

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE

ALESSANDRA IBAÑEZ DA ROSA

GANHO DE PESO, ESTILO DE VIDA E HÁBITOS ALIMENTARES EM
RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS

Porto Alegre

2020

ALESSANDRA IBÁÑEZ DA ROSA

**GANHO DE PESO, ESTILO DE VIDA E HÁBITOS ALIMENTARES EM
RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daiane Dal Pai

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a minha avó Rosalina, que já não habita este mundo, mas que durante os anos que viveu ao meu lado lutou para que eu pudesse ser quem sou hoje. Ela que sempre acreditou no meu potencial.

Agradeço especialmente ao meu namorado Diego que esteve ao meu lado durante a construção deste trabalho e muitas vezes me auxiliou.

Agradeço também a minha mãe e as pessoas da minha família que acreditam no meu potencial e me ajudaram muito nos últimos meses.

Agradeço às minhas amigas por sempre estarem dispostas a me ouvir e tentar me auxiliar na medida do possível. Obrigada pela paciência e pelo desejo de me ver bem.

Agradeço as colegas de residência por compartilharem comigo os momentos bons e os momentos difíceis.

Agradeço a minha preceptora Léa Guerra por tornar o período de R2 mais agradável e menos sofrido, sempre disposta a me auxiliar no que for preciso.

Agradeço a minha R1 Mileni pelo interesse em me ouvir e discutir pontos importantes do meu trabalho.

Agradeço as integrantes da banca por terem aceitado o meu convite para colaborar com a finalização deste trabalho.

Um agradecimento especial a minha orientadora, Prof^a Daiane, que durante todo o desenvolvimento deste trabalho esteve presente e teve a paciência de esperar pelos meus resultados.

Por fim, agradeço à Deus pois colocou todas essas pessoas, que me ajudaram a crescer, no meu caminho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. QUESTÃO DE PESQUISA	7
3. REVISÃO DE LITERATURA	7
3.1 O TRABALHO EM SAÚDE E OS DESAFIOS DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL	7
3.2 CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....	8
3.3 HÁBITOS ALIMENTARES, ESTILO DE VIDA E GANHO DE PESO E O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE	9
4. OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVO GERAL	11
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5. METODOLOGIA	12
5.1 CENÁRIO DE ESTUDO	12
5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	12
5.3 CRITÉRIOS	12
5.3.1 Critérios de Inclusão	12
5.3.2 Critérios de Exclusão	13
5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	13
5.5 COLETA DE DADOS.....	13
5.6 ANÁLISES DE DADOS	14
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
6. RESULTADOS	15
7. DISCUSSÃO	21
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, englobando ações básicas às mais complexas, assegurando integralidade e universalidade do cuidado (BRASIL, 2018). A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, é um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, tendo a saúde com qualidade de vida a essência do SUS (BRASIL, 1990).

Considerada a ampliação do conceito de saúde, para além da ausência de doença e após a Lei nº 8080/90, destacou-se reestruturações nos estabelecimentos e organizações dos serviços a partir dos novos princípios, colaborando na reformulação do trabalho em equipe para atingir os objetivos propostos (FILHO; SOUZA, 2017).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005). Sendo definido como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltado para a educação em serviço e destinado às categorias profissionais que integram a área de saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O programa é desenvolvido em regime de dedicação exclusiva com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos (ASAIAG *et al.*, 2010).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) buscam romper os paradigmas no processo de formação de profissionais, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde ofertados à população. Apresentam caráter diferenciado, uma vez que utilizam práticas ativas e participativas em serviço, tendo sempre a educação permanente como eixo pedagógico estrutural (SANCHES *et al.*, 2016). Entretanto, além de serem importantes para o desenvolvimento pessoal e profissional, são caracterizados por longas jornadas de trabalho, pouco tempo para descanso, privação do sono, constante cobrança de tutores, preceptores e pacientes, aumento da responsabilidade profissional e diminuição do tempo para a vida social, amigos, família e lazer (GUIDO; 2012; ASAIAG, 2010).

Segundo a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, o estresse relacionado ao trabalho é o segundo problema de saúde mais frequentemente relatado, afetando 22% dos trabalhadores dos 27 países membros da União Europeia em 2005 (EU-OSHA, 2009). No estresse ligado ao trabalho, a primeira reação é a sensação de exaustão,

esgotamento, sobrecarga física e mental e dificuldades de relacionamento (LIMA *et al.*, 2007).

A área da saúde é um setor de prestação de serviços que corresponde a atividades essenciais para a vida humana. Os profissionais que atuam nesta área são descritos com os que enfrentam maiores riscos de estresse ocupacional (ACHKAR, 2006). Por conseguinte, os profissionais que atuam em programas de residência multiprofissional em saúde também podem ter sua saúde afetada pelos fatores até aqui expostos.

Quando o estresse se torna prejudicial, afeta diretamente a qualidade de vida (LIPP; TANGANELLI, 2002). O estresse pode ter influência no estilo de vida de profissionais de saúde, podendo aumentar o risco para a obesidade nesta população (HADDAD; MARCON, 2011). A exposição a situações crônicas ou agudas de estresse pode induzir indivíduos ao consumo de substâncias como álcool e tabaco e até mesmo podem levar a distúrbios alimentares (TORRES; NOWSON, 2007).

O estilo de vida, por sua vez, é o conjunto de ações que são influenciadas ou inibidas pelo processo de socialização e reflete as atitudes e valores das pessoas (PORTES, 2011, NAHAS *et al.*, 2000). Os componentes determinantes do estilo de vida associado à saúde compreendem o nível de estresse, os hábitos alimentares, a prática de atividade física habitual, o comportamento preventivo e o não uso de drogas (NAHAS *et al.*, 2000).

Há estudos na literatura que demonstram que intervenções no Estilo de Vida são tão eficazes quanto às terapias médicas baseadas em evidências sobre a redução da mortalidade (FORD, 2007, DANAEI 2009). O estilo de vida está associado às doenças cardiovasculares, uma vez que os fatores de risco modificáveis relacionados ao estilo de vida respondem por grande parte de todas as mortes por doenças cardiovasculares no mundo (BOTREL *et al.*, 2000). Dentre os componentes do estilo de vida associados às doenças cardiovasculares destacam-se o tabagismo, a inatividade física, o consumo abusivo e/ou dependência de álcool e o consumo alimentar inadequado (WHO, 2009).

Os hábitos por sua vez, são formados pela repetição de certas ações. Depois que se aprende algo e se repete tal ação várias vezes (amarrar os sapatos ou escovar os dentes, por exemplo), o subconsciente passa a ser responsável por essa ação, não sendo mais preciso “pensar” para realizá-la, tornando-se, então, um hábito, por isso são tão difíceis de serem alterados (NAHAS *et al.*, 2000; FREITAS *et al.*, 2011; PITAS, 2010; VAZ; BENNEMANN, 2014).

Os profissionais da área da saúde devem estar atentos para identificar e atuar no controle desse ciclo de problemas configurados pelo sofrimento psíquico levando a um

comportamento de alimentação consolo, ou comer emocional. Essa forma de compensação pode provocar o excesso de peso que, por sua vez, gera mais sofrimento psíquico e pode contribuir para outros agravos à saúde (HADDAD; MARCON, 2011).

Considerando que o trabalho na área da saúde gera uma carga de estresse elevada (ACHKAR, 2006) que, por sua vez, pode influenciar o estilo de vida desses profissionais, podendo levar a mudanças na qualidade de vida, bem como ao ganho de peso. Avaliar o estilo de vida dos residentes multiprofissionais e verificar se há ganho de peso durante a residência pode ser importante para que se possa trabalhar na prevenção de hábitos maléficos à qualidade de vida nessa população.

Também poderá contribuir para mudanças nesses programas que garantam melhores condições de trabalho e aprendizagem, e principalmente a manutenção da saúde física e mental dos residentes, conseqüentemente, levando a maior qualidade e segurança do atendimento prestado aos pacientes.

2. QUESTÃO DE PESQUISA

Como se caracteriza ganho de peso, estilo de vida e hábitos alimentares em residentes da equipe multiprofissional em saúde?

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O TRABALHO EM SAÚDE E OS DESAFIOS DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo de atenção originado a partir da Reforma Sanitária Brasileira e consolidou-se como marco institucional na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986. Foi criado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, um sistema público de saúde pautado no princípio da universalidade, equidade e integralidade. Além de prover acesso a saúde às parcelas mais vulneráveis da população, o SUS atende a usuários de planos de saúde e de serviços privados quando estes necessitam de atenção de alta complexidade, a exemplo, os transplantes. Bem como, é responsável por ações de vigilância em saúde que alcançam a totalidade da população brasileira, como exemplo o PNI (Programa Nacional de Imunizações) (FERNANDES *et al.*, 2015; DUARTE; EBLER, 2018).

O trabalho em saúde é complexo, ainda mais se considerarmos a concepção ampliada de saúde, que por sua vez prevê a contextualização do indivíduo em seu ambiente e propõe o entendimento da multicausalidade dos processos de morbidade. Para que esse entendimento seja realizado se faz necessário uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. A atuação em equipe multiprofissional implica que os trabalhadores de diferentes profissões atuem coletivamente e compartilhem seus saberes tendo como objetivo a promoção da saúde (FERNANDES *et al.*, 2015; ARAÚJO; ROCHA, 2007; SCHRAIBER *et al.*, 1999).

O modelo de trabalho multiprofissional por si só, pode ser um produtor de conflitos. A autonomia é característica do trabalho médico, enquanto os demais trabalhadores permanecem em configurações de trabalho mais hierarquizadas, como a enfermagem, o serviço social, a psicologia, a fisioterapia e a nutrição. As relações de poder pressupõem níveis de subordinação e então surgem as insatisfações. Em diversas realidades, a assistência ainda acontece no modelo médico-centrado, com enfoque na doença e atenção fragmentada e contribuir para a quebra deste modelo de assistência é um dos maiores desafios do trabalho multiprofissional (MACEDO, 2007).

3.2 CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), promulgada a partir da Lei nº 11.129 de 2005 e orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada com a finalidade de reorientar os serviços e os atendimentos de acordo com as necessidades de saúde. São regulamentados como Pós-Graduação Lato Sensu e objetivam romper com os paradigmas em relação à formação de trabalhadores para o SUS e promover maior qualificação do trabalho neste cenário de atuação. Bem como, comprometimento com o cuidado, principalmente no que tange à integralidade, propiciando assim, mudanças necessárias no modelo técnico-assistencial. Esses programas como eixo de ensino-aprendizagem utilizam metodologias ativas e participativas visando atender às diretrizes e princípios do SUS (FERNANDES *et al.*, 2015; CASANOVA; 2017).

Partindo da compreensão de que as necessidades de saúde possuem uma expressão múltipla (social, psicológica, biológica e cultural), e que tanto o conhecimento quanto as intervenções sobre o processo saúde-doença fazem parte de um intenso processo de especialização, compreende-se que nenhum sujeito isolado pode realizar a totalidade das ações em saúde que são apresentadas por usuários individuais ou coletivos (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Segundo Pinho, a incorporação da especialização, somada à competência e habilidade técnica agregada a um conhecimento mais amplo, tem ajudado os profissionais de saúde a superar desafios e a romper concepções de saúde fragmentadas e isoladas. Esses profissionais passam a ter uma percepção mais abrangente, dinâmica, crítica, reflexiva e integrada à saúde (PINHO *et al.*, 2017). Apesar da importância do aperfeiçoamento após a formação, muitas instituições e profissionais demonstram resistência a essa prática (PINHO *et al.*, 2017).

Nas bases de instituição da RMS está presente a busca por uma formação interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes, mas mantém íntegra a particularidade de cada área profissional, e a realização desses saberes em práticas. Possibilita a socialização de conhecimentos e de linguagens no ato da formação e do próprio trabalho em saúde. Nesse sentido, a implementação e sustentação desta formação em serviço a partir da interdisciplinaridade é um dos desafios comuns a todas as RMS (SILVA *et al.*, 2018).

3.3 HÁBITOS ALIMENTARES, ESTILO DE VIDA E GANHO DE PESO E O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

O Estilo de Vida pode ser definido como o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização (PORTES, 2011). Pode ser entendido também como o conjunto de ações que reflete as atitudes e valores das pessoas (NAHAS *et al.*, 2000).

O hábito como costume guarda correspondência com a repetição de acontecimentos ou comportamentos em decorrência de algum mecanismo de ordem física, fisiológica, biológica ou social por meio do exercício aprendido e guardando tal similaridade entre si que permite certa previsibilidade para o futuro. Pascal, discutindo o papel do hábito na crença, dizia que “É o costume (coutumé) que torna as nossas provas mais sólidas e dignas de crédito: ele redobra o automatismo, que arrasta o intelecto sem que este se aperceba” (PENSÉES, nº252 apud SILVA *et al.*, 2017).

Segundo MATTHEWS (1999), para mudar certos hábitos, o seu consciente precisa tomar as decisões de mudar (cessar ou acrescentar), e agir, conscientemente, repetidas vezes, até que um novo hábito exista ou desapareça o que se quer eliminar. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida que o indivíduo traz consigo. Esses hábitos incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos alimentares e de exercício (USA, 2000; WHO, 2004).

Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas (SALLIS; OWEN, 1999).

Estudos demonstram que intervenções no Estilo de Vida são tão eficazes quanto as terapias médicas baseadas em evidências sobre a redução da mortalidade. A redução da mortalidade nos EUA atribuída às mudanças nos fatores de risco em função da melhora no Estilo de Vida e no ambiente alcançaram 44%, enquanto que aquelas relacionadas às terapias médicas alcançaram 47% (FORD *et al.*, 2007; DANAEI *et al.*, 2009). Entre os componentes do Estilo de Vida responsáveis pela redução da mortalidade se destacam, em ordem, a abstinência do tabagismo, redução da pressão arterial, redução do peso e prática de atividades físicas regulares, redução do sal na dieta, e aumento da ingestão de frutas e verduras (DANAEI *et al.*, 2009).

O comportamento alimentar é um dos principais componentes do estilo de vida e abrange não apenas a escolha dos alimentos em si, mas tudo que esteja relacionado à alimentação cotidiana e também por todas as razões que envolvem o consumo (ASSIS *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2013; LEÔNIDAS; SANTOS, 2011). Segundo Contento (2011), os fatores fisiológicos, cognitivo-motivacionais e ambientais são determinantes do comportamento alimentar. Outros autores afirmam que o comportamento alimentar é determinado por diversas influências, que incluem aspectos nutricionais, demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos de um indivíduo ou de uma coletividade (TORAL; SLATER, 2007; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2008; MAGALHÃES *et al.*, 2017; FORTES *et al.*, 2012; CARVALHO *et al.*, 2013).

A exposição a situações agudas ou crônicas de estresse pode modificar comportamentos, induzindo indivíduos ao desenvolvimento de distúrbios alimentares ou até mesmo consumo de álcool e tabaco (TORRES; NOWSON, 2007; LÓPES-LÓPES *et al.*, 2018). O estresse psicossocial no trabalho está relacionado à liberação de hormônios que podem levar ao comportamento de comer em excesso. Níveis de cortisol cronicamente elevados foram associados às mudanças fisiológicas e comportamentais, como a deposição central de gordura, resistência à insulina, dislipidemia, ansiedade e ao aumento do apetite (GRALLE, 2015).

O apetite é influenciado por uma série de fatores complexos, internos e externos, e, conseqüentemente, na quantidade e qualidade de alimentos ingeridos por seres humanos. Os fatores internos incluem mecanismos neurobiológicos que regulam o apetite. Muitos fatores

externos, como os aspectos socioeconômicos, podem influenciar a disponibilidade de alimentos e a escolha dos mesmos (POPKIN *et al.*, 2005).

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009) o excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-09. Já a obesidade cresceu mais de quatro vezes entre os homens, de 2,8% para 12,4% e mais de duas vezes entre as mulheres, de 8% para 16,9%. O estilo de vida sedentário da população brasileira associado ao padrão alimentar da sociedade moderna que se caracteriza por um alto consumo de gordura saturada, açúcares e ausência de fibras criaram condições ideais para o maior acúmulo de gordura, agravando a epidemia de sobrepeso e obesidade e, por conseguinte resultando no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011; ANDRADE, 2007; IBGE, 2010).

Há um Guia Alimentar para a população brasileira que ganhou destaque a nível mundial (BRASIL, 2014). Porém, segundo Gomes (2007) a maior parte da população brasileira não segue as recomendações propostas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, colocando em prática uma dieta desequilibrada.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar ganho de peso, estilo de vida e hábitos alimentares em residentes da equipe multiprofissional em saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para poder alcançar o objetivo geral, consideram-se os seguintes objetivos específicos:

- a) descrever características sociodemográficas e laborais da amostra;
- b) avaliar o ganho de peso entre residentes multiprofissionais em saúde;
- c) avaliar a atividade física entre residentes multiprofissionais em saúde;
- d) descrever hábitos de sono, lazer e tratamentos de saúde entre residentes multiprofissionais em saúde;
- e) avaliar o consumo alimentar entre residentes multiprofissionais em saúde.

5. METODOLOGIA

5.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O presente trabalho foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um hospital certificado pela Acreditação Internacional Joint Commission International e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

No HCPA, são ofertados dez programas de residência multiprofissionais: Adulto Crítico, Atenção Básica em Saúde, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Atenção Materno Infantil, Controle de Infecção Hospitalar, Onco-Hematologia, Saúde da Criança e Saúde Mental.

5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter observacional, quantitativo e prospectivo. Este estudo está aninhado ao estudo maior intitulado “Saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde”.

5.3 CRITÉRIOS

5.3.1 Critérios de Inclusão

Foi considerado como critério de inclusão ser residente multiprofissional do HCPA e ter ingressado na residência em 2018 e 2019 e estar matriculado como R1 ou R2 em algum dos programas: Adulto Crítico, Atenção Básica em Saúde, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Atenção Materno Infantil, Controle de Infecção Hospitalar, Onco-Hematologia, Saúde da Criança e Saúde Mental.

5.3.2 Critérios de Exclusão

Foram considerados critérios de exclusão: período de férias, atestado ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta dos dados. Também foram excluídas as residentes (n=4) que se propuseram a estudar a saúde dos residentes por meio do projeto maior já mencionado.

5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com os residentes multiprofissionais do HCPA de todos os programas totalizando 109 residentes. Os participantes do estudo foram profissionais das seguintes áreas: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, educação física e terapia ocupacional.

Foram convidados a participar do estudo todos os residentes (n=106) do primeiro e segundo ano (R1 e R2) matriculados em um dos programas de residência multiprofissional do HCPA. A amostra final foi constituída por 94 residentes, pois 12 residentes não tiveram interesse em participar do estudo.

5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a agosto de 2019 com R1 e R2. As informações que deram origem aos dados quantitativos da pesquisa (etapa quantitativa) foram provenientes da aplicação de um questionário fechado (ANEXO A) composto por:

- a) dados sócio laborais e de estilo de vida: construído pelas pesquisadoras, incluem variáveis como sexo, data de nascimento, situação conjugal, profissão, escolaridade, número de filhos, com quem reside, peso, qualidade do sono, entre outros.
- b) avaliação do consumo alimentar com percentual de consumo de doces, cereais integrais, arroz branco, leguminosas, leite, derivados do leite, frutas, verduras, oleaginosas, cafés com cafeína, produtos light/diet, *fast-food*, embutidos e bebidas adoçadas. Para que essa avaliação fosse possível foi usado um método de inquérito dietético. Para este estudo foi aplicado um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) validado para a população brasileira (HENN *et al.*, 2010). Além deste QFA foram aplicadas mais algumas questões desenvolvidas pelas pesquisadoras acerca

de alimentação e estilo de vida. Os alimentos pertencentes ao QFA foram separados em grupos alimentares e foi selecionado a frequência alimentar semanal que, por sua vez, foi estabelecida através de equivalências numéricas. Optou-se por fixar uma porção por semana com a intenção de facilitar a discussão dos dados obtidos em relação a outras populações.

- c) IPAQ short form (International Physical Activity Questionnaire short form): este instrumento foi projetado, desenvolvido e testado para uso em adultos para vigilância da atividade física em adultos (idade entre 15-69 anos). O IPAQ avalia a atividade física realizada em um conjunto abrangente de domínios, incluindo: atividade física de lazer, atividades domésticas e de jardinagem, atividades físicas relacionadas ao trabalho e atividades físicas relacionadas ao transporte. O IPAQ na sua forma curta questiona sobre 3 tipos específicos de atividades que são: caminhada, atividades de intensidade moderada e intensidade vigorosa. Neste questionário, há três níveis de atividade física propostos para classificar as populações: baixo, moderado e alto.

A coleta de dados com os residentes respeitou a disponibilidade e preferência dos mesmos.

5.6 ANÁLISES DE DADOS

Os dados mensurados foram digitados em planilha do Microsoft Excel e posteriormente analisados com auxílio do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), foram submetidos à estatística descritiva. Foi avaliada a distribuição das variáveis (submetidas ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis, valores de assimetria e curtose). Variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências relativas e absolutas. Variáveis numéricas foram apresentadas por meio de medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalos interquartílicos).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto respeita a Resolução nº466 de 2012 para pesquisa com seres humanos e será submetido à Plataforma Brasil (BRASIL, 2012). Cada residente voluntariamente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual foi garantido

anonimato, bem como participação voluntária e possibilidade de desistência a qualquer momento sem constrangimento. Todos os itens incluindo título, justificativas, objetivos, e possíveis riscos e benefícios foram descritos em linguagem clara. Como possíveis riscos mínimos se destacou o desconforto relacionado à aplicação dos questionários, não havendo conhecimento de qualquer outro risco relacionado. Como benefício, destacou-se a colaboração no projeto de pesquisa para obter-se conhecimento sobre a saúde dos residentes multiprofissionais.

O estudo maior ao qual esta pesquisa está aninhada foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

6. RESULTADOS

As características socio laborais da amostra (n=94) estão descritas na Tabela 1. Na amostra predominou o sexo feminino (89,4%), com mediana de idade de 26 anos (mínimo 22 e máximo 53). Em relação à cor da pele 78 dos residentes (83%) se autodeclararam de cor branca e 16 (17,1%) de cor parda ou negra. A maior parte dos residentes reside com a família (36%) e não possui companheiro (a). Quanto à escolaridade a média de anos estudados foi de 17,17 ($\pm 2,0$). Em relação a dias de ausência por motivos de saúde a mediana foi de 3 dias num intervalo que variou de zero a 120 dias do início da residência até o momento da coleta.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo características sociodemográficas e laborais

Variáveis	(n=94)
Sexo*	
Feminino	84 (89,4)
Masculino	10 (10,6)
Idade#	26 (22-53)
Cor da pele*	
Branca	78 (83,0)
Parda ou Negra	16 (17,1)
Reside com*	
Colega de apartamento ou amigo (a)	11 (12,8)
Companheiro (a)	22 (25,6)
Família	31 (36,0)

Sozinho (a)	22 (25,6)
Situação conjugal*	
Com companheiro (a)	30 (32,3)
Sem companheiro (a)	63 (67,7)
Escolaridade (em anos de estudo)±	17,17 (± 2,0)
Ano da residência*	
Residente do primeiro ano	49 (52,7)
Residente do segundo ano	44 (47,3)
Programa de residência*	
Adulto Crítico	10 (10,6)
Atenção Básica em Saúde	4 (4,3)
Atenção Cardiovascular	5 (5,3)
Atenção Integral ao Paciente Cirúrgico	10 (10,6)
Atenção Integral ao Usuário de Drogas	12 (12,8)
Atenção Materno Infantil	12 (12,8)
Controle de Infecção Hospitalar	3 (3,2)
Onc-Hematologia	8 (8,5)
Saúde da Criança	25 (26,6)
Saúde Mental	5 (5,3)
Categoria Profissional*	
Assistente Social	14 (14,9)
Enfermeiro (a)	14 (14,9)
Farmacêutico (a)	8 (8,5)
Fisioterapeuta	10 (10,6)
Nutricionista	17 (18,1)
Psicólogo (a)	16 (17,0)
Professor (a) de Educação Física	8 (8,5)
Fonoaudiólogo (a)	5 (5,3)
Terapeuta Ocupacional	2 (2,1)
Dias ausentes#	3 (0-120)

*: percentual; #: mediana (mínimo-máximo); ±: média e desvio padrão.

As características antropométricas da amostra estão listadas na Tabela 2. Os dados de peso e altura foram informados pelos residentes, sendo encontrado que a mediana de peso foi

de 63 kg, com o menor peso informado de 43 kg e o máximo de 110 kg. Evidencia-se que 76 residentes (80,9%) tiveram alteração de peso, destes 62 residentes (66%) aumentaram de peso. A mediana de ganho de peso foi de 4 kg com um ganho de peso mínimo de 1 kg e máximo de 30 kg. Foi observado que 15 residentes (16%) tiveram redução de peso. A média de redução de peso foi de (2,53 kg \pm 1,25 kg). Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), a mediana de IMC observada foi de 23 kg/m², com um IMC mínimo de 18,1 kg/m² e máximo de 42,7 kg/m².

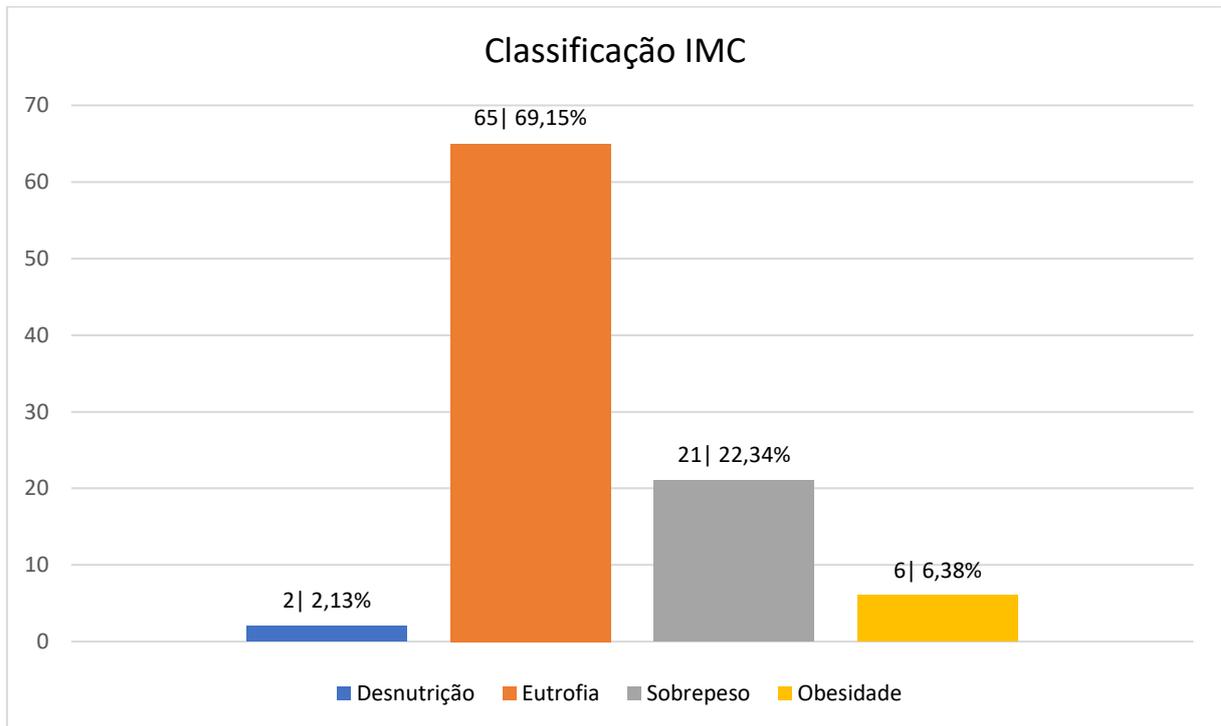
Tabela 2: Características antropométricas da amostra

Variável	N(%)	Média/Mediana (dp/min-max)
Peso (kg)		63 (43-110)
Alteração de Peso		
Sim	76 (80,9)	
Não	18 (19,1)	
Aumento de peso (kg)	62 (66)	4 (1-30)
Redução de peso (kg)	15 (16)	2,53 \pm 1,25
IMC (kg/m²)		23 (18,1–42,7)

*IMC: Índice de Massa Corporal.

Podemos observar na Figura 1, que de acordo com a classificação do IMC 69,2% dos residentes se encontravam em eutrofia, ou seja, com um peso adequado para a estatura.

Figura 1: Distribuição da amostra conforme classificação do IMC



Classificação IMC: Desnutrição (<18,5 kg/m²); Eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m²); Sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²); Obesidade (>30 kg/m²)

As características da amostra relacionadas ao estilo de vida estão descritas na Tabela 3. Em relação à influência da residência na alteração de peso 78,7% dos residentes referiram que a residência teve algum grau de influência no ganho de peso. Dentre os motivos citados pelos residentes que observaram influência da residência no seu ganho de peso pode-se destacar ansiedade e/ou estresse, falta de tempo para hábitos saudáveis e alteração de apetite.

A mediana de dias de lazer foi de dois dias por semana. Já a mediana de horas de sono foi de 6 horas/dia, com uma duração de sono mínima de 4 e máxima de 9 horas. Foi observado que a maior parte dos residentes possui uma qualidade do sono ruim (53 residentes), sendo que 27 classificaram sua qualidade do sono como boa e 14 como razoável. Em relação a tratamento de saúde 55,3% dos residentes referiu fazer algum tipo de tratamento de saúde.

Em relação à classificação do nível de atividade física semanal dos residentes houve predominância de um nível de atividade física moderado com 58 residentes classificados nesta categoria.

Tabela 3: Características da amostra relacionadas ao estilo de vida

Variáveis	(n=94)
Influência Residência na alteração de peso*	
Nada	20 (21,3%)
Um pouco	41 (43,6%)
Muito	33 (35,1%)
Como?*	
Ansiedade e/ou estresse	20 (21,3%)
Falta de tempo para hábitos saudáveis	17 (18,1%)
Alteração de apetite	13 (13,8%)
Mudança na escolha dos alimentos	6 (6,4%)
Mais de 1 das alternativas	9 (9,6%)
Outros motivos	6 (6,4%)
Lazer#	2 (0-7)
Horas de sono#	6 (4-9)
Qualidade do sono*	
Boa	27 (28,7%)
Razoável	14 (14,9%)
Ruim	53 (56,4%)
Tratamento de Saúde*	
Sim	52 (55,3%)
Não	42 (44,7%)
Atividade Física frequente	
Sim	39 (41,5%)
Não	55 (58,5%)
Nível de Atividade Física*	
Baixo	22 (23,4%)
Moderado	58 (61,7%)
Alto	14 (14,9%)

*: percentual; #: mediana (mínimo-máximo); ±: média e desvio padrão.

Tabela 4 – Consumo Alimentar dos residentes por grupo alimentar

Grupo de Alimentos consumidos por vezes na semana	n%
≥ 3 doces	93,6
≥ 5 cereais integrais	77,7
≥ 5 arroz branco	40,4
≥ 5 leguminosas	66
≥ 7 leite	48,9
≥ 7 derivados do leite	74,5
≥ 7 frutas	74,5
≥ 5 verduras	98,9
≥ 2 oleaginosas/nozes e castanhas	45,6
≥ 5 cafés (c/ cafeína)	67
≥ 3 diet/light	36,2
≥ 1 <i>fast-food</i>	48,9
≥ 3 embutidos	43,6
≥ 3 bebidas adoçadas	30,9

Nota - Os grupos de alimentos foram compostos pelos seguintes itens: Doces (cuca; bolo; bolacha doce e/ou recheada; chocolate em barra e bombom; brigadeiro e/ou doces com chocolate; sobremesas como pudim, ambrosia, doce de leite, arroz de leite e flan; sorvete; tortas; fruta em calda; guloseimas, paçoquinha, rapadurinha, maria-mole; e bala e chiclete. Cereais integrais (pão integral, arroz integral, barra de cereal; aveia, germe de trigo e granola). Leguminosas (feijão e lentilha; grão de bico). Derivados do leite (iogurte integral; iogurte desnatado; requeijão normal; requeijão light; queijos amarelos como muçarela, lanche, colonial; queijos brancos como ricota e minas; nata). Cafés com cafeína (café preto passado; café expresso; café solúvel; e capuccino). *Fast-food* (batata-frita; cachorro-quente e xis). Embutidos (mortadela, salame, morcilha, presunto gordo; peito de peru, chester e presunto magro; bacon; linguiça, salsichão; salsicha).

A Tabela 4 apresenta os dados de consumo alimentar dos residentes. Foi observado um alto consumo de doces como bolos, chocolate, torta, cuca, brigadeiro, bombom, com 93,6% dos residentes consumindo uma frequência semanal maior ou igual a 3x na semana. Evidenciou-se um baixo consumo de leite entre os residentes com apenas 49% dos residentes afirmando consumir numa frequência maior ou igual a sete vezes na semana. Porém o consumo de derivados do leite como manteiga, queijo e iogurte ≥ 7 vezes na semana foi de 74,5% dos residentes. O consumo relatado de frutas $\geq a 7$ vezes na semana também foi de 74,5% da amostra. Foi observado um alto consumo de verduras, pois 99% dos residentes apresentaram uma frequência de consumo $\geq a 5$ vezes na semana. O consumo de embutidos como salame, presunto, bacon 3 vezes ou mais na semana foi relatado por 43,6% dos residentes.

7. DISCUSSÃO

Foi observado um predomínio de residentes mulheres (89,4%), mediana de idade de 26 anos e sem companheiro(a) (67,7%). Tais resultados vão de encontro ao observado em outro estudo com 37 residentes multiprofissionais sendo 83,78% da amostra composta por mulheres, solteiras (81%), na faixa etária entre 25 a 29 anos (51,35%), com idade média de 26,29 anos (GOULART *et al.*, 2012). A profissionalização feminina ocorreu no final do século XIX e estava relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, profissões vinculadas ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidas como vocação. A entrada feminina nas instituições de ensino superior está relacionada ao 'boom' ocorrido a partir da década de setenta, cujo impacto no campo do trabalho é, ainda, pouco dimensionado no estudo das profissões.

Haddad *et al.* (2010) analisou 14 cursos de graduação na área da saúde, no período de 1991 a 2008 e destacou a predominância feminina em 13 cursos. Neste estudo foi observada uma prevalência feminina de 90% entre os estudantes de serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia e nutrição. Há estudos evidenciando a predominância de mulheres formadas em odontologia, uma profissão anteriormente predominantemente masculina (HADDAD *et al.*, 2010; COSTA *et al.*, 2010; MOIMAZ *et al.*, 2003). Desta forma, os resultados do presente estudo vão ao encontro da literatura, a qual evidencia a feminização da força de trabalho no setor da saúde (COSTA *et al.*, 2010).

Evidenciou-se que a maior parte dos residentes (69,2%) se encontra em uma faixa de peso dentro do que é considerado normal, com uma mediana de IMC analisada em 23 kg/m². Em relação a prevalência de sobrepeso e obesidade, foi verificado que 22,34% apresentavam sobrepeso e 6,31% se encontravam na faixa de obesidade. Porém foi observada a predominância de ganho de peso durante o período da residência, 66% relatou ter ganhado peso até o período estudado, com uma mediana de 4 kg, com ganho de peso mínimo de 1 kg e máximo de 30 kg. Em um estudo de revisão que avaliou vários estudos com estudantes de medicina, observou ganho de peso durante o curso de Medicina e excesso de peso entre os estudantes superior ao encontrado em estudos epidemiológicos (MOTA *et al.*, 2012). O estudo de Lessa e Montenegro avaliou 104 acadêmicos do primeiro ao sexto ano do curso de Medicina. Foi observado uma elevada incidência de excesso de peso : 18,75% (n =3) no primeiro ano; 47,4% (n = 9) no segundo; 52,6% (n = 10) no terceiro; 65% (n = 13) no quarto; 66,7% (n = 8) no quinto; e 83,3% (n = 15) no sexto ano. Segundo os investigadores, estes

resultados podem estar relacionados a sedentarismo e alimentação inadequada (LESSA; MONTENEGRO, 2008). Um estudo transversal com estudantes de enfermagem verificou a prevalência de sobrepeso e obesidade dos trabalhadores noturnos da área da enfermagem, onde 38,08% dos pesquisados apresentaram sobrepeso e 21,42% foram classificados em Obesidade Grau I (FERRACINI, 2018).

Acerca disso, cabe considerar que atualmente há o predomínio da dieta chamada de ocidental, rica em alimentos industrializados com excesso de gorduras, açúcares e alimentos refinados, com alta densidade energética e com quantidades reduzidas de carboidratos complexos e alimentos vegetais (CARLUCCI *et al.*, 2013; WHO, 2003; POPKIN; ADAIR; NG, 2012).

A ocorrência da desnutrição em crianças e adultos foi reduzida num ritmo bem acelerado nas últimas três décadas e hoje é observada a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país (FILHO; RISSIN, 2003).

Em estudo epidemiológico para a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) foi observado que na camada populacional com idade entre 18 e 24 anos, 37,3% dos homens e 24,9% das mulheres apresentaram excesso de peso. Já entre os adultos de 25 a 34 anos, o percentual de excesso de peso atingiu 48,9% e 36% de homens e mulheres, respectivamente. No conjunto da população adulta das 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 51 %, sendo maior entre homens (54, 5%) do que entre mulheres (48,1%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade até os 54 anos em ambos os sexos (VIGITEL, 2012).

Em relação à influência que a residência pode ter tido na alteração de peso, a maior parte dos residentes 43,6% referiu ter um pouco de influência, 35,1% muita influência e 21,3% nenhuma. Os residentes que afirmaram que a residência teve influência na alteração de peso foram questionados acerca de como a residência pode ter influência no ganho ou perda de peso. Entre os motivos mais citados estão ansiedade e estresse referidos por 21,3%, falta de tempo para hábitos saudáveis 18,1% e alteração do apetite 13,8% dos residentes. Segundo Achkar, os profissionais da área da saúde enfrentam maiores riscos de estresse ocupacional. Haddad e Marcon em 2011 alertaram que o estresse pode interferir no estilo de vida de profissionais de saúde podendo, dessa forma, aumentar o risco de obesidade nessa população. Conviver com o sofrimento psíquico pode levar a um comportamento compensatório conhecido como comer emocional, que, por sua vez pode gerar excesso de peso, gerando

assim mais sofrimento psíquico, bem como pode contribuir para outros agravos à saúde (ACHKAR, 2006; HADDAD; MARCON, 2011).

De acordo com Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desenvolvimento. Podendo tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. O ato de comer é justificado pelos obesos como um modo de diminuir a ansiedade, levando a um ganho de peso proporcional à frequência de ocorrência de episódios de ansiedade (CAPITÃO; TELLO, 2004).

Atualmente há predominância da inatividade física na população brasileira (FERREIRA; NAJAR, 2005). No presente estudo houve predominância de residentes classificados com um nível de atividade física moderado 61,7%, porém com um percentual considerável de residentes sedentários 23,4%. Além disso, apenas 41,5% dos residentes afirmaram realizar atividade física com frequência. Em um estudo transversal com 40 residentes multiprofissionais de uma universidade pública, 45,24% foram classificados como insuficientemente ativos, 28,57% ativos, 23,81% muito ativos e 2,38% sedentários (ROCHA et al., 2018). O estudo de Lessa e Montenegro (2008) com estudantes de medicina identificou que 64,4% não praticavam nenhum tipo de atividade física regularmente.

Dados da pesquisa populacional do Vigitel demonstraram que 14,4% da população jovem adulta, com idade entre 18 e 24 anos, é considerada sedentária. Na faixa de 25 a 39 anos a faixa de inatividade física é um pouco menor 11,8% (VIGITEL, 2012). Por conseguinte, o nível de inatividade física na população do atual estudo é bem importante e pode ter contribuído para o predominante ganho de peso entre os residentes.

Essas mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida estão associadas com o aumento do sobrepeso e obesidade na população mundial (WHO, 2003). Diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cânceres são algumas das comorbidades associadas ao excesso de peso e que prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos (APOVIAN, 2016; GUH et al., 2009; CARLUCCI et al., 2013).

A respeito do sono dos residentes, a mediana de horas de sono observada em nosso estudo foi de 6 horas, portanto abaixo do considerado saudável. Mas também a qualidade do sono foi relatada como ruim por 56,4% dos residentes. Um estudo transversal com 410 estudantes de medicina de uma universidade do Sul do Brasil identificou a média de $6,8 \pm 0,9$ horas de sono nos dias de semana e de $8,3 \pm 1,4$ horas nos fins de semana de ($p < 0,05$). Estes resultados indicam uma privação do sono nos dias de semana e uma tentativa de compensar a

escassez de sono nos fins de semana. Embora o sono seja uma função biológica fundamental na manutenção fisiológica do organismo, a restrição crônica de sono é cada vez mais comum nas sociedades industrializadas. As perturbações na dinâmica do sono podem expor estes indivíduos a diversos transtornos, entre eles: alterações cognitivas; dificuldade de aprendizado e de memorização e falta de motivação; e, com frequência, causam irritabilidade, ansiedade e depressão (YEUNG; CHUNG; CHAN, 2008; PAPP *et al.*, 2004; VEASEY *et al.*, 2002; ROSEN *et al.*, 2006). Estudos têm destacado a importância do sono no controle do peso e na liberação de hormônios que atuam no controle da ingestão alimentar, aspectos ainda não investigados entre residentes multiprofissionais (MOTA *et al.*, 2012).

O débito ou restrição do sono está relacionado à alteração do comportamento alimentar, com aumento de apetite, desejo por alimentos mais calóricos, dessa forma contribuindo para o ganho de peso, e o desenvolvimento de doenças como diabetes mellitus tipo II e dislipidemias. Bem como, há evidências na literatura que o tempo de sono está correlacionado à prevalência de obesidade em diferentes populações. Dentre os mecanismos que explicam essas associações estão relacionados, entre outros fatores, neuropeptídeos, que atuam no controle da fome e saciedade, especialmente nos níveis dos hormônios leptina e grelina, que são modificados quando o tempo de sono é encurtado (TAHERI, 2006; CRISPIM *et al.*, 2007; LEPROULT; CAULTER, 2010; SPIEGEL *et al.*, 2009; CRISPIM *et al.*, 2007).

Além dos aspectos mencionados, destaca-se que os hábitos alimentares têm grande influência sob o ganho de peso e estilo de vida. Acerca do consumo alimentar, os achados mostraram que houve um elevado consumo de doces em 93,6% dos residentes. Segundo Unusan (2006) a alta ingestão de doces e comidas gordurosas e menor ingestão de frutas e vegetais em períodos de maior atividade acadêmica é proporcional ao nível de estresse do estudante (UNUSAN, 2006). Bem como pode ser reflexo da falta de tempo para preparar ou se deslocar a restaurantes para realizar refeições completas ou até mesmo uma compulsão alimentar resultante da ansiedade e do cansaço físico e mental (VIEIRA *et al.*, 2002).

Foi observado um baixo consumo de leite, pois apenas 48,9% dos residentes apresentaram uma ingestão adequada, o que vai de encontro com o estudo de Alves e Boog (2007), o qual verificou que 39% das estudantes entrevistadas não apresentaram consumo nas últimas 24 horas. Na população brasileira, em 2012, 53,8% dos adultos consumia leite diariamente (VIGITEL, 2012). Porém, no presente estudo, 74,5% dos residentes referiram um consumo diário de derivados do leite. O consumo adequado dos produtos lácteos é fundamental, uma vez que esse grupo alimentar é a principal fonte de cálcio e é rico em proteínas de alto valor biológico (MONTEIRO *et al.*, 2009).

A frequência de consumo de leguminosas maior ou igual a cinco vezes na semana entre os residentes foi semelhante a encontrada na população brasileira (66 e 67,5% respectivamente) (VIGITEL, 2012).

Um ponto positivo a ser destacado no perfil de consumo alimentar desta população é em relação à ingestão de verduras e hortaliças, uma vez que 98,9% dos residentes consome esse grupo alimentar diariamente. No Brasil, somente 18,9% dos 54.367 entrevistados consumiam a quantidade recomendada de frutas e hortaliças (cinco porções por dia) (VIGITEL, 2012). Podemos ressaltar com esse achado a importância da presença do refeitório do hospital com oferta de alimentação saudável no dia-a-dia dos residentes estudados.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os achados deste estudo é possível destacar o ganho de peso apresentado pelos residentes durante o período de residência, que como vimos ao longo da discussão pode ser explicado pelo consumo excessivo de doces que possuem elevada densidade energética causada pelo estresse e ansiedade, pela falta de atividade física regular, pela falta de horas de sono e pela falta de qualidade do mesmo.

Apesar das dificuldades metodológicas em se avaliar o perfil do consumo alimentar devido à complexidade e alta variabilidade da dieta, foi possível verificar que o consumo de verduras foi um ponto bastante positivo em relação aos hábitos alimentares dos residentes. Por conseguinte, se mostra relevante a presença de um refeitório onde os residentes podem realizar as refeições principais durante sua jornada diária que oferece uma alimentação balanceada.

Os objetivos propostos foram alcançados e este estudo serviu como um diagnóstico da condição atual dessa população de residentes acerca de hábitos alimentares, atividade física, e outras questões relacionadas ao estilo de vida. Através dessa caracterização dos residentes será possível identificar ações com foco na melhora das condições atuais de saúde dos residentes. Dessa forma faz-se necessário a adoção de estratégias educativas que enfatizem a importância da alimentação saudável e atividade física para prevenção de agravos à saúde futura.

Como limitações do estudo, poderia ter sido criado um instrumento para avaliação de o perfil alimentar, pois com o uso do QFA como inquérito alimentar houve dificuldade tanto dos participantes do estudo para responder, quanto para a pesquisadora analisar os dados

obtidos. Pode-se citar também que a pesquisadora, por fazer parte da população estudada, não pode entrevistar os participantes, logo estudantes do Curso de Enfermagem da UFRGS realizaram a coleta e não possuíam experiência com a aplicação da ferramenta. Outro ponto limitante a ser destacado foi o fato de informações como peso, ganho e perda de peso terem sido auto referidas pelos participantes.

Pelo exposto até aqui, este trabalho se mostrou relevante, por haver poucos estudos na literatura envolvendo o tema, mas nenhum com todas as variáveis analisadas. Logo, se faz necessário mais estudos com residentes multiprofissionais que abordem hábitos alimentares, atividade física, entre outras características relevantes para que se possam realizar comparações adequadas e que seja possível criar estratégias que possam ser usadas na prática.

REFERÊNCIAS

- ACHKAR, T. **Síndrome de burnout**: Repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 2006.
- AGÊNCIA EUROPÉIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - ESENER, 2009. Disponível em: https://osha.europa.eu/en/tools-andpublications/publications/reports/esener1_osh_management. Acesso em: 18 jan. 2019.
- ALVES, H.; BOOG, M. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 197-204, 2007.
- ANDRADE, L; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 1998; 25 (6), 285–290.
- ANDRADE, S. **Índice de qualidade da dieta e seus fatores associados em adolescentes do Estado de São Paulo**. 2007. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-19032008-154825/pt-br.php>. Acesso em: 18 dez. 2018.
- APOVIAN, C. Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. **The American Journal Of Managed Care**, [s.l.], v. 22, n. 7, p.176-185, jun. 2016. Disponível em: <http://www.ajmc.com/journals/supplement/2016/impact-obesity-interventionsmanaged-care/obesity-definition-comorbidities-causes-burden/P-1>. Acesso em: 01 dez. 2019.
- ASAIAG, P; PEROTTA, B; MARTINS, M; TEMPSKI, P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. **Rev. bras. educ. med. [online]**. 2010, vol.34, n.3, pp.422-429. ISSN 0100-5502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300012>. Acesso em: 16 jan. 2019.
- ASSIS, M. et al. Avaliação do conhecimento nutricional e comportamento alimentar após educação alimentar e nutricional em adolescentes de juiz de fora. **HU Revista**. Juiz de Fora, Minas Gerais, v. 40, n. 3 e 4, p. 135-143, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2435> . Acesso em: 15 jan 2019.
- BOTREL, T.; COSTA, R; COSTA, M.; COSTA, A. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. **Rev. Bras. Clin. Ter**; v.26, n.3, p:87-90, maio 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&ase=ADOLEC&lang=p&extAction=lnk&exprSearch=303754&indexSearch=ID>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar Para a População Brasileira**. 2ª Edição. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>. Acesso em: 05 jan 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel Brasil)**. Brasília, DF; 2008. [capturado 20 set. 2010].

Disponível em:

http://portal.saude.gov/portal/arquivos/pdf/excesso_peso_obesidade_16_8_10.pdf. Acesso em: 25 de nov. 2019.

CARLUCCI, E. et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**. 2013; 24(4): 375-384. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=755198&indexSearch=ID>. Acesso em: 30 nov. 2019.

CARVALHO, C. N. et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr.**, 2013.

CARVALHO, P et al. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada, insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **J Bras Psiquiatr.** 2013; 62(2):108-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000200003 Acesso em: 12 jan 2019.

CASANOVA, I; BATISTA, N; MORENO, L. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu) [online]**. 2018, vol.22, suppl.1, pp.1325-1337. Epub July 10, 2018. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CONTENTO, I. An overview of nutrition education: Facilitating why and how to take action. In: CONTENTO, I. Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice. Boston: **Jones and Bartlett Publishers**, 2011.

COSTA, S; DURÃES, S; ABREU, M. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1865-1873, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1865-1873/pt>. Acesso em: 29 nov. 2019.

CAPITAO, C; TELLO, R. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. **Psicol. hosp. (São Paulo) [online]**. 2004, vol.2, n.2, pp. 0-0. ISSN 2175-3547. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092004000200002. Acesso em: 01 dez. 2019.

CRISPIM C. A. et al. The influence of sleep and sleep loss upon food intake and metabolism. **Nutrition Res Rev.** 2007; 20(1): 195-212.

CRISPIM C. A. et al. Relação entre Sono e Obesidade: uma Revisão da Literatura. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2007; 1(7):1041-49.

DANAEI G. et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. **PLoS Med**, 2009;6:e1000058. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000058>. Acesso em: 15 jan 2019.

FERNANDES Marcelo N.S. et al. Sofrimento e Prazer no Processo de Formação de Residentes Multiprofissionais em Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36(4), p. 90-97, dez./2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50300>. Acesso em: 5 jan. 2019.

FERRACINI, D. Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores noturnos estudantes de enfermagem. **Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Nutrição**. 2018. Disponível em: <http://192.168.0.4:8080/xmlui/handle/123456789/55>. Acesso em: 30 nov. 2019.

FERREIRA, M; NAJAR, A. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10: 207-219, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2005.v10suppl0/207-219/>. Acesso em: 30 nov. 2019.

FILHO, M; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (v. 1): 181-191, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700019>. Acesso em: 29 nov. 2019.

FILHO, N; SOUZA, A. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017000100063&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2019.

FORD, E. et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. **N Engl J Med**, 2007; 356:2388-98. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17554120>. Acesso em: 8 jan 2019.

FORTES, L. et al. Comportamento alimentar inadequado e insatisfação corporal em jovens nadadores em função de variáveis sociodemográficas. **Psicol. teor. prat.**, v.14, n.3, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872012000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jan 2019.

FREITAS, M; MINAYO, M; FONTES, G. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Cienc Saúde Col.**; 16(1):31-8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100008. Acesso em: 10 jan 2019.

GOMES, A. **Alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde: um estudo local entre mulheres adultas**. 2007. 106f. Tese (Doutorado em nutrição) – PRONUT, Universidade de São Paulo, São Paulo, set. 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/89/89131/tde-26102007-145616/pt-br.php>. Acesso em: 15 jan 2019.

GOULART, C; SILVA, R; BOLZAN, M; GUIDO, L. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev Rene**. 2012;13(1):178-86.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980020.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

GRALLE, A. **Associação entre estresse psicossocial no trabalho e compulsão alimentar: resultados da linha de base do ELSA-Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13470/1/16.pdf>. Acesso em: 18 jan 2019.

GUH, D et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 9. 25 mar. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667420/pdf/1471-2458-9-88.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

GUIDO, L.A et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev Esc Enferm USP**. 2012; 46: 1477-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/27.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2019.

HADDAD, A et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2010, vol.44, n.3, pp.383-393. Epub May 21, 2010. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>. Acesso em: 30 nov. 2019.

HADDAD, M; MARCON, S. Acupuntura e apetite de trabalhadores obesos de um hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, 24(5):676-82, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3070/307023877013/>. Acesso em: 15 jan 2019.

HENN, R. et al. Desenvolvimento e validação de um questionário de frequência alimentar (QFA-Porto Alegre) para a população de adolescentes, adultos e idosos do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(11):2068-2079, nov, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001100008. Acesso em: 29 jan 2019.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Brasília, DF: POF, 2008-2009. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>. Acesso em: 10 jan 2018.

LEÔNIDAS, C; SANTOS, M. Imagem Corporal e Hábitos Alimentares na Anorexia Nervosa: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Psicol Refl Crít**. 2011; 25(3):550-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300015. Acesso em: 15 jan 2019.

LEPROULT, R; VAN, C. Role of sleep and sleep loss in hormonal release and metabolism. **Endocr Dev**. 2010;17(1):11-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19955752>. Acesso em: 30 nov. 2019.

LESSA, S.; MONTENEGRO, A. Avaliação da prevalência de sobrepeso, do perfil nutricional e do nível de atividade física nos estudantes de Medicina da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Maceió, v. 6, n. 3, p. 90-93, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=494025&indexSearch=ID. Acesso em: 30 nov. 2019.

LIMA F.D. Et al. Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia. **Rev Bras Educ Med.** 2007; 31: 137-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200004>. Acesso em: 05 jan. 2019.

LIPP, M.; TANGANELLI, M. Stress e Qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002; 15(3), 537-584. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722002000300008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2019.

LÓPEZ-LÓPEZ, M. et al. Risk factors for mental workload: influence of the working environment, cardiovascular health and lifestyle: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 8., 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/12/e022255>. Acesso em: 18 jan 2019.

MACEDO, P. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Rev. SBPH**, v.10 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200005. Acesso em: 20 mai. 2019.

MAGALHÃES, G.; SILVA, T.; SANTOS, A. Avaliação antropométrica e comportamento alimentar de usuários de um ambulatório de nutrição. **R. Interd.** v. 10, n. 1, p. 94-102, jan. fev. mar. 2017. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1056>. Acesso em: 12 jan 2019.

MONTEIRO, M. et al. Hábito e consumo alimentar de estudantes do sexo feminino dos cursos de Nutrição e de Enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 271-277, jul./set. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555349&indexSearch=ID>. Aceso em: 01 dez. 2019.

MATTHEWS, S. Habits – making or breaking them. **AOL Online Campus Teacher**, 1999.

MOIMAZ, S; SALIBA, N; BASSO, M. A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba - SP. **J. Appl. Oral Sci. [online]**. 2003, vol.11, n.4, pp.301-305. ISSN 1678-7757. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572003000400005>. Acesso em: 29 nov. 2019.

MOREIRA, A. et al. Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Ribeirão Preto [Online]**,2016; 49(5):393-402D402 Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/125587/122531>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MOTA, M. et al. Estilo de Vida e Formação Médica: Impacto sobre o Perfil Nutricional. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, MG, Brasil. **Revista Brasileira de**

- Educação Médica** 36 (3) : 358 – 368 ; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/10.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2019.
- NAHAS, M; BARROS, M; FRANCALACCI, V. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48 – 58, 2000. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1002> Acesso em: 20 dez. 2018.
- PAPP, K. et al. The Effects of Sleep Loss and Fatigue on Resident–Physicians: A Multi-Institutional, Mixed-Method Study. **Acad Med**. 2004; 79(5): 394-406. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15107278>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- PINHO L; GARCIA V; NOGUEIRA-MARTINS M. Implementação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, p. 19 (2), p. 106-114, abr./jun 2017.
- PITAS, M. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Serviços de Saúde Pública: Faculdade de Saúde Pública**; 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-10012011-162459/en.php>. Acesso em: 15 jan 2019.
- POPKIN, B.; DUFFEY, K.; GORDON-LARSEN, P. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. **Physiol Behav**; 86:603-13, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16246381>. Acesso em: 20 dez. 2018.
- POPKIN, B; ADAIR, L; NG, S. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. **Nutrition Reviews**, [s.l.], v. 70, n. 1, p.3-21, jan. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22221213>. Acesso em: 20 dez. 2018.
- PORTES, L. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. **Lifestyle Journal**, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/128>. Acesso em: 12 jan 2019
- ROSEN, I. M. et al. Evolution of Sleep Quantity, Sleep Deprivation, Mood Disturbances, Empathy, and Burnout among Interns. **Acad Med**. 2006; 81(1):82-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16377826>. Acesso em: 29 nov. 2019.
- SALLIS, J.; OWEN, N. Physical activity and behavioral medicine. **Sage Publications**, 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452233765>. Acesso em 25 jan. 2019.
- SANCHES, V. et al. Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01022015>. Acesso em: 06 jan. 2019.
- SCHRAIBER, L. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.
- SILVA, I; PAIS-RIBEIRO, J; CARDOSO, H. Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da seleção alimentar. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 2008, 9 (2),

p. 189-208. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SPIEGEL, K. et al. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. **Nat Rev Endocrinol.** 2009;5(5):253-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19444258>. Acesso em: 01 dez. 2019.

TAHERI, S. The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. **Arch Dis Child.** 2006;91:881-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17056861>. Acesso em: 30 nov. 2019.

TORAL, S.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Cienc Saúde Col.** 12(6): 1641-50, 2007 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000600025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 jan 2019.

TORRES, S; NOWSON, C. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. **Nutrition;** 23:887-94, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17869482>. Acesso em: 15 jan. 2019.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Healthy People 2010: Understanding and Improving Health.** 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_general_data_issues.pdf. Acesso em: 8 jan. 2019.

VASCONCELOS, F; BATISTA FILHO, M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva;** v.16, n.1, p.81-90, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100012. Acesso em: 10 jan. 2019.

VAZ, D. S. S.; BENNEMANN, R. S. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Revista UNINGÁ Review*, v. 20, n. 1, p. 108-112, 2014. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557/1168>. Acesso em: 15 jan. 2019.

VEASEY, S. et al. Sleep Loss and Fatigue in Residency Training. **JAMA.** 2002; 288(9):1116-24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12204082>. Acesso em: 01 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A glossary of terms for community health care and services for older persons. **WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report**, volume 5, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. **World Health Organization technical report series**, Geneva, v. 916, n.5, p.1-149, 2003.

YEUNG, W.F.; CHUNG, K.F.; CHAN, T.C. Sleep-wake habits, excessive daytime sleepiness and academic performance among medical students in Hong Kong. **BRHM.** 2008; 39(4):

369-77. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09291010701425124>.
Acesso em: 29 nov. 2019.

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Saúde Psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

Pesquisadora Responsável (orientadora): Prof^a. Dra. Daiane Dal Pai Tel: (51) 98412.4620

E-mail: daiane.dalpai@gmail.com

Pesquisadoras Assistentes:

Alessandra Ibanez da Rosa Tel.: (51) 93498447 E-mail: airosa@hcpa.edu.br

Bruna Crestani Tonding Tel.: (51) 991107977 E-mail: btonding@hcpa.edu.br

Lidiellen Eich Tel.: (51) 986116438 E-mail: leich@hcpa.edu.br

Raquel Lautenchleger Tel.: (55) 996065986 E-mail: rlautenchleger@hcpa.edu.br

Prezado (a) estamos desenvolvendo a presente pesquisa intitulada “SAÚDE PSÍQUICA, ESTILO DE VIDA E USO DE MEDICAMENTOS: IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS”, que tem como objetivo analisar as implicações da saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos na qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde. Para tanto, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do estudo de forma voluntária. A sua participação consta em responder a um questionário com perguntas objetivas e, se você for sorteado, a também responder a uma entrevista semiestruturada com gravação em áudio. Esses procedimentos serão realizados em local e horário de sua preferência e disponibilidade, sendo estimado o tempo de quarenta minutos.

A sua participação não gera custo e possui riscos mínimos, os quais estão relacionados a possíveis lembranças ou sentimentos desconfortáveis que possam surgir durante preenchimento do questionário e/ou da entrevista. Possíveis constrangimentos poderão ser minimizados pela explicitação dos objetivos e benefícios do estudo e pela garantia de anonimato. Informações relacionadas à saúde e qualidade de vida dos residentes são possíveis benefícios do estudo, uma vez que poderão subsidiar avanços ao conhecimento científico ou apontar pontos para melhorias no processo de trabalho da residência multiprofissional. A qualquer momento você poderá retirar seu consentimento, retirando-se assim da pesquisa sem prejuízos de qualquer ordem.

Dúvidas poderão ser esclarecidas a quaisquer momentos, inclusive após o preenchimento dos questionários, junto às pesquisadoras ou ao Comitê de Ética em Pesquisa*. Os dados serão utilizados para produções científicas, garantindo o anonimato dos participantes. Os preceitos éticos e legais serão respeitados durante todo o processo da pesquisa. Pelo presente consentimento informado, elaborado em duas vias ficando uma comigo (participante da pesquisa) e outra com as pesquisadoras, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, riscos e benefícios da presente pesquisa.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2019.

Participante da Pesquisa

Daiane Dal Pai

*Contato Comitê de Ética em Pesquisa: HCPA – Telefone: (51) 33597640, Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2350, 2º andar, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados

1 – Questões acerca do Estilo de vida (complementares aos instrumentos 5 e 6)

- 4.1 Peso (mensurado) _____ Kg Altura (mensurada) _____ metros
- 4.2 Circunferência abdominal (mensurada) _____ cm Circunferência quadril(mensurada) _____ cm
- 4.3 Você teve alteração de peso no último ano? (0) Não (1) Sim, Aumentei ___ Kg; Diminuí ___ Kg
- 4.4 Você pratica de atividade física regular? (0) Não (1) Sim, quantos dias na semana? ___ dias
- 4.5 Quantas vezes na semana você realiza atividades de lazer? _____ vezes
- 4.6 Para você, a realização da residência influenciou na alteração de peso? () Nada () Um Pouco () Muito
Como? _____
- 4.7 N° horas média de sono nas 24 horas: _____
- 4.8 Qualidade do sono: boa () ruim () razoável ()
- 4.9 Faz algum tratamento de saúde? (0) Não (1) Sim

2 - IPAQ – International Physical Activity Questionnaire



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA -

Nome: _____
Data: ____/____/____ Idade : ____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: ____ Minutos: ____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar

moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: ____ Minutos: ____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: ____ Minutos: ____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?
____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?
____ horas ____ minutos

PERGUNTA SOMENTE PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

5. Você já ouviu falar do Programa Agita São Paulo? () Sim () Não

6.. Você sabe o objetivo do Programa? () Sim () Não

3 - Questionário de Frequência Alimentar (QFA) desenvolvido por Henn et al. (2010):

Do <MÊS> do ano passado até agora, quantas vezes por dia ou por semana ou por mês ou por ano você comeu os alimentos que eu vou citar?																		
Quantos meses do ano? Quantas <PORÇÕES> você comeu a cada vez?																		
Alimentos	Quantas vezes										Unidade de tempo				Quantidade			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Outro	D	S		M	A	Meses/Ano
Cacetinho/Bisnaguinha																		() UP () UG
Sanduiche de presunto e queijo/ Torrada																		() Unidade
Pão (sanduiche/forma/leite/caseiro/ manteiga/batata)																		() Fatia
Pão (integral/centeio/trigo/aveia)																		() Fatia
Pão <i>light</i>																		() Fatia
Sanduiche natural																		() Unidade
Cuca/Pão doce																		() FP () FM () FG
Bolo																		() FP () FM () FG
Pão de queijo																		() UP () UM () UG
Bolacha (doce/recheada)																		() Unidade () Pacote
Bolacha salgada																		() Unidade () Pacote
Sucrilhos																		() 1/2 PS () PS () XP () XM () XG
Aveia/Germe de trigo/Granola																		() CSopa
Barra de cereal																		() Unidade
Nescau, Toddy ou outros																		() CChá () CSopa
Milk shakes/Batida																		() CP () CM () CG
Leite integral																		() CP () CM () CG
Leite desnatado																		() CP () CM () CG
Leite semi-desnatado																		() CP () CM () CG
Leite de soja																		() CP () CM () CG
logurte integral																		() Pote () GP () GG
logurte (desnatado/ <i>light</i>)																		() Pote () GP () GG
Requeijão normal/Kāshimier																		() Ponta de faca () CChá
Requeijão <i>light</i>																		() Ponta de faca () CChá
Queijo (mussarela/lanche/colonial/ provolone)																		() FP () FM () FG
Queijo (branco/minas/ricota)																		() FP () FM () FG
Creme de leite/Nata																		() CChá () CSopa
Leite condensado																		() CChá () CSopa
Manteiga/Margarina normal																		() Ponta de faca () CChá
Margarina <i>light</i>																		() Ponta de faca () CChá
Maionese normal																		() Ponta de faca () CChá
Maionese <i>light</i>																		() Ponta de faca () CChá
Mortadela/Salame/Murcilha/Presunto gordo																		() FP () FM () FG
Presunto magro/Peito de peru/ Chester																		() FP () FM () FG
Mel/Geléia/Chimia/Uvada/Goiabada/ Figada/Pessegada/Marmelada																		() Ponta de faca () CChá
Geléia <i>diet</i> /Chimia <i>diet</i>																		() CChá () CSopa
Salada de frutas																		() CP () CM () CG () Pote

Do <MÊS> do ano passado até agora, quantas vezes por dia ou por semana ou por mês ou por ano você comeu os alimentos que eu vou citar?																	
Quantos meses do ano? Quantas <PORÇÕES> você comeu a cada vez?																	
Alimentos	Quantas vezes											Unidade de tempo				Quantidade	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Outro	D	S	M		A
Tomate cru																	() UP () UM () UG
Legumes variados																	() CSopa
Legumes empanados fritos																	() Ramo () Rodela
Sopa de legumes ou de verduras																	() CoP () CoM () CoG
Sopa com arroz/massa/capeletti																	() CoP () CoM () CoG
Ovo/Omelete/Ovo mexido																	() Unidade () CSopa
Cachorro-quente/Xis de carne ou frango																	() Unidade
Pastelão/Empadão/Quiche																	() PP () PM () PG
Pizza																	() FP () FM () FG
Pastel/Coxinha/Rissoles/Croquete (fritos)																	() UP () UM () UG
Guisado/Almôndega																	() CSopa () Unidade
Churrasco																	() PP () PM () PG
Carne de gado																	() PP () PM () PG
Frango com pele																	() PP () PM () PG
Frango sem pele																	() PP () PM () PG
Carne de porco																	() PP () PM () PG
Carne de soja																	() CSopa
Bucho/Mondongo																	() CSopa () Prato
Visceras (moela/figado)																	() Peçaço () CSopa
Coraçõzinho																	() Unidade
Bacon/Toucinho																	Registrar só a frequência
Lingüiça/Salsichão																	() Unidade () CSopa
Salsicha																	() UP () UM () UG
Peixe (fresco/congelado)																	() PP () PM () PG
Tofu																	() Fatia
Sushi																	() Unidade
Sashimi																	() Fatia
Sardinha/Atum (conserva)																	() Lata () CSopa
Camarão																	() CSopa () Unidade
Chocolate em barra/Bombom																	() UP () UM () UG
Brigadeiro/Negrinho/Doce com chocolate																	() Unidade
Pudim/Ambrosia/Doce de leite/Arroz doce/Flan																	() CSopa () PP () PM () PG
Sorvete																	() CSopa () Bola
Sorvete light																	() CSopa () Bola
Tortas em geral																	() PP () PM () PG
Fruta em calda																	() PP () PM () PG
Café preto passado																	() XP () XM () XG
Café expresso																	() XP () XM () XG
Café solúvel																	() CChá
Café cappuccino																	() XP () XM () XG
Café sem cafeína																	() XP () XM () XG

Do <MÊS> do ano passado até agora, quantas vezes por dia ou por semana ou por mês ou por ano você comeu os alimentos que eu vou citar? Quantos meses do ano? Quantas <PORÇÕES> você comeu a cada vez?																		
Alimentos	Quantas vezes										Unidade de tempo				Quantidade			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Outro	D	S		M	A	Meses/Ano
Chá																		() XP () XM () XG
Chimarrão																		() Cuia () Térmica
Água (fora café/chá)																		() CP () CM () CG
Refrigerante																		() CP () CM () CG
Refrigerante (diet/light)																		() CP () CM () CG
Açúcar																		() CChá () CSopa
Adoçante (líquido/pó)																		() Gotas () Sachês
Amendoim/Nozes/Castanha-do-Pará/ Castanha de caju																		() Punhado () Unidade
Uva passa																		() CSopa
Guloseimas/Paçoquinha/ Rapadurinha/Maria-mole/ Merenginho/Puxa-puxa																		() Unidade
Bala/Chiclete																		() Unidade
Pipoca																		() SaP () SaM () SaG
Chips/Fandango/Milhopã																		() SaP () SaM () SaG
Outro																		

CaP: cacho pequeno; CaM: cacho médio; CaG: cacho grande; CChá: colher de chá; CSopa: colher de sopa; CoP: concha pequena; CoM: concha média; CoG: concha grande; CP: copo pequeno; CM: copo médio; CG: copo grande; EspigaP: espiga pequena; EspigaM: espiga média; FP: fatia pequena; FM: fatia média; FG: fatia grande; GP: garrafa pequena; GG: garrafa grande; PP: pedaço pequeno; PM: pedaço médio; PG: pedaço grande; PS: prato de sopa; UP: unidade pequena; UM: unidade média; UG: unidade grande; SaP: saco pequeno; SaM: saco médio; SaG: saco grande; XP: xícara pequena; XM: xícara média; XG: xícara grande.

4 - Instrumento WHOQOL Bref

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	--	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

		Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento	1	2	3	4	5

	médico para levar sua vida diária?					
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____