: banana, maçã ou laranja), ou $\frac{1}{2}$ xícara de fruta picada, cozida ou enlatada, ou $\frac{3}{4}$ xícara de suco de fruta, ou 1 fatia de abacaxi, melão, melancia ou mamão, ou $\frac{1}{4}$ xícara de fruta seca, ou $\frac{1}{2}$ xícara de morango, cereja, amora, framboesa, jaboicaba
Leite, iogurte e queijo	2 a 3 porções (3 porções para gestantes ou lactantes, adolescentes e adultos jovens até a idade de 24 anos)	1 xícara de leite, ou 1 xícara de iogurte, ou 2 fatias (45g) de queijo natural, ou 3 a 4 fatias (60g) de queijo processado
Carnes, aves, peixes, feijões e ervilhas, ovos e nozes	2 a 3 porções do grupo todo	60 a 90g de carne magra cozida, ave ou peixe ($\frac{1}{2}$ bife médio ou 1 bife pequeno), ou 2 a 3 colheres de sopa de carne moída ou picada, ou 1 coxas de frango, ou $\frac{1}{4}$ de peito de frango, ou $\frac{1}{2}$ filé médio ou 1 filé pequeno de peixe. Cada 30g de carne magra equivalem a: 1 ovo, ou $\frac{1}{2}$ xícara de feijão sem caldo cozido, ou 2 colheres de sopa de pasta de amendoim
Gorduras, óleos e doces		Usar gorduras, óleos e doces esporadicamente

Para os grupos que contribuem com fibras, minerais e vitaminas (grãos, frutas e vegetais) não é necessário definir com exatidão o tamanho das porções, pois pretende-se estimular o consumo desses alimentos, haja vista a baixa ingestão na alimentação atual, com o maior uso que tem ocorrido dos alimentos industrializados e refinados. Porém, para outros grupos que contêm maior quantidade de gordura (carnes, laticínios, molhos e a própria gordura adicionada no preparo dos alimentos), o tamanho das porções deve ser respeitado.

Para que esse guia alimentar possa ser praticado pela população com efetividade, torna-se necessária uma orientação nutricional detalhada por parte dos educadores e que haja uma adaptação à realidade brasileira, dado que o mesmo foi desenvolvido para atender às necessidades de indivíduos norte-americanos. (Dutra-de-Oliveira,1998)

No nosso estudo, observamos que 54.9% da população estudada não ingere nenhum tipo de fruta diariamente, o que vai contra as recomendações supra citadas, que preconiza de 2 a 4 porções dia.

Em relação às verduras e legumes, 62.7% ingere de 1 a 3 porções, ficando dentro das diretrizes determinadas.

Quando indagados sobre a ingestão habitual de lanches, onde englobamos aqui o tradicional *fast food*, 66.6% revelaram não ter o hábito de ingestão diária deste tipo de alimento.

O consumo de laticínios revelou-se insuficiente para 56.7% da amostra e apenas 43.1% da mesma está dentro dos parâmetros recomendados, ou seja, de 2-3 porções/dia.

Em relação ao conteúdo protéico, aqui representado pelo consumo de carne, galinha, peixe e ovos, apenas 43.1% estava dentro do consumo descrito como adequado.

O consumo de cereais, arroz e massas em 88.2% da amostra revelou-se mesmo abaixo do recomendado. Devemos ressaltar, contudo, que a ingestão de doces, chocolates e sorvetes, foi questionada em item separado, e deve assim, contabilizar um aumento significativo consumo total de carboidratos/dia, pois 39.2% ingere uma porção/dia destes alimentos.

Quanto à forma preferencial de preparo dos alimentos na vida cotidiana, o cozimento, seguidos de perto pela fritura e grelhados/assados, foram as opções de escolha.

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Enquanto os dados provenientes destas recomendações nutricionais são objeto de discussão de especialistas estrangeiros sobre o que e quanto se deveria ingerir para suprir as necessidades nutricionais, o mesmo ainda não aconteceu no Brasil de uma forma sistemática. O que tem ocorrido em vários países é uma adaptação das recomendações internacionais, considerando suas características nativas. Sendo assim, a Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN), publicou, em 1990, recomendações nutricionais adaptadas à população brasileira, com a colaboração de diversos cientistas que atuam na área de estudos sobre alimentação e nutrição. Essa publicação foi resultado das sugestões de uma reunião realizada em novembro de 1987, que teve por objetivo delinear os princípios para elaboração de guias alimentares de acordo com as características ecológicas, sócio-econômicas e culturais da América Latina. Com o patrocínio da Universidade das Nações Unidas e da Fundação Cavendes da Venezuela, pesquisadores brasileiros foram estimulados a proporcionar informações advindas de suas experiências científicas, para compor as “Aplicações das Recomendações Nutricionais Adaptadas à População Brasileira”.

As recomendações definidas principalmente por órgãos internacionais como a FAO (“Food and Agriculture Organization”), OMS (Organização Mundial de Saúde) e “National Research Council”, e com participação de entidades nacionais como o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE), são discutidas e adaptadas no informe proveniente de Caracas em relação aos conhecimentos da época sobre ingestão de macro e micronutrientes e diretrizes para a elaboração de Guias de Alimentação, incorporando características regionais, como tipos de alimentos, hábitos, crenças e tabus alimentares.

A definição de guias de alimentação é importante para traduzir dados científicos quantitativos em práticas alimentares. Do que vale saber exatamente quanto se deve ingerir de vitamina A ou cálcio, se a população não souber quais são os alimentos ricos nesses nutrientes e a quantidade (em medidas caseiras) necessária para atingir tal quota? Além disso, guias nacionais devem ser dirigidos a todos os estratos econômicos da população. Sabendo que o Brasil incorpora grande parte da sua população com pessoas de baixa condição social, parte-se do princípio de que todos têm o direito de comer, diariamente, o necessário para sua sobrevivência. A função dos guias alimentares é conter mensagens educativas para orientar e melhorar os hábitos alimentares da população. Para tanto, devem ser claros, precisos e passíveis de serem adotados por um grupo populacional específico. Parte-se do princípio de que, uma vez praticada tal orientação, haja melhora da nutrição e do bem-estar, além da prevenção de enfermidades nutricionais e crônico-degenerativas (obesidade, hipertensão, arteriosclerose, diabetes e câncer).

Em contraste com a falta de alimentos na camada populacional menos favorecida, ocorre, também, uso inadequado dos alimentos, por seleção incorreta no momento da compra e, principalmente, por influências sociais e culturais. Como resultado desse fenômeno, atualmente no Brasil, existe tanto a desnutrição infantil como a obesidade em várias faixas etárias, demonstrando uma ingestão excessiva de calorias (por alimentos industrializados e “fast foods”) e de alimentos de origem animal (que contêm altas taxas de gordura e de sódio).

Pensando em todos estes aspectos, a Fundação SIBAN (Simpósio Brasileiro de Alimentação e Nutrição) lançou em outubro de 1988, em Ribeirão Preto - SP, a Campanha Nacional da Boa Alimentação. Esse guia, por uma linguagem simples e clara, teve o objetivo de divulgar informações e conceitos sobre como a população pode e deve se alimentar melhor sem custo elevado. (Dutra-de-Oliveira,1998)

NORMAS DA BOA ALIMENTAÇÃO (FUNDAÇÃO SIBAN)

1. Coma diversos tipos de alimentos em pelo menos três refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar.

Uma alimentação variada é importante para se manter ou melhorar a saúde. As normas da boa alimentação recomendam que se comam vários alimentos, pois cada um deles é formado de substâncias que devem estar à disposição do nosso organismo todos os dias. Uma alimentação só com carne e só com uma verdura, por exemplo, não dá ao organismo todas as substâncias de que ele necessita.

Esta alimentação variada deve estar distribuída em, pelo menos, três refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar. Não se deve deixar de comer em nenhuma dessas três principais refeições. Nosso organismo precisa de alimentos e por isto devemos comer em intervalos regulares.

2. Use alimentos locais, tais como arroz, feijão, farinha, pão e leite, como base de suas refeições.

Além da variedade de alimentos, é necessário também, comer quantidade razoável de comida.

A mistura de arroz com feijão torna a alimentação bastante equilibrada em proteína e energia, além de fornecer, também, alguns minerais, vitaminas e fibras.

O pão de trigo, principalmente se feito com mistura de outras farinhas, como a de mandioca ou a de milho, é boa fonte de energia e fibras.

O leite é fonte de energia, proteínas, minerais e vitaminas para pessoas de todas as idades. O leite de vaca deveria ser mais consumido no Brasil, por todas as camadas sócias. Para os recém-nascidos até os seis meses de idade, o mais recomendado é o leite materno. Ele é considerado o alimento completo para o bebê.

3. Coma sempre frutas e verduras da época.

As hortaliças e as frutas fornecem ao organismo vitaminas, minerais e fibras. Esses alimentos são necessários diariamente e podem ser obtidos com relativa facilidade. As Secretarias da Agricultura e do Abastecimento têm estimulado e orientado a implantação de hortas caseiras e comunitárias. Os terrenos baldios de nossas cidades poderiam ser usados para hortas, principalmente com hortaliças de folhas. É preciso acostumar nossas crianças a comerem hortaliças todos os dias.

Lembramos , também, que hortaliças e frutas da época são as mais baratas.

4. Use carne, sal e açúcar em quantidades moderadas.

Muita gente acha que para uma boa alimentação é preciso comer carne todos os dias. As carnes são boas fontes de proteínas, vitaminas e minerais, mas estas substâncias existem também nos ovos, queijos, soja e carnes magras (aves e pescado).

A gordura animal está muito relacionada a doenças cardiovasculares, portanto, o uso da carne deve ser moderado.

O sal precisa ser usado com moderação. Ele fornece sódio e cloro ao organismo, mas a maioria dos alimentos contêm estas substâncias. Doenças dos rins, do coração e pressão alta melhoram com a diminuição do sal.

O açúcar fornece energia (calorias) ao organismo. Não causa obesidade nem diabetes, mas aumenta a freqüência de cárie dental se consumido em excesso e, especialmente, entre as refeições. Devido à falta de calorias na alimentação da maioria dos brasileiros, seu consumo diário, com moderação, deve ser mantido. Por isso considera-se até prejudicial sua substituição por adoçantes artificiais ou naturais, que não fornecem energia ao organismo.

5. Utilize óleo vegetal no preparo da comida e diminua o consumo de gorduras animais.

No preparo da comida, procure utilizar óleos de origem vegetal, como os de soja, de arroz, de milho e outros que fornecem energia (calorias) e outras substâncias essenciais ao organismo. Os óleos vegetais também facilitam a utilização de certas vitaminas.

O consumo exagerado de gordura de origem animal e de colesterol tem sido considerado como um fator importante no desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Os alimentos que mais contêm estas substâncias nocivas são carnes gordas, lingüiças, presuntos, certos queijos e cremes. Coma menos desses alimentos.

Assim sendo, use menos gordura animal (banha ou toucinho) para preparar sua comida e diminua as frituras.

6. Tome, diariamente, bastante água.

A água é muito importante para o corpo humano. Mais da metade do nosso peso é formado por água. Ela ajuda na digestão, no funcionamento dos rins, dos intestinos e regula a temperatura do corpo. A perda de água está em torno de dois litros por dia. Devemos, pois, tomar bastante líquido diariamente. O leite, os sucos de frutas (naturais), além de serem boas fontes de água, fornecem ao organismo outras substâncias essenciais. Use água filtrada ou fervida, especialmente para as crianças.

7. Prepare sempre a alimentação com bastante higiene.

As pessoas que manipulam alimentos devem estar sempre atentas na hora de preparar as refeições, pois até resfriados e gripes podem ser transmitidos através da alimentação.

As mãos devem ser lavadas com água e sabão e as unhas também devem ser cortadas bem rentes. Esses hábitos ajudarão a assegurar a saúde das pessoas. Por outro lado, nunca se deve deixar os alimentos lavados e limpos em contato com aqueles que ainda não foram higienizados. Os alimentos devem estar sempre cobertos, para evitar moscas, e as latas de lixo sempre tampadas.

As frutas e hortaliças devem ser bem lavadas em água corrente e na incerteza de sua origem deve-se comê-las descascadas ou cozidas

Ao adquirir alimentos, prefira aqueles da época e que estejam em boas condições sanitárias. Isto evita desperdício e preserva a saúde de quem os utiliza.

Outro cuidado importante é quanto aos alimentos armazenados. Lembre-se que alimentos armazenados inadequadamente podem conter insetos.

8. Mantenha o seu peso, controlando a ingestão de alimentos e fazendo exercício físico.

O controle periódico de seu peso é uma maneira prática de verificar se você está comendo pouco ou muito. Quando a pessoa não está doente, ela tem um peso médio para sua idade e sexo, semelhante ao encontrado em diversas tabelas de referência. No indivíduo adulto, este peso deve também

manter-se mais ou menos constante. Os dois fatores mais importantes na determinação do peso são a ingestão da comida e a atividade física. Se você come muito e faz pouco exercício, ficará gordo e se faz muito exercício ou trabalha muito e come pouco, você emagrece. Procure equilibrar a quantidade de comida com a quantidade de exercício através do controle periódico do seu peso. Anote-o em uma caderneta.

9. Faça das refeições um encontro agradável.

O aproveitamento dos alimentos é favorecido por condições agradáveis e ambientes calmos. A vida moderna, as dificuldades de transporte, os horários, as correrias, as preocupações, têm dificultado e prejudicado o consumo da comida. As refeições rápidas, embora saudáveis do ponto de vista higiênico e nutricional, não oferecem o ambiente apropriado e a desejável pausa para uma boa alimentação.

Procuremos, sempre que possível, sentar-nos à mesa com a família e com os amigos para as refeições. Procuremos também valorizar as comidas tradicionais da nossa casa e região.

10. Coma melhor e gaste menos.

Para comer, é preciso produzir ou comprar comida. Quem tem pouco ou não tem dinheiro, tem dificuldade em manter uma alimentação adequada. Já falamos também que muitos dos que têm dinheiro estão comendo mal e prejudicando a sua própria saúde.

É necessário, então, saber o que comer, saber quais são os alimentos disponíveis, saber quais os alimentos produzidos na região e suas épocas, saber quais são as misturas de alimentos mais apropriadas para as crianças e para os adultos. É preciso, também, ficar sabendo que comida cara não significa, necessariamente, que seja boa para a saúde.

Essa orientação alimentar do que comprar e do que comer pode ser semanalmente dada pelo Governo por meio das Secretarias da Agricultura, do Abastecimento e da Saúde.

Para que essa Campanha dê resultados, é preciso garantir ao trabalhador o direito a um salário suficiente para poder comprar seus alimentos.

Bem orientado, o povo vai comprar mais comida e gastar menos. (Dutra-de Oliveira, 1998)

O Guia Alimentar para a População Brasileira é um instrumento oficial que define as diretrizes alimentares para serem utilizadas na orientação de escolhas mais saudáveis de alimentos pela população brasileira a partir de 2 anos de idade. Baseado no cenário epidemiológico atual (transição epidemiológica e nutricional), nas evidências científicas bem como na responsabilidade governamental em promover a saúde e incorporar as sugestões da Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde (OMS), o guia tem o propósito de contribuir para a orientação de práticas alimentares que visem a promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação. As doenças conhecidas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT são: Diabetes Melitus, Obesidade, Hipertensão, Doenças cardiovasculares e câncer. O guia também está baseado na preocupação com relação deficiências de ferro e vitamina A, bem com o aumento da resistência imunológica relacionadas com as doenças infecciosas. O guia apresenta de forma inédita as diretrizes nacionais sobre alimentação saudável. O guia alimentar brasileiro é publicado em um momento particularmente especial da história do conhecimento, quando as evidências científicas acumuladas até o momento apontam de forma inequívoca e consistente, o impacto da alimentação saudável na prevenção das mortes prematuras causadas pelas DCNT no Brasil e em grande parte dos países do mundo, tais como diabetes e hipertensão, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e excesso de peso e obesidade. É importante destacar que a obesidade, além de ser uma doença crônica não transmissível, é um fator de risco para as DCNT e outras doenças graves.

O guia é composto por 3 partes:

Parte 1 - Referencial Teórico - situa o Guia no âmbito dos propósitos da Política

Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN e da Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, preconizada pela Organização Mundial de Saúde, e da promoção de modos de vida mais saudáveis;

Parte 2 - Princípios do Guia, Atributos da Alimentação Saudável e Diretrizes: elabora os princípios que nortearam a construção do Guia, bem como os atributos da alimentação saudável e também explicita e fundamenta as 9 diretrizes estabelecidas;

Parte 3 - Bases Epidemiológicas e Científicas – composto pelo Panorama Epidemiológico brasileiro e os dados de consumo alimentar disponíveis no Brasil, bem como as evidências científicas que fundamentam as diretrizes, metas e propósitos deste Guia.

Os princípios trabalhados no Guia são: abordagem integrada, referencial científico e cultura alimentar, referencial positivo, explicitação de quantidades, variações das quantidades, alimento como referência, sustentabilidade ambiental, abordagem multifocal – para todos, gestores e indústria, profissionais de saúde e família.

Os atributos de uma alimentação saudável são: acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, harmonia e segurança sanitária. Estes atributos definem o conceito de Alimentação Saudável, em consonância com a conceituação de Direito Humano a Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional adotados pelo Brasil.

O documento é composto de 9 diretrizes: sete diretrizes elaboradas de acordo com os grupos de alimentos e duas diretrizes especiais que abordam a atividade física e a qualidade sanitária dos alimentos como elementos indissociáveis na promoção da alimentação saudável. Com o propósito de facilitar a adoção das diretrizes pelas famílias brasileiras, foram elaboradas as seções “Colocando em prática as diretrizes” e “Utilizando o Rótulo de Alimentos”. Nesta última, consta a explicação sobre a rotulagem obrigatória dos alimentos e orientações sobre o seu uso como ferramenta para a seleção de alimentos mais saudáveis;

Objetivo central: Prevenir deficiências nutricionais e proteger contra doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis, tais como: diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e câncer.

Uma alimentação balanceada dentro e fora do local de trabalho é fundamental no que diz respeito à saúde e à produtividade do trabalhador. Esta encontra-se diretamente relacionada com o rendimento do trabalho,

aumentando a produtividade e diminuindo os riscos de acidentes de trabalho. (Vanin, 2006)

A preferência pela compra de alimentos e refeições em supermercados (referida por 96% dos entrevistados), parecem estar diretamente relacionado com a aceitação do vale-refeição fornecido pela empresa neste estabelecimento, bem como a proximidade deste do local de trabalho. Além disto, a empresa conta com uma sala em anexo com dois freezers, geladeira, bem como dois fornos de microondas para auxiliar no preparo das refeições e uma máquina de café expresso. Junto à mesma, há também uma sala de lazer com televisor, sofá e mesas para lanches e refeições.



Figura 5: Equipamento para refeições disponível na empresa



Figura 6: Sala de lazer



Figura 7: Sala de refeições dos funcionários

O governo brasileiro criou em 1976, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), o qual viabiliza o acesso à alimentação por meio das modalidades: serviço próprio, administração de cozinha, refeições transportadas, refeição e alimentação convênio. Entre essas, a refeição convênio ou tíquete/vale-refeição é uma das com maior receptividade por parte das empresas e trabalhadores.

Este sistema, criado na década de 50 na Inglaterra, foi adotado no Brasil pelo PAT com o objetivo de permitir às empresas, principalmente àquelas localizadas nos centros urbanos, a possibilidade de participar e ter os benefícios do Programa, mesmo sem dispor de espaço físico para montagem de um refeitório e, assim, garantir aos seus empregados refeição adequada, mesmo em trânsito ou fora do local de trabalho. Para tanto, o Ministério do Trabalho credenciou empresas da iniciativa privada para prestação de serviços de alimentação coletiva, com habilitação na emissão de documentos de legitimação.

Entre as vantagens deste sistema, além de dispensar a montagem de cozinha e/ou refeitório, estão, no caso específico dos trabalhadores, o acesso à alimentação com maior liberdade na escolha do local e da refeição; utilização de rede de rede de restaurantes e similares credenciados nas proximidades da empregadora, o que reduz o tempo com deslocamentos, ganhando em descanso e lazer e podem sair do ambiente de trabalho com outros colegas,

relaxarem e se condicionarem mentalmente para um outro turno de atividade laboral.

O Programa de Alimentação do Trabalhador estabelece para refeições maiores (almoço, jantar e ceia) um mínimo de 600 a 800 calorias em relação ao Valor Energético Total (VET) de 2000 calorias por dia. Para as menores, (desjejum e lanche) de 300 a 400 calorias, admitindo-se um acréscimo de 400 calorias em relação ao VET, mas todas devem ter mais de 6% de composição protéico calórica.

Além disso, as empresas participantes, sejam beneficiárias, fornecedoras ou prestadoras de alimentação coletiva, devem promover atividades de conscientização e de educação alimentar para os trabalhadores e, ainda, divulgar métodos de vida saudável, seja mediante campanhas ou por meio de campanhas de duração continuada.

Em estudo intitulado “Programa de Alimentação do Trabalhador (Pat)- 30 anos de contribuições ao desenvolvimento do Brasil” o professor da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, José Afonso Mazzon, comenta que até o ano de criação do Programa, o número de acidentes do trabalho crescia de forma acelerada, de 1,3 milhões de casos em 1971 passou para 1,9 milhões em 1975, um crescimento de 46%. Para 2006 estima-se um montante de 406 mil acidentes de trabalho, quantidade quase 80% inferior à observada em 75, sendo que a população economicamente ativa mais que dobrou neste período.

Na proposta do Pat, também vislumbra-se um objetivo de saúde pública, na medida em que além de reduzir problemas estritamente nutricionais, auxilia na prevenção de muitas doenças, ocasionando menor sobrecarga na demanda por serviços públicos de saúde.

Ele cita em seu estudo a pesquisa realizada pela Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial de Saúde (OMS) que aponta: para um aumento de 1% das calorias disponíveis per capita há um aumento de 2,27% na produtividade. Também lembra que no Brasil há diversos estudos de avaliação dos efeitos do Pat, com resultados positivos na redução do número de acidentes e de faltas no trabalho, além de aumento da produtividade, assim como trabalhos com resultados preocupantes, como o crescimento da

proporção de trabalhadores obesos. (Revista SAUT revista saúde no trabalho ano III número 18 março/abril 2007, pg. 12-20 Ed.CIPA)

Entre estes está o da nutricionista e doutora em Saúde Pública, Iracema Santos Veloso, que realizou pesquisa com uma população de 10.368 trabalhadores do setor industrial do Estado da Bahia, para sua tese de doutorado e, os resultados indicaram que o Pat não atinge o seu principal objetivo, o de melhorar o estado nutricional do trabalhador de baixa renda. (Veloso, 2002)

Isto se deve aos achados de que há um maior aumento de peso e sobrepeso entre os trabalhadores mais pobres beneficiários do Programa, uma tendência linear crescente em todas as idades e em todos os níveis de atividade física da ocupação (leve, moderada e intensa) analisados. Conseqüentemente, os trabalhadores cobertos apresentam maiores riscos de desenvolver uma doença cardiovascular fatal em 10 anos, quando comparados aos não cobertos, de acordo com o Score System, medida sumarizada para medir risco cardiovascular, desenvolvida pela Sociedade Européia de Cardiologia.

Segundo Iracema, os efeitos adversos do Pat podem estar relacionados tanto às suas recomendações nutricionais quanto aos hábitos alimentares dos trabalhadores. Portanto, independente da modalidade adotada, espera-se que os diversos atores (técnicos, empresários e sindicalistas) responsáveis pela definição do padrão alimentar estejam alertas para adequar a oferta de alimentação servida na empresa e orientar os trabalhadores que consomem refeições em restaurantes conveniados de forma a prevenir a ocorrência de doenças associadas à alimentação.

A promoção de saúde e a qualidade de vida, de acordo com Iracema, pressupõem a liberdade de escolha na capacidade de bem alimentar-se. No entanto, em sua opinião, o Pat não implantou em suas diretrizes estratégicas educacionais, ações capazes de desenvolver a consciência do trabalhador para manter hábitos de vida saudáveis e fazer uma escolha alimentar baseada em princípios científicos e não somente no sabor, aparência, variedade, quantidade da refeição servida e terminologia dos cardápios. Sendo assim, as conseqüências à saúde, causadas por uma alimentação inadequada (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, osteoporose, doenças bucais e obesidade)

só poderão ser evitadas se o trabalhador estiver devidamente esclarecido sobre o papel de destaque que a alimentação tem na prevenção de doenças e manutenção da saúde.

Para tanto, é necessário que empresas beneficiárias de tíquetes/vale-refeição tenham a responsabilidade de acompanhar o perfil nutricional do trabalhador e desenvolver uma estratégia educacional de forma a compreender o seu comportamento de saúde. Isto permite um aumento do nível de consciência para se implementar estratégias participativas para mudanças comportamentais.

A este nível, observamos que apesar da empresa em estudo fornecer instalações adequadas para o aquecimento, conservação e ingestão das refeições, não há um programa específico para orientação nutricional.

Além destes fatores, não podemos esquecer os fatores emocionais como definidores da qualidade de vida destes trabalhadores e como contributivos na determinação de hábitos nutricionais e de vida em geral.

A satisfação com a rotina de trabalho é um fator de suma importância na avaliação deste item. Temos aí que 62.7% declaram-se satisfeitos com sua rotina de trabalho. Dentre os que declararam desejar mudanças os itens preferencialmente sugeridos foram quando ao horário de trabalho e quanto à estrutura das cadeiras utilizadas. Em relação a este último, convém salientar que observamos serem as cadeiras ergonomicamente adequadas aos postos de trabalho. Contudo, constatamos uma falta de conhecimento ou habilidade do empregado em fazer o ajuste da mesma em relação à sua própria estrutura física, pois a cadeira deve ser regulada individualmente para cada trabalhador e para cada posto de trabalho. Pois observou-se uma postura inadequada de trabalho em vários casos, como por exemplo, a falta do uso de apoio para os pés, apesar de disponível.



Figura 8: Cadeira utilizada nos postos de atendimento



Figura 9: Não utilização do apoio para os pés no posto de trabalho

Boas condições ambientais de trabalho já foram comprovadamente estabelecidas como fundamentais no desempenho dos funcionários, especificamente em trabalhadores de telemarketing, como mostra o estudo de

Wargocki em 2004, onde o autor correlaciona a circulação de ar ambiental adequada com efeitos positivos na saúde, conforto e desempenho dos trabalhadores.

No nosso estudo 52.9% referiram sentirem-se ansiosos freqüentemente e 88.2% consideraram sua atividade profissional estressante, quer seja sempre (23.5%) ou às vezes (64.7%). Vários são os gatilhos emocionais, tais como gravidez, menopausa, perda familiar, uso de medicamentos específicos, pressão profissional. A pressão vivida no ambiente de trabalho associada ao sedentarismo tem sido também um grave fator de risco para o desenvolvimento da obesidade e seus agravantes.

Na sociedade moderna, o consumo de uma dieta com elevados teores de açúcares e gorduras tem sido associado a desordens metabólicas e prejuízo do funcionamento cerebral. Corroborando esta idéia, a ocorrência de obesidade e sobrepeso tem sido associada à elevação incidência de distúrbios psiquiátricos, em particular as alterações de humor e os quadros de ansiedade (Souza, 2007).

A ansiedade é um distúrbio do humor bastante comum, e é tido como um estado emocional transitório que envolve grandes conflitos psicológicos e sentimentos desagradáveis de preocupação, tensão, apreensão, angústia e sofrimento. Este sentimento ocorre com freqüência na ausência de um perigo real, distinguindo-se do medo, que é considerado como uma breve reação emocional a um estímulo ameaçador. Entre os sintomas mais freqüentes estão: taquicardia, distúrbios do sono, sudorese, vertigens, distúrbios gastrointestinais, náuseas, preocupação excessiva, apreensão, medo, dor ou desconforto.

Os estudos atuais com operadores de telemarketing não diferem Os resultados dos estudos atuais não diferem daqueles registrados em 1956, pelo psiquiatra francês Le Guillant, que descrevia um quadro de adoecimento polimorfo em telefonistas, por ele denominado de Neurose das Telefonistas: alterações de humor, fadiga nervosa, alterações do sono e manifestações somáticas variáveis que repercutiam sobre as vidas das telefonistas 5. O autor já relatava que o nervosismo era reforçado pelo próprio trabalho; a irritabilidade e auto-aceleração permaneciam após a jornada, acompanhadas de hiperemotividade e ansiedade latente. Ou seja, os estereótipos

comportamentais seriam reflexo de um *continuum* entre tempo no trabalho e tempo fora do trabalho. (Villela, 2004)

Todas as pessoas estão sujeitas a sofrer de ansiedade em algum momento da vida. Ela é considerada uma desordem quando seus sintomas ou comportamento são tão severos que causam dor ou prejuízo da função física e social. Existem diferentes tipos de desordem de ansiedade: fobias, pânico, desordem obsessivo-compulsiva; estresse pós-traumático e desordem de ansiedade generalizada. Cada tipo possui características e comportamentos específicos que incluem respostas emocionais, cognitivas e mudanças psicológicas, como tensão motora e hiperatividade. Para se diferenciar a ansiedade normal da patológica devemos considerar se a reação ansiosa é de curta ou longa duração, se está relacionada ou não a um estímulo específico e se produz no indivíduo a limitação ou o bloqueio em alguma esfera da vida (social, afetiva, mental, etc).

Os problemas emocionais podem, por vezes levar ao aparecimento de comportamentos compulsivos e mesmo distúrbios da imagem corporal, podendo estes contribuir de forma total ou parcial para o surgimento da obesidade ou mesmo desnutrição decorrente de distúrbios da imagem corporal. As exigências sociais dos modelos de beleza podem também serem consideradas como um fator de agravamento desse distúrbio, podendo, em parte, justificar a maior incidência de distúrbios da imagem corporal em mulheres. (Damaso, 2003)

Outros estudos evidenciam ainda que o estresse emocional não é fator preditivo para a adoção de uma dieta alimentar pouco saudável. (Kooten, 2007) Estudos paralelos nesta área levaram à elaboração de questionários visando à detecção dos meios através dos quais as pessoas utilizam a alimentação para lidar com o estresse e com as emoções. (Ozier, 2007)

A interação entre saúde física e mental é intensa e complexa. Muitas condições aumentam o risco de distúrbios mentais e co-morbidades. A importância da saúde mental não pode ser subestimada no ambiente de trabalho. Pois não existe saúde sem considerarmos a saúde mental do indivíduo conjuntamente ao seu bem-estar físico. (Prince, 2007)

O estresse emocional no ambiente de trabalho não deve ser subestimado, podendo mesmo ser a causa de sintomas físicos, envolvendo

mesmo grande parte dos participantes de um mesmo grupo de trabalho, como mostra o estudo de Yassim, realizado em 1989. Aqui uma epidemia de supostos “choques elétricos”, afetou toda uma equipe de trabalho de um sistema de operação em telefonia, sendo que a causa, ao final de intensa e dispendiosa investigação, revelou-se ser devida ao estresse emocional dos trabalhadores.

Diversos mecanismos bioquímicos descrevendo a interação entre estresse e obesidade têm sido descobertos e descritos recentemente. (Kuo, 2007) (Warne e Dallman, 2007)

Abordar cientificamente o tema auto-estima pode não parecer justificável, pois gera a sensação de que, de tão popularizada por livros de auto-ajuda, pelo senso comum e por ter se tornado uma palavra fácil na psicologização das relações humanas, não faz sentido tal empreitada. Porém, como sugere Mruck (1998), pode-se relacionar pelo menos cinco razões para justificar a necessidade de um enfoque científico para estudo da auto-estima: 1) é um construto muito mais complexo do que pode parecer, pois está fortemente associado com outros aspectos da personalidade; 2) está relacionada à saúde mental ou bem estar psicológico; 3) a sua carência se relaciona com certos fenômenos mentais negativos como depressão e suicídio. Para Coopersmith (1967), as pessoas que solicitam ajuda psicológica expressam com frequência sentimentos de inadequação, pouco valor e ansiedade associada à baixa auto-estima; 4) é um conceito relevante às ciências sociais. Wells e Marwell (1976) constatam que a auto-estima está surgindo como um dos indicadores sociais chave na atual análise de crescimento e progresso social.

O tema aparece sendo regularmente criticado por Wyllie (1974), principalmente no que diz respeito à forma como se avalia a auto-estima, mais especificamente os instrumentos utilizados para avaliá-la. Gradualmente, entretanto, foram surgindo pesquisas na área e nos anos noventa uma geração nova de psicólogos sociais esteve atenta para aspectos específicos do auto-conceito (entre eles a auto-estima) e o para o refino de suas medidas. (Mruck, 1998) (Gobitta, 2002)

No nosso estudo, optamos por uma avaliação muito menos ambiciosa, visando a uma abordagem estimativa, desprovida de maiores pretensões de

conceituações específicas em relação à este item, pois não é o objetivo básico deste estudo. Os entrevistados foram, desta forma, solicitados a atribuir uma nota de 1 a 10 em relação ao valor de sua auto-estima. A maioria dos entrevistados situou-se entre as notas 7-9 (74.5%).

Wells e Marwell (1976) constataram que “a auto-estima está surgindo como um dos indicadores sociais chave na atual análise do crescimento e progresso social”. Como opina Mruck (1998), “pesquisadores, especialmente aqueles com uma perspectiva sociológica, centram-se agora na compreensão do papel que desempenha a auto-estima no desenvolvimento social”.

Coopersmith (1967) refere-se também a estudos que indicam que “Uma pessoa com auto-estima alta mantém uma imagem bastante constante das suas capacidades e da sua distinção como pessoa e que as pessoas criativas têm alto grau de auto-estima. Estas pessoas com auto-estima alta também têm maior probabilidade para assumir papéis ativos em grupos sociais e efetivamente expressam suas visões. Menos preocupadas por medos e ambivalências, aparentemente se orientam mais diretamente e realisticamente às suas metas pessoais”.

Finalmente, a definição de auto-estima do autor citado e “a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, a auto-estima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face a si mesmo. É uma experiência subjetiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos “. (Coopersimth, 1967)

Relacionadas com os problemas de avaliação da auto-estima estão as observações de Mruck (1998), que agrupou estas dificuldades em dois tipos básicos. O primeiro consiste em problemas decorrentes das singularidades de auto-estima como fenômenos, “estes aspectos incluem o problema da definição, o vínculo entre auto-estima e muitos outros aspectos relacionados com o self e certas características intrínsecas da auto-estima. As outras dificuldades procedem tanto das expectativas psicológicas como sociológicas, a presença de uma grande diversidade de métodos de investigação usados para o estudo do fenômeno e algumas dificuldades em relação à validade”.

Diante do pressuposto da existência de associação entre consumo alimentar na infância e adolescência e início da idade adulta a crescente prevalência de doenças crônicas, justifica-se o interesse em se estudar a avaliação do consumo alimentar neste grupo etário e a história familiar da ocorrência destas patologias. (Ferreira Barbosa, 2007).

A relação de doenças crônicas na família, tais como diabetes (presente em 49% dos casos), hipertensão e colesterol e/ou triglicérides elevados (presente em 56,8% dos casos) com hábitos alimentares e estilo de vida é amplamente conhecida. A partir do século XIX, o perfil epidemiológico das doenças vem sendo modificado de tal forma que atualmente observa-se diminuição das mortes decorrentes de doenças infecciosas e materno-infantis, assim como progressivo aumento da mortalidade advinda de fatores exógenos e disfunções classificadas como de origem crônico-degenerativa. Dentre as doenças crônico-degenerativas que possuem altíssima incidência na sociedade moderna pode-se destacar o diabetes mellitus (DM) que se caracteriza por uma desordem metabólica associada à deficiência absoluta ou relativa de insulina e que possui como conseqüências clínicas alterações metabólicas e complicações vasculares e neuropáticas.

O indivíduo diabético possui excesso de glicose no sangue (hiperglicemia) devido à falta ou ineficácia da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas endócrino. A insulina é um hormônio funcional que possui propriedade anabólica e anticatabólica, e participa na regulação do metabolismo dos carboidratos, das gorduras e proteínas. A resistência à insulina é causada tanto por fatores genéticos quanto por fatores exógenos, como obesidade, tabagismo e algumas drogas. Segundo a International Diabetes Federation, o número de adultos diabéticos até o ano de 2000 era da ordem de 151 milhões, e destes somente 4.9 milhões possuíam DM tipo I. No Brasil, existem aproximadamente cinco milhões de diabéticos, dos quais 90% são do tipo II, 8 a 9% do tipo I e 1 a 2 % secundário ou associado a outras síndromes. Quanto a associação entre obesidade e resistência insulínica, verificou-se que esta se encontra presente em mais de 80% dos casos, requerendo, portanto, intervenção associada entre dieta, exercícios físicos e medicamentos. (Damaso, 2003)

A elevação dos lipídeos plasmáticos está relacionada com o aumento no percentual de gordura corporal, a má qualidade e a quantidade inadequada de alimentos ingeridos, a diminuição da prática de exercício físico e a degradação da qualidade de vida.

Para regredir as concentrações plasmáticas de LDL-colesterol e VLDL-colesterol é necessário adotar um estilo de vida menos estressante: alimentação equilibrada em relação aos macro e micronutrientes, frequência alimentar de no mínimo três refeições diárias e valorização do lazer. O aumento do HDL-colesterol é alcançado através da prática de exercício físico regular associado a uma alimentação equilibrada.

No Brasil, a principal causa de morte são as doenças cardiovasculares derivadas da obesidade, hipertensão, do diabete mellitus e do tabagismo. Diversos estudos têm demonstrado que as taxas de mortalidade e morbidade em indivíduos obesos estão amplamente associadas às doenças cardiovasculares, entre estas a hipertensão arterial, a doença cardíaca isquêmica e a insuficiência cardíaca, sendo a última uma das complicações mais frequentes em obesos mórbidos com $IMC > 40\text{kg/m}^2$

No que diz respeito à hipertensão primária, esta é identificada como um problema de saúde pública que pode estar relacionada a fatores de ordem genética, familiares e ambientais. Dentre estes, os fatores ambientais, tais como o padrão alimentar e a inatividade física, contribuem de forma considerável para o aumento da adiposidade e o desenvolvimento da obesidade, que segundo o Conselho Brasileiro de Hipertensão (1998) apresenta uma estreita relação com a hipertensão. (Damaso, 2003)

Nas últimas décadas, os encargos econômicos relacionados às doenças cardiovasculares têm crescido exponencialmente. No ano 2000, as hospitalizações em decorrência de doenças cardiovasculares movimentaram cerca de 821 milhões de reais dos recursos públicos do Brasil, representando a terceira maior causa de hospitalização prolongada. As doenças cardiovasculares geraram aumento de 176% dos custos hospitalares entre os anos de 1991 e 2000. Essa condição na área da saúde não ocorre somente no Brasil. Outros países investem valores significativos de seu produto interno bruto para este setor, e além disso estão procurando formas de utilizar o máximo desses recursos para garantir o beneficiamento e a distribuição

adequada para toda a população de um serviço condizente com a realidade da saúde dessa comunidade.

A prevalência de fatores de risco cardiovascular, condição que corrobora com os achados de outros estudos epidemiológicos associados a padrões alimentares inadequados sugere que tais características devam ser combatidas e tratadas por meio de ações preventivas sejam diretas ou indiretas, mediante a conscientização e mudança de hábitos cotidianos do estilo de vida. (Lira, 2006).

Em relação ao tabagismo, 76.4% declararam que nunca fumaram e 7.8% declarou ter largado o hábito há mais de 6 meses. O consumo de bebidas alcoólicas foi declarado inexistente em 43% dos casos e 50.9% admitiu fazer uso exclusivamente nos finais de semana. O consumo regular de refrigerantes aparece em 56.8% dos entrevistados.

5. CONCLUSÃO

A alimentação saudável preserva o valor nutritivo e os aspectos sensoriais dos alimentos, os quais devem ser qualitativa e quantitativamente adequados ao hábito alimentar e capazes de promover uma vida saudável, que previna o aparecimento de doenças provenientes de hábitos alimentares inadequados. A correta intervenção alimentar pode representar um importante reflexo na saúde dos clientes de uma UAN no setor de trabalho, visto que, para diversos funcionários, a alimentação recebida na empresa representa a grande refeição do dia. Esses grupos populacionais devem ser alvo de estratégias com foco na promoção da saúde. O nutricionista deve exercer seu papel de educador e cumprir as atribuições a ele destinadas, usando seu espaço de trabalho nas UAN para efetivar, de forma concreta, seu papel com o profissional da área de saúde. Se esta for nutricionalmente adequada, pode representar a base de uma alimentação saudável, com reflexos positivos para a saúde.

5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, K. B. F.; ROSADO, L. E.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. **Instrumentos de inquérito dietético utilizados na avaliação do consumo alimentar em adolescentes: comparação entre métodos.** Universidade Federal de Viçosa (UFV), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), v. 57, n. 57, 2007.

Benefício Alimentação em Alta. **Revista Saúde no Trabalho – SAUT**, ano III, n. 15 set/out, 2006.

DAMASO, A. **Obesidade.** - Rio de Janeiro: Médsi, 2003.

DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E. **Ciências nutricionais.** São Paulo: Sarvier, 1998.
FERREIRA, M. Jr.; SALDIVA, P. H. N. Computer-telephone interactive tasks: predictors of musculoskeletal disorders according to work analysis and workers perception. *Applied Ergonomics*, n. 33, 147-153, 2002.

GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Estudo inicial do inventário de auto-estima (SEI) – Forma A. **Psicologia e Crítica**, 15(1), 143-150, 2002.

GOMES, A. L. C. **Indicador da qualidade da alimentação de mulheres nos diferentes estratos sociais.** Dissertação de Mestrado, 2003.

HENNIG B.; ETTINGER, A. S.; JANDACEK, R. J.; KOO, S.; McCLAIN, C.; SEIFRIED, H.; SILVERSTONE, A.; WATKINS, B.; SUK, W. A. Using nutrition for intervention and prevention against environmental chemical toxicity and associated diseases. **Environmental Health Perspectives**, v. 115, n. 4, abril, 2007.

KOOTEN, M.; RIDDER, D.; VOLLEBERGH, W.; DORSSELAER, S. What's so special about eating? Examining unhealthy diet of adolescents in the context of other health-related behaviours and emotional distress. **Appetite** 48, 325-332, 2007.

KUO, L.; KITLINSKA, J. B.; TILAN, J.; LI, L.; BAKER, B. S.; JOHNSON, M. D.; LEE, E.; BURNETT, M.S.; FRICKE, S. T.; KVETNANSKY, R.; HERZOG, H.; ZUKOWSKA, Z. Neuropeptide y acts directly in the periphery on fat tissue and mediates stress-induced obesity and mediates stress-induced obesity and metabolic syndrome. **Nature Medicine**, v. 13, n. 7, July, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Guia alimentar para a população brasileira.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília - DF, 2004.

Obesidade e Trabalho. **Revista Saúde no Trabalho – SAUT**, ano II, n. 12 mar/abril, 2006.

OZIER, A. D.; KENDRI, C. K.; KNOL, L. L.; LEPPER, J. D.; PERKO, M.; BURNHAM, J. The eating and appraisal due to emotions and stress (EADES) questionnaire: development and validation. **J. Am. Diet Assoc.**, 107: 619-628, 2007.

Vale Refeição. Benefício saudável para empregados e empregadores. **Revista Saúde no Trabalho – SAUT**, ano III, n. 18 março / abril, 2007.

VANIN, M.; SOUTHER, N.; NOVELLO, D.; FRANCISCHETTI, V. A. Adequação nutricional do almoço de uma unidade de alimentação e nutrição de Guarapuava – PR. **Revista Salus – Guarapuava – PR**, 1(1): 31-38, jan/jun, 2007.

VELOSO, I. S.; SANTANA, V. S. Impacto nutricional do programa de alimentação do trabalhador no Brasil. **Ver Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health**, 11 (1): 2002.

VILELA, L. V. O. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4): 1069-1078, jul/ago, 2004.

WARGOCKI, P.; WYON, D. P.; FANGER, P. O. The performance and subjective responses of call-center operators with new and used supply air filters at two outdoor air supply rates. **Indoor Air**, 14 (suppl 8): 7-16, 2004.

WARNE, J. P.; DALLMAN, M. F. Stress, diet and abdominal obesity: y? **Nature Medicine**, v 13, n. 7, July 2007.

YASSI, A.; WEEKS, J. L.; SAMSON, K.; RABER, M. B. Epidemic of “shocks” in telephone operators: lessons for the medical community. **CMAJ**, vol. 140, April, 1989.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

NOME/INICIAIS (OPCIONAL) -----

IDADE-----

PESO----- ALTURA-----CIRUNFERENCIA ABDOMINAL-----IMC---

HORAS TRABALHADAS/DIA (MEDIA)-----

1. VOCÊ SE CONSIDERA

- MUITO MAGRO
- MAGRO
- MÉDIO (“NORMAL”)
- POUCO ACIMA DO PESO
- MUITO ACIMA DO PESO

2.ATIVIDADE FISICA REGULAR:

- NÃO
- SIM- 1 A 2 VEZES NA SEMANA
- SIM- 3 OU MAIS VEZES NA SEMANA

QUAL É A ATIVIDADE QUE VOCÊ PRÁTICA? _____
QUANTO TEMPO DE CADA VEZ? _____

ALIMENTAÇÃO USUAL

DURANTE UM DIA HABITUAL, VC INGERE:

- DUAS PORÇÕES DE FRUTA OU MAIS
- MENOS DO QUE DUAS PORÇÕES DE FRUTA
- NÃO INGERE FRUTAS HABITUALMENTE

- 3 PORÇÕES DE VERDURAS OU LEGUMES OU MAIS
- MENOS DO QUE 3 PORÇÕES DE VERDURAS OU LEGUMES
- NÃO INGERE VERDURAS OU LEGUMES HABITUALMENTE

NÚMERO DE REFEIÇÕES POR DIA :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- MAIS DE 6

COMPOSIÇÃO:

LANCHES (FAST FOOD), HAMBURGUER, CACHORRO-QUENTE, SANDUÍCHE, BATATA FRITA, PIZZA, ETC

- 1 X AO DIA
- 2 X AO DIA
- 3 X AO DIA OU MAIS
- NÃO INGERE REGULARMENTE

LEITE, IOGURTE, QUEIJOS

- 1 X AO DIA
- 2 X AO DIA
- 3 X AO DIA OU MAIS
- NÃO INGERE REGULARMENTE

CARNE, GALINHA, PEIXE, OVOS:

- 1 X AO DIA
- 2 X AO DIA
- 3 X AO DIA OU MAIS
- NÃO INGERE REGULARMENTE

PÃES, MASSAS, BISCOITOS:

- 1 X AO DIA
- 2 X AO DIA
- 3 X AO DIA OU MAIS
- NÃO INGERE REGULARMENTE

DOCES, CHOCOLATES, SORVETES:

- 1 X AO DIA
- 2 X AO DIA
- 3 X AO DIA OU MAIS
- NÃO INGERE REGULARMENTE

FORMA PREFERENCIAL DO PREPARO DOS ALIMENTOS NA SUA VIDA QUOTIDIANA (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

- CRUS
- FRITOS
- COZIDOS
- INDUSTRIALIZADOS- ENLATADOS, SALSICHAS, CARENES PROCESSADAS, ETC
- NATURAIS

NORMALMENTE VC COMPRA SUAS REFEIÇÕES (RESPOSTAS MÚLTIPLAS)

- SUPERMERCADOS
- LANCHERIAS
- RESTAURANTES
- FEIRAS LIVRES

SATISFAÇÃO NO TRABALHO

VC ESTÁ SATISFEITO COM A SUA ROTINA DE TRABALHO

- SIM
- NÃO
- PARCIALMENTE
- NÃO SABE

SE PUDESSE, O QUE VC MUDARIA-----

VC CONSIDERA SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL ESTRESSANTE?

- SIM
- NÃO
- ÀS VEZES

VC SE SENTE ANSIOSO

- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE

VC FAZ/FEZ DIETAS ALIMENTARES RESTRITIVAS OU TEM/TEVE ALGUM DISTÚRBO ALIMENTAR (ANOREXIA,BULIMIA, COMER COMPULSIVO)?

- SIM
- NÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL: COMPANHIA NACIONAL DE CALL CENTER – XXX		
C.N.P.J.: 03.311.327/0003-34	Nº FUNC. 181	
CALL CENTER:		
ENDEREÇO:	CEP	
RECURSOS HUMANOS: R		
BAIRRO: Centro	CIDADE: São Leopoldo	ESTADO: RS
CÓDIGO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE):	82.99-7	GRAU DE RISCO: 2
ATIVIDADE PRINCIPAL:	Outras atividades de serviços prestados principalmente às empresas não especificadas anteriormente.	
DATA VISTORIA: 30/10/07	ELABORAÇÃO: .	

II - DADOS DAS INSTALAÇÕES

<i>CARACTERÍSTICAS DOS LOCAIS DE TRABALHO</i>	
Pé Direito:	> 3 metros
Piso:	Carpete
Paredes:	Alvenaria
Cobertura:	Laje
Iluminação:	Natural / Artificial
Ventilação:	Natural / Artificial

IV – COMPOSIÇÃO DO QUADRO FUNCIONAL

FUNÇÕES	Nº. DE FUNC	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
Supervisor	07	Tem como atribuições à supervisão operacional do atendimento do Call Center, dando suporte as Operadoras, monitorando o atendimento, orientando e esclarecendo dúvidas.
Coordenador Centr. Relacionamento	01	Responsável pela coordenação das atividades do Call Center, à qual os demais funcionários estão subordinados.

Monitor de Atendimento	03	Monitorar os atendimentos, corrigindo e orientando procedimentos e interferindo quando necessário.
Analista de Planejamento	01	Controle de fluxo da assiduidade dos funcionários.
Agentes de Telemarketing Jr	152	Tem como atribuições atender os clientes via telefone; realizar consultas e passar informações para o setor operacional da AES SUL, através de terminal de computador. Executar as operações mais simples do processo mencionado acima.
Agente de Telemarketing Sr.	13	Tem como atribuições atender os clientes via telefone; realizar consultas e passar informações para o setor operacional da AES SUL, através de terminal de computador.
Assist. Adm. Financeiro	01	Executar atividades de natureza administrativa em geral, relacionada à gestão de Recursos Humanos.
Auxiliar de RH	02	Tem como atribuições auxiliar na execução das atividades administrativas, de suporte e RH.
Instrutor	01	O Instrutor repassa treinamentos e reciclagens feitos pela AES SUL para todos os agentes de telemarketing.
TOTAL	181	