



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Maria Eduarda Ribeiro José

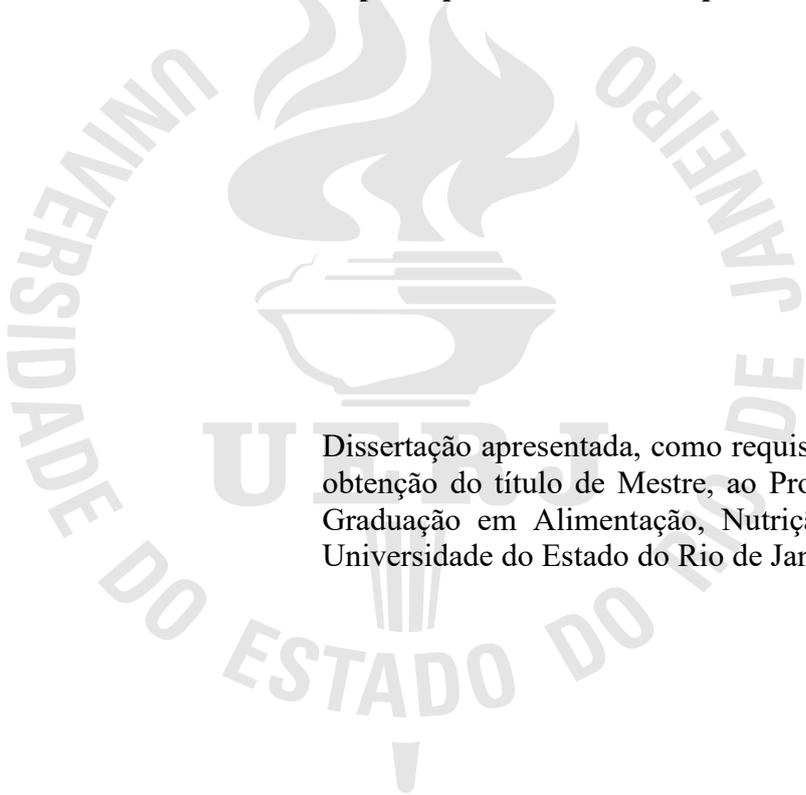
**Avaliação do ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio
de Janeiro**

Rio de Janeiro

2020

Maria Eduarda Ribeiro José

Avaliação do ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Daniela Silva Canella

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

J83

José, Maria Eduarda Ribeiro.

Avaliação do ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro / Maria Eduarda Ribeiro José. – 2020.
92 f.

Orientadora: Daniela Silva Canella.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição.

1. Nutrição – Teses. 2. Hospitais – Teses. 3. Trabalhadores – Nutrição – Teses. I. Canella, Daniela Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. III. Título.

es

CDU 612.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria Eduarda Ribeiro José

Avaliação do ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 16 de julho de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Daniela Silva Canella (Orientadora)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof.^a Dra. Bruna Vieira De Lima Costa

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Prof.^o Dr. Daniel Henrique Bandoni

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Prof.^o Dr. Paulo César Castro Junior

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof.^a Dra. Camila Aparecida Borges

Universidade de São Paulo – USP

Rio de Janeiro

2020

RESUMO

JOSÉ, M. E. R. **Avaliação do ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro**. 2020. 92 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O ambiente alimentar organizacional se refere a ambientes disponíveis apenas para grupos específicos, como por exemplo o hospital. Os trabalhadores de hospitais passam longas jornadas no ambiente de trabalho, o que pode prejudicar sua saúde e seu autocuidado. Assim, o ambiente alimentar no qual estes trabalhadores estão inseridos é de grande importância para a promoção da alimentação saudável e da saúde. O objetivo do presente trabalho foi avaliar o ambiente alimentar de hospitais públicos. A coleta de dados aconteceu entre janeiro e abril de 2019, foi feita por pesquisadoras que foram previamente treinadas e utilizando tablets e foram avaliados 24 hospitais públicos da rede municipal do Rio de Janeiro. Utilizou-se um instrumento desenvolvido especificamente para este ambiente, com avaliação de refeitórios, estabelecimentos comerciais, máquinas de autosserviço, copas, entorno e entrevista com trabalhadores e gestores. O instrumento abarca as seguintes dimensões: disponibilidade, acessibilidade física, acessibilidade financeira, comodidade, informação nutricional, propaganda, infraestrutura para alimentação, ambiência e acesso à água. Avaliou-se o entorno dos hospitais e os estabelecimentos encontrados foram agrupados em 3 grupos, de acordo com o tipo de itens alimentares prioritariamente comercializados. Os dados do conjunto de hospitais foram descritos por meio de medidas de frequência absoluta e relativa e medidas de tendência central e de dispersão. Adicionalmente, foram feitas comparações entre hospitais, levando-se em conta o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) dos bairros onde estes estão localizados. As diferenças significativas foram identificadas com base na comparação entre os intervalos de confiança (IC 95%). Dos 24 hospitais visitados, 50% estavam localizados em área de alto IDS. Somente 92,0% dos hospitais dispunham de refeitório para alimentação dos trabalhadores, 87,5% contavam com copas de apoio, 37,5% tinham estabelecimentos comerciais e 25,0% dos hospitais tinham máquinas de autosserviço. A presença de filtro de água ou bebedouro foi encontrada em menos de 50% das copas, em um pouco mais da metade dos refeitórios (54,2%) e não foram encontrados nos estabelecimentos comerciais. Alta disponibilidade de alimentos e/ou bebidas ultraprocessados foram evidenciados nos refeitórios, nas máquinas de autosserviço e em pelo menos metade dos estabelecimentos comerciais. De maneira geral, não foram observadas diferenças entre hospitais localizados em áreas de alto ou baixo índice de desenvolvimento social. No entorno, foram encontrados principalmente estabelecimentos do tipo misto e que comercializavam principalmente ultraprocessados, e os tipos de estabelecimentos mais presentes foram: lanchonetes, restaurantes, bares e padaria. Na opinião dos trabalhadores sobre o ambiente alimentar hospitalar, o pior resultado se referiu à temperatura dos espaços para alimentação. Ainda, 67% relatou utilizar o serviço de delivery e 33% relataram existir comércio informal dentro dos hospitais. Quanto aos gestores, 52% elaboravam os editais para contratação de empresas para administração do refeitório, 26% participaram na elaboração dos editais para estabelecimentos comerciais e nenhum deles participavam na licitação. Conclui-se que o ambiente alimentar dos hospitais municipais do Rio de Janeiro não é promotor de alimentação saudável, independente do índice de desenvolvimento social da área onde os hospitais se localizavam.

Palavras-chave: Ambiente. Alimentação. Ambiente Alimentar. Hospital. Trabalhador.

ABSTRACT

JOSÉ, M. E. R. **Evaluation of the food environment of public hospitals in the city of Rio de Janeiro.** 2020. 92 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The organizational food environment refers to environments available only to specific groups, such as the hospital. Hospital employees spend long hours in the workplace, which can prejudice their health and self-care. Thus, the food environment in which these workers are inserted is of great importance for the promotion of healthy eating and health. The objective of this study was to evaluate the food environment of public hospitals. Data collection took place between January and April 2019, was carried out by researchers who were previously trained and using tablets, and 24 public hospitals in the municipal network of Rio de Janeiro were evaluated. An instrument developed specifically for this environment was used, with assessment of cafeterias, commercial establishments, vending machines, canopies, surroundings and interviews with workers and managers. The instrument covers the following dimensions: availability, physical accessibility, financial accessibility, convenience, nutritional information, advertising, infrastructure for food, ambience and access to water. The surroundings of the hospitals were evaluated, and the establishments found were grouped into 3 groups, according to the type of food items primarily marketed. The data for the set of hospitals were described using measures of absolute and relative frequency and measures of central tendency and dispersion. In addition, comparisons were made between hospitals, considering the Social Development Index (SDI) of the neighborhoods where they are located. Significant differences were identified based on the comparison between the confidence intervals (95% CI). Of the 24 hospitals visited, 50% were located in a high SDI area. Only 92,0% of hospitals had a cafeteria to feed workers, 87.5% had support canopies, 37.5% had commercial establishments and 25.0% of hospitals had vending machines. The presence of a water filter or drinking fountain was found in less than 50% of the canopies, in just over half of the cafeterias (54.2%) and was not found in commercial establishments. High availability of ultra-processed food and / or beverages was evidenced in cafeterias, vending machines and at least half of commercial establishments. In general, there were no differences between hospitals located in areas of high or low social development. In the surroundings, were found mainly mixed-type establishments, and establishments that sold mainly ultra-processed, the types of establishments most present were: snack bars, restaurants, bars and bakeries. In the opinion of workers about the hospital food environment, the worst result was related to the temperature of the spaces for food. Still, 67% reported using the delivery service and 33% reported there is informal commerce within hospitals. As for the managers, 52% prepared the notices for hiring companies to manage the cafeteria, 26% participated in the preparation of the notices for commercial establishments and none of them participated in the bidding. It is concluded that the food environment of municipal hospitals in Rio de Janeiro is not a promoter of healthy eating, regardless of the social development index of the area where the hospitals were located.

Keywords: Environment. Food. Food Environment. Hospital. Worker.

RESUMEN

JOSÉ, M. E. R. **Evaluación del ambiente alimentario de hospitales públicos en la ciudad de Río de Janeiro.** 2020. 92 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

El ambiente alimentario organizacional se refiere a ambientes disponibles solo para grupos específicos, como el hospital. Los trabajadores del hospital pasan largas horas en el lugar de trabajo, lo que puede dañar su salud y su autocuidado. Por lo tanto, el ambiente alimentario en el que se insertan estos trabajadores es de gran importancia para la promoción de una alimentación saludable y salud. El objetivo de este estudio fue evaluar el ambiente alimentario de los hospitales público. La recolección de datos sucedió entre enero y abril de 2019, fue realizada por investigadores previamente capacitados y que usaban tabletas, y fueron evaluados 24 hospitales públicos en la red municipal de Río de Janeiro. Se utilizó un instrumento desarrollado específicamente para este ambiente, con evaluación de cafeterías, establecimientos comerciales, máquinas de autoservicio, despensas, alrededores y entrevistas con trabajadores y gerentes. El instrumento cubre las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad física, accesibilidad financiera, conveniencia, información nutricional, publicidad, infraestructura para alimentos, ambiente y acceso al agua. Se evaluaron los alrededores de los hospitales y los establecimientos encontrados se agruparon en 3 grupos, según el tipo de alimentos que se comercializan principalmente. Los datos del conjunto de hospitales han sido descritos utilizando medidas de frecuencia absoluta y relativa y medidas de tendencia central y dispersión. Además, se hicieron comparaciones entre hospitales, teniendo en cuenta el Índice de Desarrollo Social (IDS) de los barrios donde se encuentran. Se identificaron diferencias significativas basadas en la comparación entre los intervalos de confianza (IC 95%). De los 24 hospitales visitados, el 50% estaban ubicados en un área de IDS alto. Solo 92,0% los hospitales tenían una cafetería para alimentar a los trabajadores, el 87.5% tenían despensas de apoyo, el 37.5% tenían establecimientos comerciales y el 25.0% de los hospitales tenían máquinas de autoservicio. La presencia de un filtro de agua o una fuente para beber se encontró en menos del 50% de las despensas, en poco más de la mitad de las cafeterías (54,2%) y no se encontró en establecimientos comerciales. Se evidenció una alta disponibilidad de alimentos y / o bebidas ultraprocesados en cafeterías, máquinas de autoservicio y al menos la mitad de los establecimientos comerciales. En general, no hubo diferencias entre los hospitales ubicados en áreas de alto o bajo desarrollo social. En los alrededores, se encontraron principalmente establecimientos de tipo mixto y establecimientos que vendían principalmente ultraprocesados, los tipos de establecimientos más presentes fueron: barras de merienda, restaurantes, bares y panaderías. En opinión de los trabajadores sobre el ambiente alimentario del hospital, el peor resultado estuvo relacionado con la temperatura de los espacios destinados a la alimentación. Aún así, 67% reportaron haber usado el servicio de entrega y 33% reportaron existir comercio informal dentro de los hospitales. En cuanto a los gerentes, 52% redactó los avisos públicos para contratar empresas para administrar la cafetería, 26% participó en la preparación de los avisos públicos para establecimientos comerciales y ninguno de ellos participó en la licitación. Se concluye que el ambiente alimentario de los hospitales municipales en Río de Janeiro no es un promotor de una alimentación saludable, independientemente del índice de desarrollo social del área donde se ubicaron los hospitales.

Palabras clave: Ambiente. Alimentación. Ambiente alimentario. Hospital. Trabajador.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos Hospitais Municipais avaliados, segundo IDS do bairro onde estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.	39
Tabela 2 - Infraestrutura para alimentação, segundo IDS do bairro onde estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.	41
Tabela 3 - Disponibilidade de alimentos em refeitórios, estabelecimentos comerciais e máquinas de autosserviço de hospitais municipais avaliados, segundo IDS do bairro no qual estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.....	43
Tabela 4 - Preço e promoção, segundo IDS do bairro onde estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.....	45
Tabela 5 - Percepção sobre o ambiente alimentar dos Hospitais Municipais avaliados segundo IDS do bairro onde estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANGELO	Analysis Grid for Environmental Linked to Obesity
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
EUA	Estados Unidos da América
HLPE	The High Level Panel of Experts for Food Security and Nutrition
HNES	Hospital Nutrition Environment Scan
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
IMC	Índice de Massa Corporal
INFORMAS	International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support
NEMS	Nutrition Environment Measures Study
NR	Norma Regulamentadora
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
PPG-ANS	Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	9
	INTRODUÇÃO	10
1	REFERENCIAL TEÓRICO	11
1.1	Ambiente alimentar: base teórica	11
1.2	Ambiente alimentar organizacional	16
1.3	Hospital como ambiente de trabalho	19
1.4	Avaliação do ambiente alimentar hospitalar	22
2	JUSTIFICATIVA	25
3	OBJETIVOS	26
3.1	Objetivo geral	26
3.2	Objetivos específicos	26
4	MÉTODOS	27
4.1	Desenho e população de estudo	27
4.2	Coleta de dados	27
4.3	Instrumento para avaliação do ambiente alimentar hospitalar e variáveis de estudo	28
4.4	Análise dos dados	31
4.5	Aspectos éticos	32
5	RESULTADOS	33
5.1	Introdução	34
5.2	Métodos	35
5.4	Discussão	47
5.5	Conclusão	51
5.6	Referências	52
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXO A – Instrumento de Avaliação do Ambiente Alimentar	64
	ANEXO B - Parecer Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro	82
	ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética da UERJ	87
	ANEXO D - Principais Achados	92

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é composta por breve Introdução, Referencial teórico abordando o ambiente alimentar, ambiente alimentar organizacional, hospital como ambiente de trabalho e avaliação do ambiente alimentar hospitalar, além de seções de Justificativa e Objetivos. A seção de Métodos, apresenta todos os procedimentos metodológicos e trata de forma mais detalhada aspectos relacionados às dimensões do ambiente alimentar avaliadas no presente estudo. A seção de Resultados é composta por um manuscrito a ser submetido para revista científica. Por fim, são apresentadas as Considerações Finais, Referências (com exceção daquelas citadas somente nos manuscritos) e Anexos, dentre eles o instrumento utilizado na coleta de dados (Anexo A) e o resumo dos principais achados e contribuições da pesquisa, para divulgação nos meios de comunicação (Anexo D).

Tal estrutura atende as definições estabelecidas na Deliberação nº 45 de 2019 do Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde (PPG-ANS).

INTRODUÇÃO

O ambiente alimentar envolve o contexto físico, econômico, político e sociocultural, que interveem nas escolhas individuais de alimentos e bebidas, além de influenciar no estado nutricional das pessoas (SWINBURN et al., 2013). Essa é uma das várias definições de ambiente alimentar discutidas na literatura.

Modelos teóricos sobre ambiente alimentar têm sido propostos, dentre eles, os modelos de Glanz et al. (2005) e de Galvez-Espinoza et al. (2017), que tratam de ambiente alimentar organizacional. Este é descrito como um ambiente ao qual apenas grupos específicos tem acesso, como escolas, igrejas, locais de trabalho, universidades, hospitais (GÁLVEZ ESPINOZA et al., 2017; GLANZ et al., 2005).

Dentre os ambientes alimentares organizacionais, o hospital se destaca, pois seus trabalhadores convivem diariamente com o sofrimento, adoecimento e morte de seus pacientes, além de longas jornadas de trabalho, que contribuem para um aumento do nível de estresse, diminuição da sensação de bem-estar, contribuindo para uma pior qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2018; SPILIOPOULOS et al., 2014; VAN MOL et al., 2015).

Apesar de sua importância, são escassos os estudos que avaliam o ambiente alimentar hospitalar. E, além disso, a literatura existente se refere a países de renda alta, como Estados Unidos da América (EUA), Canadá e Inglaterra, cujo os estudos focam apenas na dimensão da disponibilidade do acesso aos alimentos, onde, em geral, verificou-se um ambiente marcado pela disponibilidade de alimentos não saudáveis (DERRICK; BELLINI; SPELMAN, 2015; LESSER et al., 2012; MCDONALD et al., 2006; REED; CHENAULT, 2010; SAHUD et al., 2006; WINSTON et al., 2013; WINSTON; JOHNSON; WILSON, 2008). Ainda, estes países possuem características diferentes dos países de renda média e baixa. Enquanto países de renda alta enfrentam a obesidade, aqueles de renda média e baixa por vezes encaram a desnutrição ainda persistente acompanhada de um contínuo aumento da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)(SWINBURN et al., 2019). Um dado que corrobora com o explicitado é o de que, de acordo com revisão sistemática, somente 26% dos estudos de ambiente alimentar em geral, não só organizacional, são oriundos de países de renda média, como o Brasil, e nenhum estudo em países de renda baixa foi encontrado (TURNER et al., 2019).

Dada a importância do tema e a lacuna existente na literatura acerca da caracterização do ambiente alimentar hospitalar, inclusive em diferentes realidades, o presente estudo se propõe a avaliar o ambiente alimentar de hospitais públicos de uma metrópole brasileira, sendo este inédito no contexto de países de renda média e baixa.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Ambiente alimentar: base teórica

Globalmente a prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando desde 1980 e recentemente de forma mais acelerada. O Brasil faz parte dessa estatística mundial, já que está entre os 10 países com maior prevalência de sobrepeso no mundo. Uma das explicações para o aumento não só no Brasil, mas mundial, da prevalência de obesidade, é a mudança nos padrões alimentares devido à exposição a um ambiente alimentar obesogênico, que tem como uma de suas características o aumento da oferta e do consumo de alimentos ultraprocessados. Assim, para melhor explorar as mudanças na alimentação e sua relação com o ganho de peso, começou-se a estudar os ambientes alimentares (ABARCA-GÓMEZ et al., 2017; CANELLA et al., 2014; ROKHOLM et al., 2011; SWINBURN et al., 2011; WAGNER et al., 2019).

O primeiro modelo proposto para avaliação do ambiente alimentar, foi o modelo ecológico de Egger e Swinburn (1997), o qual tentou entender a pandemia de obesidade, a fim de contribuir para o desenvolvimento de novos modelos de tratamento e de prevenção da obesidade, já que as estratégias usadas não estavam conseguindo controlar a pandemia. Esse modelo propõe que três principais influências atuam sobre o acúmulo de gordura corporal: a biológica, que compreende idade, sexo, fatores hormonais e genética; a comportamental, a qual envolve fatores psicológicos, hábitos, emoções, atitudes, crenças e cognições; e a influência ambiental, considerando macro e microambiente, ambos envolvendo elementos do ambiente físico, econômico e sociocultural. O macroambiente atua em escala populacional, por exemplo as políticas da indústria alimentícia, que poderiam contribuir com o aumento da prevalência de obesidade na população, e o microambiente, em escala individual, por exemplo a proximidade de *fast foods* da casa ou trabalho, favorecendo o desenvolvimento de obesidade entre os indivíduos. Neste sentido, os autores apontam que a obesidade não deveria ser tratada apenas como uma patologia causada por modificações metabólicas ou genéticas, mas que intervenções ambientais seriam necessárias para diminuir sua prevalência (EGGER; SWINBURN, 1997).

Em 1999, Swinburn, Egger e Raza avançaram no modelo ecológico com uma estrutura para entender o ambiente obesogênico, e assim poder auxiliar no planejamento de intervenções de promoção da saúde, a fim de reduzir a obesidade em nível populacional, sendo esse o modelo ANGELO (*Analysis Grid for Environmental Linked to Obesity*). Neste, o ambiente macro e micro foram divididos em mais tipos – físico, econômico, político e sociocultural, todos tendo

componentes relacionados a alimentação e atividade física (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

Além de autores propondo modelos que tentam abordar diferentes componentes ou dimensões do ambiente alimentar, alguns autores discutem alguns elementos deste ambiente, como Stroebele e De Castro (2004), que fizeram uma revisão da literatura sobre fatores que influenciam a escolha e o consumo de alimentos. Para os autores, a ambiência, que envolve fatores como espaço físico, temperatura, som, cheiro, tempo, ambiente social, influencia na alimentação, uma vez que alterações na ambiência podem provocar mudanças importantes no consumo alimentar (STROEBELE; DE CASTRO, 2004).

Em 2004 também, Wansink fez uma revisão para entender o que influencia o aumento da ingestão alimentar. O autor divide em dois grupos o que influenciaria o aumento da quantidade de alimentos ingerido. O *eating environment* está ligado aos aspectos do ambiente, como atmosfera na hora de comer, esforço para obter a comida, interações sociais e distrações enquanto come. E o *food environment* está relacionado diretamente aos alimentos, como aspectos sensoriais, estrutura e variedade, tamanho da embalagem ou porção, como é estocado e como é servido. Além desses dois grupos, são mencionadas as normas de consumo e o monitoramento do consumo como duas variáveis que também influenciam na quantidade de comida ingerida. Em sua revisão, o autor alerta que só saber da existência dessas “armadilhas ambientais” não fará com que a população diminua a quantidade ingerida, sendo necessárias modificações no ambiente (WANSINK, 2004).

Avançando no desenvolvimento de modelos teóricos, Glanz et al., em 2005, propuseram um outro modelo de ambiente alimentar, o “*Model of Community Nutrition Environments*”, baseado no modelo ecológico de comportamento em saúde, buscando explicar as variáveis que influenciam as práticas alimentares. Neste modelo, o ambiente alimentar é composto por quatro variáveis: comunitário, organizacional, do consumidor e de informação, que são influenciadas por políticas governamentais e pelas indústrias. Segundo os autores, os efeitos ambientais podem ser moderados ou mediados por variáveis individuais, como sociodemográficas, fatores psicossociais e pelo ambiente alimentar percebido. O ambiente alimentar comunitário leva em consideração número, tipo e localização de estabelecimentos que comercializam alimentos e de restaurantes, e acessibilidade desses, como horário de funcionamento e presença de *drive-through*. O ambiente alimentar organizacional se refere as escolas, igrejas, locais de trabalho, domicílio, instituições de saúde, locais que estão disponíveis para grupos específicos e não para a população em geral. Já o ambiente alimentar do consumidor se refere ao acesso a opções saudáveis, preço, promoção, posição/disposição do item no local, informação nutricional e

variedade. O ambiente de informação é dado pela mídia e publicidade, que são afetadas pelo governo e indústrias, e é independente dos outros ambientes alimentares pois pode atuar em nível nacional, local, regional ou até mesmo em um restaurante (GLANZ et al., 2005).

Em 2008, Story et al. desenvolveram um novo modelo ecológico, com os múltiplos fatores que influenciam a alimentação, dividido em quatro níveis. O primeiro é o nível individual que inclui cognição, comportamento, aspectos biológicos e demográficos. O segundo nível é o ambiente social que inclui interação com família, amigos, vizinhos. O terceiro nível é o ambiente físico, que seria onde as pessoas comem ou buscam por comida, como escolas, locais de trabalho, comunidades, mercados e outros estabelecimentos. O quarto nível é o ambiente macro que inclui sistema de transporte, sistema econômico, políticas agrícolas, distribuição de alimentos. Todos esses níveis interagem direta e indiretamente impactando nos hábitos e escolhas alimentares da população, assim, reconhecendo o papel do contexto ambiental nas condições de vida e nas escolhas da população (STORY et al., 2008).

Caspi et al., em 2012, fizeram uma revisão analisando a relação entre ambiente alimentar e alimentação, com foco em quais foram os métodos de avaliação do ambiente alimentar e explorando diferentes dimensões de acesso aos alimentos. Os autores utilizaram conceitos relacionados ao acesso a serviços de saúde para propor as seguintes dimensões para acesso a alimentação: disponibilidade de alimentos (adequação no fornecimento de alimentos saudáveis), acessibilidade física (distância geográfica até estabelecimentos que vendem alimentos, como supermercados, *fast foods* ou outros restaurantes, e facilidade de chegar ao local), acessibilidade financeira (preço dos alimentos e percepção individual do preço), aceitabilidade (atitude relacionada à aceitação de atributos do ambiente e dos alimentos oferecidos) e comodidade (se o ambiente atende as necessidades dos indivíduos) (CASPI et al., 2012). Tais dimensões dialogam com aspectos de macro e microambiente, discutidos por Swinburn; Egger; Raza (1999), e com elementos dos ambientes comunitário, do consumidor e organizacional, de Glanz et al (GLANZ et al., 2005; SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

Em 2013, Freedman et al. propuseram um modelo de acesso à alimentos nutritivos, (como frutas, verduras, legumes, grãos integrais) em alinhamento com a definição de deserto alimentar feita pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos. Desertos alimentares são áreas com acesso limitado a alimentos nutritivos e acessíveis financeiramente, particularmente compostas por bairros e comunidades predominantemente de baixa renda (U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE, 2009). Tal modelo tem como domínios: acesso econômico (ex.: preço da comida, valor percebido dos alimentos, programas de incentivo dos próprios estabelecimentos e renda familiar), serviços de alimentação, chamado pelos autores de

delivery service (ex.: qualidade e variedade dos alimentos vendidos, apresentação, funcionários e atendimento), acesso espaço-temporal (ex.: acesso equilibrado a estabelecimentos que comercializam alimentos, tempo de deslocamento, tempo disponível para alimentação e acessibilidade física), acesso social (ex.: cultura, discriminação e relações) e aspectos pessoais (ex.: estado de saúde, conhecimento e identidade e preferências alimentares). Os autores destacaram a importância de intervenções multiníveis como um princípio fundamental das perspectivas ecológicas para gerar justiça alimentar e equidade em saúde (FREEDMAN; BLAKE; LIESE, 2013).

Reconhece-se que os ambientes alimentares estão em constante mudança, com consequências para a alimentação, a nutrição e a saúde de populações, logo, esses precisam ser monitorados de forma sistemática. Neste sentido, em 2013 foi criado o INFORMAS (*International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support*), modelo que atualiza o de Swinburn et al. de 1999, com intuito de monitorar, avaliar e apoiar ações do setor público e privado para a criação de ambientes alimentares saudáveis e redução de doenças crônicas não transmissíveis em diferentes países. São apresentadas definições-chaves sobre ambiente alimentar, como: acesso ao alimento, ambiente de alimentação saudável, soberania alimentar, tendo o ambiente alimentar as seguintes dimensões: física, política, econômica e sociocultural. O modelo proposto no INFORMAS vê a indústria de alimentos, o governo, a sociedade e a interação entre eles como a maior influência no ambiente alimentar, mas também reconhece que os fatores individuais influenciam os ambientes alimentares modificando os hábitos alimentares (SWINBURN et al., 2013).

Kanter et al (2015) fizeram uma revisão sobre modelos conceituais para entender os impactos de políticas agrícola e alimentares em nutrição e saúde, para então criarem um modelo sobre sistema alimentar. Neste, levaram em conta, além da parte agrícola, a forma como os alimentos chegam às casas e aos estabelecimentos, o ambiente alimentar local (preço, diversidade, disponibilidade, qualidade nutricional) e características individuais (diversidade dietética, estado nutricional, saúde, qualidade dos cuidados domésticos, igualdade de gênero) (KANTER et al., 2015).

Mais um modelo foi proposto em 2016, de ambiente alimentar local e saudável, por Murphy et al., com foco em compreender e mensurar os ambientes alimentares locais, que foram definidos pelos autores como pequenas áreas geográficas onde se compra comida a pé ou dirigindo curtas distâncias em uma área urbana. Este modelo também visa colaborar com indicadores para o setor de planejamento urbano, que possam ser utilizados na redução das

desigualdades alimentares e em saúde. Ainda, explicita a preocupação com o consumo de água, ou seja, existência de fontes públicas suficientes para abastecer a população, com o marketing nos estabelecimentos que comercializam alimentos e em *outdoors*, além da discussão sobre o uso de diferentes tipos de transporte, a pé, de bicicleta, público ou carro, para ir para um restaurante ou para a academia (MURPHY et al., 2016).

Mais recentemente houve o lançamento da edição de 2017 do documento *The High Level Panel of Experts for Food Security and Nutrition* (HLPE), cujo tema foi nutrição e sistemas alimentares. Segundo este, o ambiente alimentar refere-se ao contexto físico, econômico, político e sociocultural, no qual os consumidores se relacionam com o sistema alimentar para adquirir, preparar e consumir alimentos. Destaca-se o papel central do ambiente alimentar como um facilitador de nutrição, saúde e escolhas alimentares sustentáveis para o consumidor, o papel da alimentação como uma ponte de ligação entre os sistemas alimentares, a nutrição e os desfechos em saúde, além de levar em conta os impactos da agricultura e dos sistemas alimentares na sustentabilidade (HLPE, 2017).

Ainda em 2017, um outro modelo de ambiente alimentar foi proposto por pesquisadores do Chile com objetivo de sistematizar os fatores que condicionam os ambientes alimentares e como estes são expressos no comportamento alimentar chileno. São incorporados cinco tipos de ambiente alimentar dentro do sistema e da cultura alimentar: o “*doméstico*”, que se dá nos domicílios; o “*vía pública*”, que se refere à venda de alimentos nas ruas, meios de transportes e outros; o “*institucional y organizacional*”, que ocorre nas escolas, universidades, hospitais, empresas, prisões; o “*restauración*”, que inclui a alimentação em restaurantes, bares, hotéis, avião, casa de amigos e familiares; e o de “*abastecimiento*”, que condiciona a disponibilidade e o acesso de alimentos dentro nos ambientes. Segundo os autores, todos esses ambientes sofrem influência da indústria de alimentos, das políticas públicas, do sistema de saúde e do contexto socioeconômico, ecológico e político. Sua notabilidade se dá por ser o primeiro modelo teórico sobre ambiente alimentar desenvolvido no contexto de países de renda média e baixa (GÁLVEZ ESPINOZA et al., 2017).

Finalmente, em 2018, foi publicada uma revisão de modelos de ambiente alimentar que visam compreender a epidemia de obesidade e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) para então criação de um modelo de ambiente alimentar que dialogasse com os países de média e baixa renda que podem ter a desnutrição ainda fortemente presente. Com isso os autores criaram um modelo síntese no qual o ambiente alimentar é dividido em domínio externo e domínio pessoal. No domínio externo é levado em consideração a disponibilidade e os preços dos alimentos, as características dos estabelecimentos e dos

produtos vendidos e o marketing e sua regulação, ou seja, ele se refere a variedade de oportunidades e restrições de um determinado contexto. No domínio pessoal, as dimensões são: a acessibilidade física, acessibilidade financeira, conveniência e preferências individuais, logo esse domínio leva em conta aspectos individuais. Esses domínios se influenciam mutuamente e influenciam a aquisição e o consumo de alimentos, o que resulta em desfechos em saúde por vezes desfavoráveis. No mesmo estudo, os autores ainda trazem as distinções entre dimensões do ambiente alimentar e caracterizam as principais diferenças no domínio externo entre países de alta renda e os de média e baixa renda (TURNER et al., 2018).

A partir deste cenário teórico e conceitual apresentado, podemos perceber que existem diferenças claras entre os modelos, principalmente no que se diz respeito às dimensões/domínios. Essas diferenças provavelmente refletem não apenas a diversidade de ambientes alimentares globalmente, mas também a grande multidisciplinaridade para estudar os ambientes alimentares, como: nutrição em saúde pública, economia, epidemiologia, geografia, planejamento urbano. Além disso, ainda temos que entender as diferenças presentes entre os países de alta renda e de baixa e média renda. Ainda, alguns aspectos importantes, como ambiência, infraestrutura e possibilidade de uso de *delivery*, não são contemplados nos modelos e podem ter forte influência na alimentação dos indivíduos, assim deveriam ser considerados. Após analisada as peculiaridades da região onde se pretende estudar, deve-se então avaliar qual modelo teórico se adequa melhor à cada realidade ou então criar um modelo próprio caso o ambiente seja distinto dos descritos anteriormente (COBB et al., 2015; TURNER et al., 2018).

1.2 Ambiente alimentar organizacional

No escopo da discussão sobre os ambientes alimentares, também estão aqueles locais disponíveis apenas para grupos específicos. Swinburn et al. situou estes como fazendo parte do microambiente, incluindo universidades, escolas, locais de trabalho, instituições, entre outros, e Story et al., no terceiro nível de influência na alimentação, tratam do ambiente físico onde as pessoas comem ou buscam por comida, incluindo locais de trabalho e escolas (GLANZ et al., 2005; STORY et al., 2008; SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999). No entanto, alguns modelos empregam nomenclatura específica para estes locais, chamando-os de ambiente alimentar organizacional (GÁLVEZ ESPINOZA et al., 2017; GLANZ et al., 2005).

Glanz et al., foram os primeiros autores a proporem a nomenclatura de ambiente alimentar organizacional, sendo este descrito como fontes de alimentos que estão disponíveis

para grupos definidos e não para a população em geral, como em escolas, local de trabalho, igrejas, domicílio (GLANZ et al., 2005). O modelo chileno de Galvez-Espinoza et al. fez uma adaptação do modelo da Glanz et al., que também considera o ambiente alimentar organizacional, apontando este como o lugar onde os alimentos são vendidos ou fornecidos para trabalhadores, estudantes ou membros que frequentam instituições e organizações. Galvez-Espinoza et al. ainda amplia o modelo da Glanz, assumindo outros locais como ambiente organizacional (empresas, serviços públicos, hospitais, prisões e associações da sociedade civil e seus respectivos centros de alimentação), reconhecendo sua complexidade (possuem rituais, tempo, capacidade, infraestrutura e sistemas regulatórios diferentes) e afirmando que esses ambientes devem ter suas estratégias reavaliadas de tempos em tempos (GÁLVEZ ESPINOZA et al., 2017).

Porém, antes dos modelos de ambiente alimentar que consideram e/ou nomeiam o ambiente alimentar organizacional surgirem, já existia uma preocupação com locais de trabalho e escolas. Esses lugares foram traçados como prioridade para promoção da saúde para o século XXI, na 4ª Conferência Internacional em Promoção da Saúde em 1977 (CHU, 2000). Os locais de trabalho são reconhecidos como importantes focos para se avaliar o ambiente alimentar, visto que os trabalhadores passam uma parte significativa do seu dia no trabalho e podendo consumir uma quantidade significativa de calorias neste contexto, o que faz com que os ambientes de trabalho devam ter alguma estrutura para apoiar as refeições dos trabalhadores (KATZ et al., 2005).

Dada importância que os ambientes alimentares ganharam nos últimos anos, em 2009 foi publicada a revisão sobre instrumentos/métodos de mensuração do ambiente alimentar. Nesse estudo, os autores selecionaram na literatura os artigos publicados entre 1990 e 2007, e os separaram nos seguintes ambientes: estabelecimentos que comercializam alimentos para consumo no domicílio, como supermercados, restaurantes, escolas e locais de trabalho, sendo a última categoria aquela com menor número de estudos identificados na literatura, somente 11 (MCKINNON et al., 2009).

Dentre esses 11 estudos, cinco são de intervenções, três sobre instrumentos e três de avaliação do ambiente. Entre os de avaliação, estão Lasen et al., que avaliaram a composição nutricional do almoço de cantinas em 23 locais de trabalho na Dinamarca, e examinaram o impacto de dois sistemas de refeição nas escolhas: buffet e a la carte. Nos resultados, os autores encontraram que alimentação dos trabalhadores foi melhor quando o sistema de distribuição era do tipo buffet, pois resultou em maior consumo de frutas e hortaliças e em menor densidade energética da alimentação para ambos os sexos. Shimotsu et al., desenvolveu um instrumento

para avaliar alimentação, atividade física e comportamentos na manutenção do peso em locais de trabalho nos EUA, e avaliou o cenário de garagens de ônibus, mostrando que eram escassas as opções de alimentação saudável nesses ambientes. Já McDonald et al. investigaram a adequação do ambiente alimentar de hospitais infantis dos EUA e Canadá, na perspectiva de visitantes, pacientes e trabalhadores, e verificaram que alimentos e bebidas considerados não saudáveis predominaram nos refeitórios e, ainda, encontraram franquias de *fast food* dentro de alguns desses hospitais (LASSEN; HANSEN; TROLLE, 2007; MCDONALD et al., 2006; SHIMOTSU et al., 2007).

Lytle et al. atualizaram a revisão de McKinnon et al., com artigos publicados de 2007 a 2015. O número total de artigos na revisão de McKinnon et al. foi de 137, passando para 432 artigos na revisão de Lytle et al., o que ressalta a importância que o tema ambiente alimentar vem ganhando. Porém, entre os ambientes organizacionais, o número de artigos sobre local de trabalho continua sendo limitado, com somente nove incluídos na última revisão, o que é justificado pelos autores em função da dificuldade de se obter permissão para acessar os locais de trabalho para estudá-los (LYTLE; SOKOL, 2017).

Desses nove estudos, três são sobre instrumentos, um sobre intervenção, dois sobre atividade física e três sobre avaliação do ambiente alimentar. Dentre esses três estudos sobre avaliação do ambiente, um deles é o de Shimotsu et al., abordado acima na revisão de McKinnon et al.. O segundo é o de Apostolopoulos et al., que avaliou 25 áreas de trabalho de caminhoneiros nos EUA, para saber se os atributos desses ambientes alimentares influenciavam os padrões de consumo desses caminhoneiros. Os ambientes alimentares desses caminhoneiros representaram desertos alimentares, ou seja, as oportunidades para uma prática alimentar saudável eram escassas. E por último, o estudo de Almeida et al., também nos EUA, que tinha como objetivo explorar a relação entre o ambiente de trabalho e o consumo alimentar, comportamento da atividade física e o índice de massa corporal (IMC) dos trabalhadores de 28 locais. Esses locais de trabalho foram escolhidos com base nos seguintes critérios: ter entre 100 e 600 funcionários, seus funcionários teriam que ter acesso e permissão para usar à internet no trabalho e eles deveriam trabalhar no mesmo ambiente físico. Seus achados foram que a presença de um refeitório e menor quantidade de máquinas de autosserviço foram associados com uma alimentação mais saudável, que por sua vez foram associados ao menor IMC dos trabalhadores (ALMEIDA et al., 2014; APOSTOLOPOULOS et al., 2011; SHIMOTSU et al., 2007).

Outras três revisões foram publicadas, mas com o intuito de avaliar artigos de intervenção em ambientes alimentares organizacionais. De maneira geral, estas acharam que

quando a intervenção durava 48 ou 96 meses, compreendia as necessidades dos indivíduos, oferecia suporte, interação, integração do contexto social e era atrelada a estratégias de informação, as mudanças na composição corporal e o aumento do consumo de alimentos saudáveis seriam consequências naturais. Ainda, quanto mais limitado o ambiente alimentar, maiores eram seus efeitos sobre as escolhas alimentares dos indivíduos (SANDERCOCK; ANDRADE, 2018; SEYMOUR, 2004; SORENSEN, 2004).

Percebe-se, então, que a maioria dos estudos no campo de ambiente alimentar são realizadas no contexto comunitário, focando em supermercados, restaurantes e estabelecimentos que comercializam alimentos, sendo menos presentes os estudos desenvolvidos no ambiente de trabalho, como exposto acima, a despeito de o ambiente de trabalho ser alvo frequente de intervenções nutricionais. Ainda, dentre os estudos que investigam os ambientes organizacionais, aqueles com o objetivo de caracterizar o ambiente alimentar em locais de trabalho estão em menor número (LYTLE; SOKOL, 2017; MCKINNON et al., 2009). Ademais, faltam melhores estratégias de síntese dos dados, como indicadores, e padronização na coleta de informações para permitir comparação e reprodução dos estudos.

1.3 Hospital como ambiente de trabalho

Um dos locais de trabalho a ser estudado é o hospital, que tem papel essencial em momentos fundamentais na vida da população, como o nascimento, a doença e a morte. Este é tido como o ambiente onde vidas frágeis são vigilantemente observadas, cuidadas e preservadas, assim demandando atenção, agilidade e precisão de seus trabalhadores, devido à natureza complexa dos casos lá tratados (ABARGHUEI et al., 2016; GONÇALVES, JOSÉ ERNESTO LIMA, 1998; SANTOS; GUIRARDELLO, 2007).

A atenção no ambiente hospitalar costuma ser focada nos pacientes, no entanto, o cuidado com a saúde de quem os atende é de extrema importância. Os trabalhadores de hospitais estão expostos a longos turnos de trabalho, trabalham com pessoas em sofrimento, lidam com a morte diariamente, vivem sob alta pressão etc. Esses são alguns dos fatores que podem causar estresse nos indivíduos, o que pode refletir em insatisfação e pior desempenho das funções, gerando uma diminuição na qualidade do serviço prestado, o que afeta a população atendida e a saúde e qualidade de vida do trabalhador (ABARGHUEI et al., 2016; MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

O tempo dedicado ao trabalho e a saúde dos trabalhadores vem sendo estudado e já foram encontradas associações entre longas jornadas e hipertensão e síndrome metabólica, além de associações com doença coronariana, distúrbios do sono e estados de depressão e ansiedade (BANNAI; TAMAKOSHI, 2014). Profissionais da área da saúde, costumam ter plantões longos e noturnos e de acordo com estudo brasileiro que avaliou 3.229 enfermeiros, mulheres que trabalhavam mais de 60,5 horas/semana tinham maior probabilidade de relatar como regular sua autoavaliação de saúde, e os homens que trabalhavam de 49,5-70,5 horas/semana tiveram mais que o dobro de probabilidade de avaliar sua saúde como regular, quando comparados com aqueles de jornada curta (FERNANDES et al., 2017). Outro estudo brasileiro que avaliou enfermeiros em 18 hospitais públicos do Rio de Janeiro encontrou associação significativa entre anos trabalhados à noite e aumento do IMC para ambos os sexos (GRIEP et al., 2014).

O nível de estresse de profissionais de saúde que atuam em hospitais é preocupante, podendo trazer prejuízo para sua saúde e para a realização de seu trabalho. Alguns estudos corroboram com essa informação, como os achados de que na China 82% das enfermeiras avaliadas apresentavam estresse ocupacional, e, em relação ao estresse em geral, no Irã este atingia 90% dos funcionários de um hospital e no Brasil 70% dos enfermeiros avaliados estavam no nível médio de estresse (ABARGHOUEI et al., 2016; HAYES; DOUGLAS; BONNER, 2015; HE et al., 2017; KHAMISA et al., 2015; SANTOS et al., 2018).

Além do estresse, profissionais da área da saúde tem propensão a privação do sono, pela rotina de trabalho, plantões e horários, e a alteração no tempo de sono está relacionada a um descontrole no consumo alimentar, logo também relacionada de certa forma à obesidade. A revisão integrativa de Coelho et al. (2014) consolida essa informação. Foram encontradas altas prevalências de sobrepeso e obesidade em profissionais de enfermagem, ademais os hábitos alimentares desses profissionais foram modificados de forma negativa devido a rotina de trabalho. A privação do sono, pela interrupção de seu ritmo circadiano, parece aumentar não somente o apetite, mas também as preferências por alimentos ultraprocessados (COELHO et al., 2014).

Considerando os aspectos apontados, são necessárias estratégias efetivas para melhoria das condições de trabalho e de saúde de trabalhadores de hospitais, como atividades de apoio, de controle do estresse, redução da carga de trabalho e melhorias nas instalações de hospitais, as quais podem ser soluções para suporte aos trabalhadores.

Em relação às instalações de hospitais, tem-se como um dos elementos o ambiente alimentar, que pode influenciar a saúde dos trabalhadores, como exposto no tópico anterior.

Além disso, os hospitais deveriam servir como exemplo de ambiente alimentar saudável. No entanto, esta não parece ser a realidade destes locais (LESSER et al., 2012; WINSTON et al., 2013; WINSTON; JOHNSON; WILSON, 2008), que será descrita no próximo tópico.

Um dos possíveis motivos para a existência de um ambiente não saudável dentro dos hospitais é que os trabalhadores costumam querer um serviço de alimentação rápido, acessível fisicamente e financeiramente, por trabalharem longas jornadas com intervalos limitados e salários nem sempre compatíveis com a prática de uma alimentação saudável. Essas características da alimentação definem exatamente o apelo que os alimentos ultraprocessados carregam, como praticidade e agilidade (KOLASA et al., 2010; MENEGASSI et al., 2019). Um estudo que exemplifica o consumo de um alimento ultraprocessado dentro dos hospitais na Inglaterra mostrou uma média de consumo de 5,4 chocolates por dia por profissionais de saúde, sendo este consumo justificado por conta da disponibilidade deste alimento no local (CHEUNG, 2016).

Além da possível facilidade de acesso aos alimentos ultraprocessados, tem-se que o tempo dedicado ao autocuidado e ao lazer por esses profissionais é reduzido em função da jornada de trabalho, potencializando o cansaço, aumentando o estresse, dificultando o controle de peso e tendo menos tempo para a prática de atividade física. Como resultado destes fatores e de sua interação, Zapka et al. (2009) verificaram que mais de 60% dos enfermeiros de hospitais norte americanos estavam com sobrepeso ou obesidade. Os dados do estudo de Pereira et al. (2017), são similares, mostrando que 60% dos trabalhadores da enfermagem de um hospital brasileiro estavam acima do peso (PEREIRA et al., 2017; ZAPKA et al., 2009). Tal perfil nutricional pode resultar em uma diminuição na qualidade de vida, aumento no uso do sistema de saúde, diminuição da produtividade, gerando maiores gastos para famílias, empresas e sociedade (CANELLA; NOVAES; LEVY, 2015; DE OLIVEIRA; SANTOS; DA SILVA, 2015; RABACOW et al., 2014).

Reconhecendo a importância do ambiente alimentar organizacional, no Brasil, foram criadas algumas normas para contribuir com a promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalho. A primeira é a Portaria nº 1.274 de julho de 2016 (BRASIL, 2016a), a ser adotada no âmbito do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, a segunda é a Portaria Normativa nº 7 de 26 de outubro de 2016 (BRASIL, 2016b), a ser adotada nos órgãos e entidades integrantes do sistema de pessoal civil da administração federal (SIPEC). Ambas utilizam as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) para definir o que será fornecido em lanchonetes, restaurantes e cantinas desses locais. Tais

normas se referem aos prédios federais, assim os hospitais federais devem segui-las, mas isso não inclui os hospitais estaduais e municipais.

Considerando a relação entre o ambiente alimentar organizacional, práticas alimentares e desfechos em saúde (BERESFORD et al., 2010; PEREZ et al., 2019; SORENSEN et al., 2019), seria importante que os hospitais propiciassem um ambiente alimentar promotor da alimentação saudável e da saúde a seus trabalhadores (KOLASA et al., 2010).

1.4 Avaliação do ambiente alimentar hospitalar

Como exposto anteriormente, estudos avaliando os ambientes alimentares dos locais de trabalho são restritos quando comparados aos estudos sobre ambientes alimentares comunitários em geral (LYTLE; SOKOL, 2017; MCKINNON et al., 2009). Dentre os locais de trabalho está o hospital, cuja importância de avaliação já foi também descrita, e parte pequena da literatura se dedica a seu estudo. Os estudos encontrados sobre esta temática, a maior parte realizada nos EUA, serão tratados a seguir.

Um dos estudos realizados nos EUA teve o intuito de explorar a presença de restaurantes *fast food* em hospitais. Foram analisados 200 hospitais que tinham programa de residência pediátrica e verificou-se que 59 destes tinham restaurantes do tipo *fast food* (SAHUD et al., 2006). Outro estudo avaliou os serviços relacionados a alimentação em 116 hospitais localizados nos EUA e no Canadá. A maior parte dos hospitais tinha refeitório e máquina de autosserviço, além de ter alimentos pouco nutritivos, predominantemente nos refeitórios, e 21% dos hospitais tinham restaurantes *fast food* (MCDONALD et al., 2006).

Ainda, revisão narrativa com o objetivo de descrever o ambiente alimentar hospitalar nos EUA, incluindo os artigos de Sahud et al. (2006) e de McDonald et al. (2006), reuniu sete estudos sobre a temática. Dentre esses, cinco relatavam que os hospitais analisados tinham restaurantes do tipo *fast foods* dentro deles, o que é um problema porque o consumo de *fast food* é associado à um aumento na ingestão de calorias e redução do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados (REED; CHENAULT, 2010).

Três estudos conduzidos nos EUA avaliaram o ambiente alimentar do consumidor em hospitais. Lesser et al. estudaram 14 hospitais infantis da Califórnia, considerando o que estava disponível para pacientes, funcionários e visitantes. Dos 16 locais para alimentação encontrados, metade tinha informação nutricional e combo de um lanche com bebida, com redução de preço em relação à soma do preço dos itens isolados, a maioria tinha hortaliças, frutas e saladas disponíveis e 81% dos locais tinha oferta de alimentos ultraprocessados (LESSER et al., 2012).

Winston et al. descreveram quantitativamente o ambiente alimentar do consumidor de 39 hospitais. Apesar das frutas serem vendidas em quase todos os refeitórios, muitos alimentos não saudáveis eram ofertados, e o escore de composição nutricional dos alimentos ofertados, gerado pelo instrumento utilizado, apresentou um resultado ruim (WINSTON et al., 2013). Derrick et al. investigaram 21 hospitais com objetivo de avaliar o ambiente alimentar dos refeitórios desses hospitais. Verificou-se que 90% dos refeitórios comercializavam frutas, 95% proporcionavam acesso gratuito a água, 10% realizavam promoção de itens saudáveis, 19% não tinham opções saudáveis perto do caixa e 29% tinham informação nutricional no menu (DERRICK; BELLINI; SPELMAN, 2015).

Estudo realizado na Inglaterra buscou identificar áreas do ambiente de trabalho de médicos que promoviam a alimentação saudável, descrever a satisfação destes profissionais com os serviços da cantina e determinar em que medida eles usavam a cantina. Um total de 751 médicos foram entrevistados em cinco hospitais. Destes, 66% reclamaram da falta de intervalos para se alimentar, 83% disseram que a alimentação e nutrição influenciavam na sua performance no trabalho. Somente 15% estavam satisfeitos com a cantina e 74% achava a cantina um ambiente não saudável (WINSTON; JOHNSON; WILSON, 2008). Mais recentemente outro estudo na Inglaterra investigou a disponibilidade de alimentos e bebidas saudáveis e não saudáveis e explorou os padrões de compras em hospitais. Dentre os alimentos e bebidas analisados, apenas 27% e 43%, respectivamente, eram opções saudáveis. A partir da composição dos alimentos analisados, um indivíduo poderia escolher um alimento de 18 kcal, com baixos teores de gordura e açúcar até um de 911 kcal com altos teores de açúcar e gordura. Ainda, das 20 opções de lanches mais vendidas, somente cinco foram consideradas saudáveis (ALLAN et al., 2019).

Os estudos mencionados utilizaram instrumentos como o *Hospital Nutrition Environment Scan* (HNES), *Nutrition Environment Measures Study* para restaurantes, lojas, máquinas de autosserviço, cafeterias (NEMS-R, NEMS-S, NEMS -V, NEMS-C) ou ainda criaram seus próprios instrumentos (GLANZ et al., 2007; WINSTON et al., 2013). Na maior parte, o ambiente alimentar organizacional foi avaliado pela ótica do ambiente alimentar do consumidor, que apesar de contemplar aspectos importantes do ambiente alimentar, não contempla as particularidades e peculiaridades destes locais. Apesar destes serem instrumentos detalhados, nenhum tipo de síntese ou indicador foi gerado para facilitar a comparação entre dados e estudos.

A partir dos oito estudos apresentados, podemos ver que todos foram realizados em países de renda alta, que possuem realidade diferente dos hospitais em países de renda média

ou baixa, os quais ainda não tem estudos sobre o ambiente alimentar hospitalar. Ademais, a grande maioria dos estudos explora apenas a disponibilidade de estabelecimentos e o ambiente do consumidor, com foco prioritário na avaliação da disponibilidade de determinados itens alimentares, deixando fora da análise outras dimensões do ambiente que influenciam a alimentação. Logo informações detalhadas sobre o ambiente alimentar hospitalar podem explicitar potenciais áreas e oportunidades para melhorias.

2 JUSTIFICATIVA

O ambiente alimentar hospitalar é um dos ambientes alimentares organizacionais menos estudados, porém com grande importância. Os profissionais da saúde que trabalham no âmbito hospitalar têm longas jornadas de trabalho, o que contribui para maior cansaço físico e mental e menor autocuidado, podendo dificultar a adoção de hábitos saudáveis, prejudicando a saúde desses trabalhadores. Neste sentido, o ambiente alimentar hospitalar pode ser um elemento chave para a promoção da alimentação saudável e da saúde dos trabalhadores de hospitais.

Dos estudos existentes sobre caracterização do ambiente alimentar hospitalar, todos são em países de renda alta, os quais possuem dinâmica diferente dos países de renda média e baixa, focam nos tipos de estabelecimentos existentes e no ambiente do consumidor, mostrando uma ampla oferta de alimentos ultraprocessados. No Brasil ainda não existe nenhum estudo sobre a caracterização do ambiente alimentar hospitalar. Assim, são necessários estudos que avaliem o ambiente alimentar hospitalar de forma mais abrangente em países de renda média e baixa, para orientar possíveis intervenções a fim de evitar que este seja um ambiente promotor de práticas alimentares não saudáveis. Além disso, os resultados desse estudo podem dar subsídio para que exista uma regulação sobre ambientes organizacionais em nível local.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o ambiente alimentar de hospitais públicos de uma metrópole brasileira.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o ambiente alimentar de hospitais públicos.
- Comparar o ambiente alimentar de hospitais públicos segundo Índice de Desenvolvimento Social dos bairros nos quais estes se localizam.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal e descritivo, realizado no município do Rio de Janeiro em hospitais públicos da rede municipal de saúde.

O estado do Rio de Janeiro tem uma população de 17,2 milhões de pessoas e desta 6,7 milhões vivem no município do Rio de Janeiro (IBGE, 2018). Mais de 50 hospitais públicos (federal, estadual, municipal e universitário) prestam assistência à população carioca, sendo que destes quatro são federais, oito são estaduais, três são universitários e 37 são hospitais municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; SECRETARIA DE SAÚDE RJ, 2019; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RJ, 2019).

Os hospitais públicos da rede municipal estão distribuídos da seguinte forma: oito hospitais de emergência e dois de pronto atendimento, seis hospitais especializados, quatro unidades psiquiátricas, dois hospitais pediátricos, um de geriatria, 13 maternidades e uma policlínica. Deste total, 26 são administrados pela própria prefeitura e 11 são administrados por organizações sociais de saúde (SECRETARIA DE SAÚDE RJ, 2019; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RJ, 2019). Destes 37 hospitais, somente 24 foram avaliados, todos administrados pela prefeitura, os outros 13 hospitais não foram avaliados devido a não autorização para coleta.

4.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2019 a abril de 2019, em dias úteis, em período diurno, em todos os hospitais municipais cujos diretores autorizaram a realização da pesquisa.

A equipe foi formada por sete pesquisadoras treinadas. O treinamento teve seis horas de duração, contemplando atividades teóricas e práticas, sendo a apresentação geral do tema, do manual de coleta de dados e a aplicação do instrumento em estabelecimentos, restaurante universitário e copas localizados na UERJ, além de entrevista com técnicos da universidade.

Os dados foram coletados em tablets, por meio de um aplicativo, o Coletum, no qual o instrumento foi inserido. A coleta foi feita por meio digital, e logo após a finalização, os dados eram sincronizados de forma online para construção do banco de dados, posteriormente exportado em planilha em formato Excel.

4.3 Instrumento para avaliação do ambiente alimentar hospitalar e variáveis de estudo

A avaliação do ambiente alimentar hospitalar foi realizada por meio da aplicação de um instrumento desenvolvido especificamente para este tipo de ambiente (ANEXO 1). O desenvolvimento, validação de conteúdo e avaliação da reprodutibilidade do instrumento são parte de tese de doutorado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A avaliação da reprodutibilidade foi realizada em relação à reprodutibilidade intra e interobservador. No quesito intraobservador, 77,0% dos itens apresentaram concordância muito boa ou excelente e 22,0% apresentaram concordância boa. Já na reprodutibilidade interobservador, 80,0% dos itens mostraram concordância muito boa ou excelente e 16,0% apresentaram concordância boa (MESSIAS, 2019).

O instrumento utilizado leva em consideração as seguintes dimensões: acessibilidade física, comodidade, disponibilidade e acessibilidade financeira, com base no estudo de Caspi (CASPI et al., 2012), informação nutricional e propaganda de alimentos, baseadas no modelo de Glanz e no estudo de Franco (FRANCO, 2016; GLANZ et al., 2005), ambiência, de acordo com Stroebele e De Castro (STROEBELE; DE CASTRO, 2004), infraestrutura para alimentação, fundamentada na Norma Regulamentadora 24 (NR24) (BRASIL, 1978), e acesso à água, proposto por Engell et al. e pela NR24 (BRASIL, 1978; ENGELL et al., 1996). A partir dessa fundamentação teórica, foram criadas oito dimensões, que melhor dialogavam com a realidade dos ambientes a serem analisados. São elas: disponibilidade, acessibilidade física, acessibilidade financeira, comodidade/conveniência, informação nutricional, propaganda, ambiência, infraestrutura para alimentação e acesso à água, que estão listadas abaixo no Quadro 1.

Quadro 1 – Definições e referências utilizadas de cada dimensão adotada no instrumento de avaliação do ambiente alimentar hospitalar.

Dimensões	Referências utilizadas	Definições adotadas no estudo
Disponibilidade	(BRASIL, 1978; CASPI et al., 2012; ENGELL et al., 1996; HEALTH CANADA, 2013; HLPE, 2017; TURNER et al., 2017)	<p>Presença de estabelecimentos^a e de outros pontos de venda^b dentro do hospital (âmbito institucional).</p> <p>Disponibilidade de água aos trabalhadores (se a oferta de água é gratuita e de que maneira ela é ofertada. Ex: bebedouro/filtro, copos e/ou garrafinhas de água mineral, água filtrada em garrafas) (âmbito institucional).</p> <p>Presença de alimentos e bebidas <i>in natura</i>, processados e ultraprocessados e preparações culinárias dentro dos estabelecimentos (âmbito dos estabelecimentos).</p> <p>Presença de estabelecimentos e de comércio informal de alimentos (entorno).</p>
Acessibilidade física	(CASPI et al., 2012; FRANCO, 2016)	Facilidade ou dificuldade para chegar aos estabelecimentos e/ou a pontos de oferta de água (âmbito institucional).
Acessibilidade financeira	(HEALTH CANADA, 2013; HLPE, 2017)	Preço da alimentação relativo ao poder de compra dos indivíduos (âmbito dos estabelecimentos).
Comodidade/Conveniência	(CASPI et al., 2012)	Existência de elementos facilitadores ^c da aquisição de alimentos e preparações culinárias, como horário de funcionamento, forma de pagamento e disponibilidade de serviço de entrega, que vão ao encontro das necessidades ^d dos trabalhadores do hospital (âmbito dos estabelecimentos).
Informação Nutricional	(BRASIL, 2003; GLANZ et al., 2005)	Declarações de valor energético e nutrientes no rótulo do alimento embalado ou no alimento não embalado (âmbito dos estabelecimentos).
Propaganda	(FRANCO, 2016)	Existência de publicidade e propaganda de alimentos e bebidas que afetam as atitudes do consumidor em relação a esses alimentos. Ex. <i>displays</i> , cartazes, <i>folders</i> (âmbito dos estabelecimentos).
Ambiência	(STROEBELE; DE CASTRO, 2004)	Componentes que envolvem o organismo, influenciando a fisiologia, motivação, humor, comportamento, cognição e interação social, como: ventilação/climatização, iluminação, nível de ruído, higiene e temperatura (âmbito dos estabelecimentos).
Infraestrutura para alimentação	(BRASIL, 1978, 2002; COMISSÃO TRIPARTITE PERMANENTE NACIONAL, 2012)	Condições suficientes de conforto por ocasião das refeições e, também, ambientes próximos aos postos de trabalho destinados ao consumo de alimentos e bebidas, como: existência de refeitórios e de copas nos andares dos hospitais e de equipamento para aquecer a refeição, refrigeradores, mesas e cadeiras no interior das copas (âmbito dos estabelecimentos).

^a Serviços de alimentação comerciais (incluindo máquinas de autosserviço) e/ou refeitório.

^b Comércio informal e *delivery*.

^c Exemplos: horário de funcionamento, forma de pagamento, disponibilidade de serviço de entrega (*delivery*).

^d Realizar refeição em um horário definido, com uma duração determinada e com nenhum ou o pouco gasto de dinheiro.

Fonte: (MESSIAS, 2019)

O instrumento apresenta oito blocos, envolvendo auditoria de copas, restaurantes institucionais (refeitórios) e estabelecimentos comerciais (incluindo máquinas de autosserviço), além de entrevista com trabalhadores e gestores. No primeiro bloco são avaliadas as características gerais de cada hospital por meio de uma entrevista com um representante da administração central, entre as perguntas estão tipo de estabelecimento (hospital especializado, geral ou dia), esfera administrativa (público federal, público estadual, privado com fins lucrativos ou sem fins lucrativos), número de trabalhadores, número de leitos ativos e existentes, plano do hospital (horizontal ou vertical), número de andares, presença e funcionamento de elevadores e presença de rampas. No segundo bloco, a chefia de nutrição do hospital responde sobre a infraestrutura do hospital para alimentação, as perguntas são de presença e quantidade de estabelecimentos, refeitórios e copas.

Entre o terceiro bloco e o sexto, o pesquisador de campo preenche o instrumento a partir da observação direta dos itens. No terceiro bloco são avaliadas as copas para refeição dos trabalhadores, caso haja, com base na dimensão de infraestrutura para alimentação. No quarto bloco são analisados os serviços de alimentação comerciais e/ou refeitório, abarcando as seguintes dimensões: disponibilidade, acessibilidade financeira, comodidade, informação nutricional e propaganda. O quinto é aplicado às máquinas de autosserviço e as dimensões avaliadas são: disponibilidade, acessibilidade financeira e propaganda. O sexto bloco se refere ao entorno do hospital, sendo, no presente estudo, considerado o quarteirão do hospital, avaliando a presença de estabelecimentos comerciais formais e informais, como cantina, lanchonete, loja de departamento, sorveteria, restaurante, supermercado, feira livre, ambulante etc (IBGE, 2017). Posteriormente, os estabelecimentos encontrados no entorno dos hospitais foram agrupados em três grupos, de acordo com o tipo de itens alimentares prioritariamente comercializados: estabelecimentos que comercializam predominantemente alimentos in natura ou minimamente processados (hortifruti e feira livre), estabelecimentos mistos (comercializam todos os tipos de alimentos, como bar, mercado, mercearia, padaria, restaurante e supermercado) e estabelecimentos que comercializam predominantemente alimentos ultraprocessados (bomboniere, cafeteria, cantina, confeitaria, lanchonete, loja de conveniência, loja de departamento, pastelaria, pizzaria e sorveteria) (CASTRO JUNIOR, 2018).

Para a avaliação de alimentos, preparações e bebidas, considerou-se as recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira para a identificação de alimentos in natura ou minimamente processados ou preparações culinárias a base destes alimentos e de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014). Os “itens de conveniência”, que são aqueles de fácil acesso, que não demandam atendimento, além do pagamento (incluindo os itens de bomboniere) e eram

basicamente itens ultraprocessados, definidos a partir dos mesmos critérios apontados para alimentos, preparações e bebidas (BRASIL, 2014).

O sétimo bloco trata de entrevista com trabalhadores do hospital para avaliação de sua percepção sobre o ambiente alimentar. Primeiro são colhidos dados do entrevistado e após são feitas perguntas sobre as dimensões de disponibilidade (referentes apenas a serviços de *delivery* e comércio informal no interior do hospital), acessibilidade física, ambiência e acesso à água, considerando refeitório, copa e estabelecimentos comerciais. Nesse bloco, utilizou-se afirmações seguidas da escala de *likert* (LIKERT, 1932) com cinco opções de resposta, no entanto, para as análises, agrupou-se as respostas em: concordo totalmente e concordo mais que discordo, sendo estas consideradas positivas, e as demais respostas consideradas como avaliação negativa. Para tanto, foram entrevistados 10 trabalhadores em cada hospital, que tivessem no mínimo ensino médio completo como escolaridade, e foram escolhidos por conveniência.

O oitavo bloco se refere a entrevista com um gestor, o chefe de nutrição, para avaliar aspectos da tomada de decisão sobre o ambiente alimentar, relacionadas à disponibilidade de alimentos, preparações e bebidas no interior do hospital.

Adicionalmente, foram feitas comparações entre hospitais levando-se em conta o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) dos bairros onde os hospitais estão localizados. Para tanto, estabeleceu-se como ponto de corte a média do IDS dos bairros da cidade do Rio de Janeiro, sendo os hospitais alocados nos grupos “baixo IDS” e “alto IDS”. O IDS é calculado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro. Nele foram utilizados oito indicadores para sua composição, construídos a partir do Censo Demográfico de 2010 do IBGE, referentes a abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, características dos domicílios (número de banheiros e de moradores no domicílio), e dos moradores (analfabetismo entre moradores de 10 a 14 anos, rendimento per capita em salários mínimos, rendimento per capita até 1 salário mínimo e superior a 5 salários mínimos) (IPP/DIG; IBGE, 2010).

4.4 Análise dos dados

Para análise de dados, os bancos exportados em planilha Excel foram transformados em bancos Stata, e analisados no software Stata SE versão 14.2 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de medidas de frequência absoluta e relativa, no caso das variáveis categóricas, e de medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (desvio padrão e valores mínimo e máximo), no caso de variáveis contínuas.

As diferenças significativas foram identificadas com base na comparação entre os intervalos de confiança (IC 95%). A ausência de sobreposição entre os intervalos foi assumida como diferença significativa, considerando o nível de significância de 5%.

4.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) (CAAE: 91960718.3.0000.5259) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 91960718.3.3001.5279) (ANEXOS 2 e 3).

Para os trabalhadores entrevistados e o chefe de nutrição dos hospitais, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e só era continuada a abordagem se assinado o termo para participação na pesquisa.

Os resultados do estudo serão compartilhados com os hospitais que dele participaram e com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

5 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados a seguir, no formato de artigo científico a ser submetido para publicação em periódico indexado.

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR DE HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA METRÓPOLE BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR DE HOSPITAIS PÚBLICOS

Maria Eduarda Ribeiro José¹

Inês Rugani Ribeiro de Castro²

Daniela Silva Canella²

1 - Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier, 524, 12º andar, bloco D e E, CEP: 20550-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2 - Instituto de Nutrição – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier, 524, 12º andar, bloco D e E, CEP: 20550-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor de correspondência: Daniela Silva Canella. Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 12º andar, sala 12002, bloco E, CEP 20550-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Financiamento da pesquisa: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. MERJ recebe bolsa de mestrado CAPES.

Conflito de interesse: Não há.

Este estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes estabelecidas na Declaração de Helsinque e todos os procedimentos envolvendo participantes de pesquisa foram aprovados pelo Comitê de ética do HUPE/UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O consentimento informado por escrito foi obtido de todos os indivíduos.

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar o ambiente alimentar de hospitais públicos de uma metrópole brasileira.

DESENHO: Estudo transversal que envolveu auditoria de copas, refeitórios, estabelecimentos comerciais e máquinas de autosserviço de hospitais, caracterização do seu entorno e entrevista com trabalhadores e gestores. O instrumento utilizado abarcava as seguintes dimensões: disponibilidade, acessibilidade física, acessibilidade financeira, comodidade, informação nutricional, propaganda, infraestrutura para alimentação, ambiência e acesso à água.

CENÁRIO: Rio de Janeiro, Brasil.

PARTICIPANTES: 24 hospitais públicos da rede municipal do Rio de Janeiro.

RESULTADOS: Apenas 92,0% dos hospitais dispunham de refeitório para alimentação dos trabalhadores, 87,5% contavam com copas de apoio, 37,5% tinham estabelecimentos comerciais e 25,0% tinham máquinas de autosserviço. Destaca-se a discrepância no número de copas, variando de 0 a 36 (mediana de 2,5), que são locais estratégicos de apoio à alimentação uma vez que poucos estabelecimentos e refeitórios funcionavam 24 horas. A presença de filtros/bebedouros em copas, estabelecimentos comerciais e refeitórios foi escassa. Verificou-se alta oferta, variedade e propaganda de alimentos e bebidas ultraprocessados, inclusive nos refeitórios, onde se tem cardápio planejado por nutricionista. No entorno dos hospitais foram encontrados estabelecimentos e ambulantes com perfil de venda majoritariamente de alimentos ultraprocessados. Os gestores do serviço de nutrição relataram pouca participação na elaboração de editais e licitações para contratação de empresa terceirizada ou concessão de estabelecimento comercial.

CONCLUSÃO: O ambiente alimentar dos hospitais municipais da metrópole estudada não favorece as escolhas alimentares saudáveis.

5.1 Introdução

Os trabalhadores de hospitais são expostos a longas jornadas de trabalho, plantões, lidam com o sofrimento e morte diariamente e precisam agir com agilidade e precisão na sua atuação profissional (ABARGHOU EI et al., 2016; SANTOS; GUIRARDELLO, 2007). Assim, estudos mostram que essa rotina tem gerado consequências à saúde desses profissionais, como aumento no nível de estresse (HAYES; DOUGLAS; BONNER, 2015; HE et al., 2017; SANTOS et al., 2018), privação do sono (COELHO et al., 2014), descontrole no consumo alimentar (COELHO et al., 2014; PERSSON; MARTENSSON, 2006) e altas prevalências de excesso de peso (PEREIRA et al., 2017; ZAPKA et al., 2009). Tais consequências podem refletir em insatisfação e pior desempenho laboral, o que pode afetar a população atendida e a saúde e qualidade de vida do trabalhador. Neste sentido, são necessárias estratégias para melhoria das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores de hospitais, como atividades de apoio, de controle do estresse, redução da carga de trabalho e melhorias nas instalações dos hospitais, as quais podem ser soluções para suporte aos trabalhadores.

Em relação aos hospitais, tem-se como um dos elementos o ambiente alimentar, visto que os trabalhadores passam uma parte significativa do seu dia no trabalho e podem realizar parte importante de suas refeições neste local, o que faz com que os ambientes de trabalho devam ter infraestrutura e instalações para oferecer e apoiar as refeições dos trabalhadores e lhes dar condições suficientes de conforto (KATZ et al., 2005).

Apesar de sua importância, na literatura existente sobre ambiente alimentar hospitalar, os estudos se referem a países de renda alta, como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, e à análise da disponibilidade de estabelecimentos e do ambiente do consumidor, com foco prioritário na avaliação da disponibilidade de determinados itens alimentares, sinalizando a ampla oferta de alimentos ultraprocessados (DERRICK; BELLINI; SPELMAN, 2015; LESSER et al., 2012; MCDONALD et al., 2006; REED; CHENAULT, 2010; SAHUD et al., 2006; WINSTON et al., 2013; WINSTON; JOHNSON; WILSON, 2008).

Tendo em vista a importância do tema e a lacuna existente na literatura acerca da avaliação desses ambientes, o presente estudo teve como objetivo avaliar o ambiente alimentar de hospitais públicos de uma metrópole brasileira, sendo este estudo inédito no contexto de países de renda média e baixa.

5.2 Métodos

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal e descritivo, realizado no município do Rio de Janeiro, segunda maior metrópole brasileiras, em hospitais públicos da rede municipal de saúde. Dos 26 hospitais municipais administrados pela prefeitura do Rio de Janeiro, foram avaliados 24 hospitais distribuídos por 20 bairros do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; SECRETARIA DE SAÚDE RJ, 2019; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RJ, 2019).

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2019, em dias úteis, no período diurno. A equipe foi formada por sete pesquisadoras treinadas, utilizando tablets e o aplicativo Coletum. Para o presente estudo de caracterização, foram utilizados dados do baseline do estudo de reprodutibilidade de instrumento desenvolvido especificamente para este tipo de ambiente. Nas avaliações inter e intraobservador verificou-se elevada proporção de itens com concordância boa, muito boa ou excelente (MESSIAS, 2019).

O instrumento utilizado contemplou nove dimensões do ambiente alimentar, que melhor dialogavam com o ambiente alimentar hospitalar. São elas: disponibilidade (BRASIL, 1978; CASPI et al., 2012; ENGELL et al., 1996; HEALTH CANADA, 2013; HLPE, 2017; TURNER

et al., 2017), acessibilidade física (CASPI et al., 2012; FRANCO, 2016), acessibilidade financeira (CASPI et al., 2012; HEALTH CANADA, 2013; HLPE, 2017), comodidade/conveniência (CASPI et al., 2012), informação nutricional (BRASIL, 2003; GLANZ et al., 2005), propaganda (FRANCO, 2016), ambiência (STROEBELE; DE CASTRO, 2004), infraestrutura para alimentação (BRASIL, 1978, 2002; COMISSÃO TRIPARTITE PERMANENTE NACIONAL, 2012) e acesso à água (BRASIL, 1978; ENGELL et al., 1996).

O instrumento apresenta oito blocos, envolvendo auditoria de copas, restaurantes institucionais (refeitórios) e estabelecimentos comerciais (incluindo máquinas de autosserviço), além de entrevista com trabalhadores e gestores.

Os dois primeiros blocos se referem a características gerais de cada hospital: tipo de estabelecimento (hospital especializado, geral ou dia), esfera administrativa (público federal, público estadual, privado com fins lucrativos ou sem fins lucrativos), número de trabalhadores, número de leitos ativos e existentes, plano do hospital (horizontal ou vertical), número de andares, presença e funcionamento de elevadores, presença de rampas; e infraestrutura para alimentação (presença e quantidade de estabelecimentos, refeitórios e copas).

Entre o terceiro bloco e o sexto, o pesquisador preenche o instrumento a partir da observação direta dos itens. No terceiro bloco são avaliadas as copas para refeição dos trabalhadores, caso haja, com base na dimensão de infraestrutura para alimentação. No quarto bloco são analisados os serviços de alimentação comerciais e/ou refeitório, abarcando as seguintes dimensões: disponibilidade, acessibilidade financeira, comodidade, informação nutricional e propaganda. O quinto bloco é aplicado às máquinas de autosserviço e as dimensões avaliadas são: disponibilidade, acessibilidade financeira e propaganda. Para a avaliação de alimentos, preparações e bebidas, considerou-se as recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira para a identificação de alimentos in natura ou minimamente processados ou preparações culinárias a base destes alimentos e de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014; FRANCO, 2016). Os “itens de conveniência”, que são aqueles de fácil acesso, que não demandam atendimento, além do pagamento (incluindo os itens de bomboniere) e eram basicamente itens ultraprocessados, definidos a partir dos mesmos critérios apontados para alimentos, preparações e bebidas (BRASIL, 2014). O sexto bloco se refere ao entorno do hospital, sendo, no presente estudo, considerado o quarteirão do hospital, avaliando a presença de estabelecimentos comerciais formais e informais, como cantina, lanchonete, loja de departamento, sorveteria, restaurante, supermercado, feira livre, ambulante etc (IBGE, 2017). Posteriormente, os estabelecimentos foram agrupados de acordo com o tipo de itens alimentares prioritariamente comercializados: 1) estabelecimentos que comercializam predominantemente

alimentos in natura ou minimamente processados (hortifruti e feira livre), 2) estabelecimentos mistos (comercializam todos os tipos de alimentos, como bar, mercado, mercearia, padaria, restaurante e supermercado) e 3) estabelecimentos que comercializam predominantemente alimentos ultraprocessados (bomboniere, cafeteria, cantina, confeitaria, lanchonete, loja de conveniência, loja de departamento, pastelaria, pizzaria e sorveteria) (CASTRO JUNIOR, 2018).

O sétimo bloco se refere a entrevista com trabalhadores do hospital para avaliação de sua percepção sobre o ambiente alimentar. Utilizou-se afirmações seguidas da escala de *likert* (LIKERT, 1932) com cinco opções de resposta, no entanto, para as análises, considerou-se como positivas as respostas agrupadas “concordo totalmente” e “concordo mais que discordo”. Foram entrevistados cerca de 10 trabalhadores em cada hospital, com perguntas abarcando as dimensões de disponibilidade (referentes apenas a serviços de *delivery* e comércio informal no interior do hospital), acessibilidade física, ambiência e acesso à água, considerando refeitório, copa e estabelecimentos comerciais. O oitavo bloco trata de entrevista com um gestor, o chefe de nutrição, para avaliar aspectos da tomada de decisão sobre o ambiente alimentar, relacionadas à disponibilidade de alimentos, preparações e bebidas no interior do hospital.

Adicionalmente, foram feitas comparações entre hospitais levando-se em conta o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) dos bairros onde os hospitais estão localizados. Para tanto, estabeleceu-se como ponto de corte a média do IDS dos bairros da cidade do Rio de Janeiro, sendo os hospitais alocados nos grupos “baixo IDS” e “alto IDS”. O IDS é calculado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, sendo utilizados oito indicadores para sua composição, construídos a partir do Censo Demográfico de 2010 do IBGE, referentes a abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo, características dos domicílios e dos moradores (IPP/DIG; IBGE, 2010).

Após a coleta, os dados foram sincronizados de forma online para construção do banco de dados, posteriormente exportado em planilha em formato Excel e as análises foram realizadas no software Stata SE versão 14.2 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de medidas de frequência absoluta e relativa, no caso das variáveis categóricas, e de medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (desvio padrão e valores mínimo e máximo), no caso de variáveis contínuas. As diferenças significativas foram identificadas com base na comparação entre os intervalos de confiança (IC 95%). A ausência de sobreposição entre os intervalos foi assumida como diferença significativa, considerando o nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) (CAAE: 91960718.3.0000.5259) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 91960718.3.3001.5279). Os trabalhadores entrevistados e os chefes de nutrição dos hospitais que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

5.3 Resultados

Dos 24 hospitais visitados, 50% estavam localizados em área de alto IDS. A maior parte dos hospitais eram especializados (66,7%), verticais (79,2%) e com presença de elevadores que funcionavam (79,2%) e de rampas (83,3%). Nos hospitais de áreas de alto IDS, foram observados em média mais de três vezes o número de leitos existentes e de trabalhadores que nos hospitais localizados em áreas de baixo IDS (Tabela 1).

Apenas 92,0% dos hospitais dispunham de refeitório para alimentação dos trabalhadores, 87,5% contavam com copas de apoio, 37,5% tinham estabelecimentos comerciais e 25,0% dos hospitais tinham máquinas de autosserviço. Destaca-se a discrepância entre os hospitais em relação ao número de copas presentes, que variou de 0 a 36 (mediana=3,0). Ainda, dentro dos refeitórios e estabelecimentos, apesar das refeições completas serem a opção oferecida mais frequentemente (88,2%), devido ao fato de serem oferecidas em praticamente todos os refeitórios, lanches (52,9%) e itens de bomboniere (26,5%) estavam disponíveis nos estabelecimentos comerciais e refeitórios (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos Hospitais Municipais avaliados, segundo IDS do bairro onde estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.

Características gerais dos hospitais	Área de alto IDS*			Área de baixo IDS*			Total		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Tipo de estabelecimentos									
Hospital especializado	6	50,0	21,9-78,1	10	83,3	47,6-96,5	16	66,7	45,0-83,0
Hospital geral	6	50,0	21,9-78,1	2	16,7	3,5-52,4	8	33,3	17,0-55,0
Plano									
Horizontal	0	0	--	5	41,7	16,4-72,2	5	20,8	8,5-42,7
Vertical	12	100,0	--	7	58,3	27,8-83,6	19	79,2	57,3-91,5
Presença de elevador									
Sim	12	100,0	--	8	66,7	34,2-88,5	20	83,3	61,7-93,9
Elevador funciona									
Sim	12	100,0	--	7	58,3	27,8-83,6	19	79,2	53,1-88,8
Presença de rampas									
Sim	12	100,0	--	8	66,7	34,2-88,5	20	83,3	61,7-93,9
Presença de estabelecimentos para alimentação nos hospitais									
Refeitório	12	100,0	--	10	83,3	47,6-96,5	22	92,0	70,5-98,1
Copa	11	91,7	52,5-99,1	10	83,3	47,6-96,5	21	87,5	66,1-96,2
Estabelecimento comercial	7	58,3	27,8-83,6	2	16,7	3,5-52,4	9	37,5	20,1-58,9
Máquina de autosserviço	3	25,0	7,1-59,1	3	25,0	7,1-59,1	6	25,0	11,2-46,9
Tipo de alimento servido nos estabelecimentos (refeitório e estabelecimento comercial)									
Lanche	11	52,4	30,7-73,2	7	53,9	25,8-79,7	18	52,9	35,9-69,4
Refeição completa	19	90,5	66,8-97,8	11	84,6	50,8-96,7	30	88,2	71,7-95,7
Itens de bombonière	7	33,3	16,0-56,8	2	15,4	3,3-49,3	9	26,5	14,0-44,3
Resumo de estatísticas descritivas									
	Área de alto IDS			Área de baixo IDS			Total		
	Média	Mediana	Min-Máx	Média	Mediana	Min-Máx	Média	Mediana	Min-Máx
Número de espaços para alimentação nos hospitais									
Refeitório	1,2	1,0	1,0-2,0	0,8	1,0	0-1,0	1,0	1,0	0-2,0
Copa	4,8	4,0	0-20,0	6,7	2,0	0-36,0	5,7	3,0	0-36,0
Estabelecimento comercial	0,6	1	0-1,0	0,3	0	0-2,0	0,4	0	0-2,0
Máquina de autosserviço	0,8	0	0-4,0	0,5	0	0-3,0	0,7	0	0-4,0
Resumo de estatísticas descritivas									
	Área de alto IDS			Área de baixo IDS			Total		
	Média (DP)	Mediana	IC 95%	Média (DP)	Mediana	IC 95%	Média (DP)	Mediana	IC 95%
Número de leitos existentes	196,3 (143,5)	135	105,1-287,4	57,7 (42,3)	56	30,8-84,5	127,0 (125,4)	70	74,0-180,0
Número de trabalhadores dos hospitais	948,3 (747,0)	750	374,2-1522,5	342,1 (236,6)	257,5	191,7-492,4	601,9 (590,3)	400	333,2-870,6

*IDS (Índice de Desenvolvimento Social).

Na avaliação da infraestrutura para alimentação nas copas, na maioria dos hospitais havia a presença de mesas e assentos, equipamento para refrigeração e aquecimento de alimentos e equipamento para controle de temperatura ambiente. Porém, menos de 50% das copas contava com a presença de filtro de água, sendo esta significativamente menor em hospitais de áreas de baixo IDS (35,0% x 61,4%) (Tabela 2).

Quanto aos refeitórios, praticamente todos possuíam mesas e assentos e contavam com a presença de equipamentos para controle da temperatura. Bebedouros foram encontrados em um pouco mais da metade (54,2%) (Tabela 2). Em 70% dos refeitórios, a única forma de pagamento era via matrícula, sendo estes restritos aos trabalhadores dos hospitais. Somente 4,2% dos refeitórios ficavam abertos 24 horas, os demais abriam somente no horário específico para as refeições. Todos os 24 refeitórios abriam finais de semana e feriados (dados não apresentados).

Dentre os estabelecimentos comerciais dentro da estrutura hospitalar, o tipo mais frequente foi lanchonetes/cantinas/cafeaterias. Grande parte destes possuíam mesas e assentos. Contudo, não foi identificado a presença de nenhum bebedouro (Tabela 2). Em relação à conveniência, 90,0% dos estabelecimentos aceitavam como forma de pagamento o dinheiro, 40,0% cartão de débito ou crédito, 30,0% vale refeição e 10,0% caderneta e matrícula e, quanto ao horário de funcionamento, somente 33,3% dos estabelecimentos ficavam abertos durante 24 horas, e 50% abria domingo e feriados (dados não apresentados).

Tabela 2 - Infraestrutura para alimentação, segundo IDS do bairro onde estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.

Infraestrutura para alimentação e conveniência	Área de alto IDS*			Área de baixo IDS*			Total		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Copas									
Presença de mesas	50	87,7	76,1-94,1	68	85,0	75,2-91,4	118	86,1	79,2-91,0
Presença de assentos	51	89,5	78,2-95,3	63	78,8	68,3-86,5	114	83,2	75,9-88,6
Presença de filtro de água	35	61,4	48,0-73,3	28	35,0	25,2-46,2	63	46,0	37,8-54,4
Presença de equipamento para refrigeração de alimentos	52	91,2	80,3-96,4	75	93,8	85,7-97,4	127	92,7	86,9-96,0
Presença de equipamento para aquecimento de alimentos	48	84,2	72,0-91,6	66	82,5	72,4-89,4	114	83,2	75,9-88,6
Presença de equipamento para controle de temperatura ambiente (ar condicionado ou ventilador)	32	56,1	42,9-68,6	60	75,0	64,2-83,4	92	67,2	58,8-74,6
Estabelecimentos comerciais									
Tipo de estabelecimentos									
<i>Restaurante comercial à quilo</i>	1	14,3	1,2-70,1	0	0	--	1	2,9	1,0-54,7
<i>Lanchonete/cantina/cafeteria</i>	4	57,1	17,1-89,6	3	100,0	--	7	20,6	32,9-91,7
<i>Misto (Refeições + lanches ou refeições + bombonière ou lanches + bombonière ou refeições + lanches + bombonière)</i>	2	28,6	4,9-75,6	0	0	--	2	5,9	4,0-59,9
Presença de mesas e assentos	7	100,0	--	1	33,3	0,3-99,0	8	80,0	40,1-96,0
Presença de bebedouros	0	0	--	0	0	--	0	0	--
Presença de geladeira expositora	4	57,1	17,1-89,6	3	100,0	--	7	70,0	32,9-91,7
Presença de micro-ondas	2	28,6	4,9-75,6	0	0	--	2	20,0	4,0-59,9
Presença de equipamento para controle de temperatura ambiente (ar condicionado ou ventilador)	6	85,7	29,9-98,8	3	100,0	--	9	90,0	45,3-99,0
Refeitório									
Presença de mesas e assentos	14	100,0	--	10	100,0	--	24	100,0	--
Presença de bebedouros	6	42,9	18,9-70,7	7	70,0	32,9-91,7	13	54,2	33,6-73,4
Presença de geladeira expositora	1	7,14	0,8-41,9	2	20,0	4,0-59,9	3	12,5	3,8-33,8
Presença de micro-ondas	4	28,6	10,0-58,9	3	30,0	8,3-67,1	7	29,2	14,0-51,0
Presença de equipamento para controle de temperatura ambiente (ar condicionado ou ventilador)	13	92,9	58,0-99,2	10	100,0	--	23	95,8	73,5-99,5

*IDS (Índice de Desenvolvimento Social).

Na avaliação de disponibilidade de alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias nos refeitórios, hortaliças, leguminosas e frutas foram os itens mais disponíveis para os trabalhadores. Considerando isoladamente cada alimento e bebida ultraprocessado avaliado, estes foram encontrados em menor frequência quando comparados com alimentos in natura ou minimamente processados, principalmente nos hospitais de áreas de baixo IDS (Tabela 3). Dos refeitórios avaliados, somente em um foi encontrado mais de uma opção dos itens: sorvete/picolé (9 tipos), refrigerantes (8 tipos), néctar (8 tipos), isotônicos (7

tipos), salgadinhos de pacote (6 tipos) e biscoito doce recheado (6 tipos). Ainda, foram encontrados para livre uso: sal de mesa em 83% dos hospitais, adoçante em 75% e açúcar em 54%. Somente 50% dos refeitórios tinham informação para o consumidor, sendo 83% no cardápio e menos de 10% tinha alguma informação nutricional (energia, macronutrientes, sal, açúcar e/ou gordura trans). No tocante às propagandas, 30% dos refeitórios tinham propagandas sobre frutas, 25% sobre hortaliças e menos de 5% sobre alimentos e bebidas ultraprocessados (dados não apresentados).

Em relação aos estabelecimentos comerciais, suco natural, hortaliças, água de coco e leguminosas, estavam disponíveis com maior frequência dentre os itens in natura ou minimamente processados. Alimentos e bebidas ultraprocessados foram encontrados em, pelo menos, metade dos estabelecimentos (Tabela 3). Os itens com maior média de número de tipos foram balas (18 tipos), sorvete/picolé (13 tipos), salgadinho de pacote (10 tipos) e chocolate (8 tipos). Dos estabelecimentos avaliados, 90% ofereciam livremente sal, açúcar e adoçante. A informação para o consumidor estava disponível em 60% dos estabelecimentos, sendo 67% em forma de cardápio e apenas 17% dos estabelecimentos tinha informações nutricionais (macronutrientes, gordura trans, açúcar e/ou fibra alimentar). Por outro lado, 70% dos estabelecimentos apresentaram propagandas encorajando o consumo de bebidas ultraprocessadas, 50% sobre alimentos ultraprocessados e apenas 20% sobre frutas (dados não apresentados).

Nas máquinas de autosserviço, alimentos e bebidas ultraprocessados (itens de conveniência) foram os mais encontrados (50%) (Tabela 3). Sobre a forma de pagamento, 18,8% das máquinas encontradas, aceitavam cartão como forma de pagamento e um terço máquinas possuíam propagandas, todas referentes a itens ultraprocessados (dados não apresentados).

No entorno dos 24 hospitais, foram encontrados 18 tipos de estabelecimento, variando de 0 a 11 tipos de estabelecimento por entorno de cada um dos hospitais. Destes, 68,7% estavam localizados no entorno de hospitais em área de alto IDS. No grupo dos estabelecimentos que comercializam predominantemente alimentos in natura ou minimamente processados, somente um tipo de estabelecimento foi encontrado no entorno de um único hospital localizado na área de baixo IDS. Já no grupo de estabelecimentos mistos, foram encontrados seis tipos de estabelecimentos espalhados por 10 hospitais, sendo seis tipos em área de baixo IDS e quatro em área de alto IDS. Do grupo de estabelecimentos que vendiam predominantemente alimentos ultraprocessados, sete diferentes tipos de estabelecimentos estavam distribuídos no entorno de sete hospitais, dois em área de baixo IDS e cinco deles em área de alto IDS. Dentre os tipos de estabelecimentos localizados no entorno, os mais presentes foram: lanchonetes (em sete

hospitais), restaurantes (em cinco hospitais), bares (em quatro hospitais) e padaria (em de quatro hospitais). Além disso, dentre os ambulantes encontrados no entorno dos hospitais, foram contabilizados sete diferentes tipos, sendo cinco em hospitais localizados em área de baixo IDS (variando de 0 a 3) e cinco também naqueles em área de alto IDS (variando de 1 a 4), sendo os ambulantes mais frequentes: bomboniere (no entorno de 19 hospitais), salgado (no entorno de seis hospitais) e de frutas (no entorno de quatro hospitais) (dados não apresentados).

Tabela 3 - Disponibilidade de alimentos em refeitórios, estabelecimentos comerciais e máquinas de autosserviço de hospitais municipais avaliados, segundo IDS do bairro no qual estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.

Disponibilidade de alimentos	Área de alto IDS*			Área de baixo IDS*			Total		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
REFEITÓRIO									
<i>Alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias</i>									
Hortalças (crua ou coccionada)	14	100,0	--	10	100,0	--	24	100,0	--
Leguminosas	12	85,7	53,5-96,9	9	90,0	45,3-99,0	21	87,5	66,1-96,2
Arroz integral	4	28,6	10,0-58,9	4	40,0	13,4-74,2	8	33,3	16,9-55,0
Frutas (salada ou fruta)	10	71,4	41,1-90,0	3	30,0	8,3-67,1	13	54,2	33,6-73,4
Suco natural	7	50,0	24,0-76,0	4	40,0	13,4-74,2	11	45,8	26,6-66,4
Suco natural adoçado	5	35,7	14,3-65,0	2	20,0	4,0-59,9	7	29,2	14,0-51,0
Água de coco	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Café	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Outros alimentos ^a	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
<i>Alimentos e bebidas ultraprocessados</i>									
Barra de cereal	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Biscoito doce (com e sem recheio)	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Biscoito salgado e salgadinho de pacote	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Salgado	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Refrigerante	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Néctar	3	21,4	6,3-52,7	1	10,0	1,0-54,7	4	16,7	6,1-38,3
Outras bebidas ^b	8	57,1	29,3-81,1	7	70,0	32,9-91,7	15	62,5	41,1-79,9
Bombom e chocolate	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Bala	1	7,1	0,8-42,0	0	0	--	1	4,2	0,5-26,5
Sorvete ou picolé	2	14,3	3,1-46,5	1	10,0	1,0-54,7	3	12,5	3,8-33,9
Outros doces	3	21,4	6,3-52,7	0	0	--	3	12,5	3,8-33,9
ESTABELECIMENTO COMERCIAL									
<i>Alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias</i>									
Hortalças (crua ou coccionada)	5	71,4	24,4-95,1	1	33,3	0,3-99,0	6	60,0	25,8-86,6
Leguminosas	5	71,4	24,4-95,1	0	0	--	5	50,0	19,3-80,7
Arroz integral	1	14,3	1,2-70,1	0	0	--	1	10,0	1,0-54,7
Frutas (salada + fruta)	3	42,9	10,4-82,9	1	33,3	0,3-99,0	4	40,0	13,4-74,2
Suco natural	6	85,7	29,9-98,8	1	33,3	0,3-99,0	7	70,0	32,9-91,7

Tabela 3 - Disponibilidade de alimentos em refeitórios, estabelecimentos comerciais e máquinas de autosserviço de hospitais municipais avaliados, segundo IDS do bairro no qual estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.

Disponibilidade de alimentos	Área de alto IDS*			Área de baixo IDS*			Total		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Vitamina de fruta	3	42,7	1,2-70,1	1	33,3	0,3-99,0	4	40,0	13,4-74,2
Vitamina de fruta adoçada	1	14,3	1,2-70,1	0	0	--	1	10,0	1,0-54,7
Água de coco	4	57,1	17,1-89,6	2	66,7	1,0-99,7	6	60,0	25,8-86,6
Café	1	14,3	1,2-70,1	0	0	--	1	10,0	1,0-54,7
Outros alimentos ^a	6	85,7	29,9-98,8	3	100,0	--	9	90,0	45,3-99,0
Alimentos e bebidas ultraprocessados									
Barra de cereal	4	57,1	17,1-89,6	2	66,7	1,0-99,7	6	60,0	25,8-86,6
Biscoito doce	7	100,0	--	3	100,0	--	10	100,0	--
Biscoito salgado	6	85,7	29,9-98,8	3	100,0	--	9	90,0	45,3-99,0
Sanduiche	5	71,4	24,4-95,1	0	0	--	5	50,0	19,3-80,1
Salgado	6	85,7	29,9-98,8	3	100,0	--	9	90,0	45,3-99,0
Refrigerante	7	100,0	--	2	66,7	1,0-99,7	9	90,0	45,3-99,0
Néctar	5	71,4	24,4-95,1	2	66,7	1,0-99,7	7	70,0	32,9-91,7
Outras bebidas ^b	7	100,0	--	3	100,0	--	10	100,0	--
Bombom e chocolate	7	100,0	--	0	0	--	7	70,0	32,9-91,7
Bala	6	85,7	29,9-98,8	3	100,0	--	9	90,0	45,3-99,0
Sorvete ou picolé	6	85,7	29,9-98,8	0	0	--	6	60,0	25,8-86,6
Outros doces	7	100,0	--	3	100,0	--	10	100,0	--
MÁQUINA DE AUTOSSERVIÇO									
Refrigerante	4	40,0	13,4-74,2	2	33,3	5,1-82,2	6	37,5	16,6-64,3
Outras bebidas açucaradas	4	40,0	13,4-74,2	3	50,0	10,9-89,1	7	43,8	21,0-69,5
Bebida de baixa caloria	1	10,0	1,0-54,7	1	16,7	1,2-77,0	2	12,5	2,8-41,7
Água sem gás	3	30,0	8,3-67,1	1	16,7	1,2-77,0	4	25,0	8,9-53,3
Itens de conveniência	4	40,0	13,4-74,2	4	66,7	7,8-94,9	8	50,0	25,6-74,4

^a Outros alimentos: Crepe/wrap e pão na chapa.

^b Outras bebidas: Refresco, chá pronto, isotônico, energético, guaraná natural, a base de soja, leite aromatizado/iogurte/bebida láctea, café com leite, capuccino e chocolate.

*IDS (Índice de Desenvolvimento Social).

No que se refere a promoção, a possibilidade de substituição de itens foi pouco frequente, se restringindo à substituição de algum item por hortaliças, pelo mesmo preço, sendo encontrada apenas em estabelecimentos de hospitais localizados em áreas de alto IDS. A mudança de tamanho da porção foi encontrada em um terço ou menos dos estabelecimentos e a presença de combo ou promoção só foi encontrada em um estabelecimento localizado em área de alto IDS. O preço médio de itens avaliados em estabelecimentos comerciais apresentou importantes variações (ex: sanduiche com preços entre R\$ 3,50 e R\$ 7,00), enquanto os preços foram mais estáveis nas máquinas de autosserviço (Tabela 4).

Tabela 4 - Preço e promoção, segundo IDS do bairro onde estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.

Preço e promoção nos estabelecimentos comerciais	Área de alto IDS**			Área de baixo IDS**			Total		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Substituição									
Algun item por hortaliças	3	42,9	10,4-82,9	0	0	--	3	30,0	1,0-54,0
<i>Mesmo preço</i>	3	57,1	10,4-82,9	0	0	--	3	30,0	8,3-67,1
Refrigerante/bebida açucarada por suco natural fresco/com polpa	0	0	--	0	0	--	0	0	--
Mudança de tamanho de porção									
Porção maior de alimentos	2	28,6	4,9-75,6	1	33,3	0,3-99,0	3	30,0	8,3-67,1
Porção maior da bebida	1	14,3	1,2-70,1	1	33,3	0,3-98,0	2	20,0	4,0-59,0
Porção reduzida de algum item	2	28,6	4,9-75,6	1	33,3	0,3-99,0	3	30,0	8,3-67,1
Presença de combo/promoção									
	1	14,3	1,2-70,1	0	0	--	1	10,0	1,0-54,7
	Preço médio (R\$)			Preço médio (R\$)			Preço médio (R\$)		
Preço em estabelecimentos comerciais									
		Mín-Máx			Mín-Máx			Mín-Máx	
Salgadinho de pacote	4,0	2,5-6,0		3,3	3,0-3,5		3,8	2,5-6,0	
Biscoito doce sem recheio	4,6	2,5-6,0		2,8	2,0-3,5		4,1	2,0-6,0	
Sanduíche	4,8	3,5-7,0		0	0		4,8	3,5-7,0	
Salgado frito	5,0	4,5-6,0		0	0		5,0	4,5-6,0	
Salgado assado	4,7	4,0-5,0		5,0	5,0-5,0		4,8	4,0-5,0	
Refrigerante (regular tipo cola)	4,6	3,0-6,0		3,0	3,0-3,0		4,3	3,0-6,0	
Preço em máquinas de autosserviço									
Refrigerante do tipo cola regular (350ml)	4,0	4,0-4,0		4,5	4,0-5,0		4,3	4,0-5,0	
Néctar (200ml)	0	0		2,0	2,0-2,0		2,0	2,0-2,0	
Água sem gás (500ml)	2,0	2,0-2,0		2,5	2,5-2,5		2,1	2,0-2,5	
Barra de cereal	1,0	1,0-1,0		2,0	2,0-2,0		1,5	1,0-2,0	
Barra de chocolate (130-150g)	0	0		0	0		0	0	
Salgadinho de pacote (45-60g)	2,3	2,0-2,5		2,0	2,0-2,0		2,2	2,0-2,5	

*Foram selecionados os itens de menor porção ou mais baratos.

** IDS (Índice de Desenvolvimento Social).

A fim de complementar as informações obtidas por meio de auditoria dos hospitais e dos espaços para alimentação, avaliou-se a opinião de trabalhadores sobre aspectos relacionados ao ambiente alimentar. Foram entrevistados 223 trabalhadores (variando de 2 – em um único hospital - a 10 em cada hospital), sendo 75% do sexo feminino, com média de idade de 47 anos e com atividades variadas, como técnicos, auxiliares de serviços gerais, nutricionistas, médicos, psicólogas, recepcionistas e copeiras. Além disso, 60% era celetista/estatutário e plantonista, e 91% trabalhavam no turno diurno (dados não apresentados). Dentre os trabalhadores que utilizavam cada um dos espaços para alimentação, a maior parte apontou concordar com aspectos positivos referente a acessibilidade física e ambiência de refeitório, estabelecimentos comerciais e copas. De maneira geral, o pior resultado se referiu à temperatura dos espaços para alimentação, sendo que apenas 48,5% concordaram que esta era agradável nos estabelecimentos comerciais (Tabela 5). Sobre o acesso a água, 91% dos entrevistados disseram ter acesso gratuito, 90% sendo via bebedouro/filtro, que 95% disseram funcionar. Quando perguntados sobre a permissão para uso de serviço de delivery, 70% dos respondentes disseram que era permitido e 67% responderam que era utilizado, sendo que em

áreas de baixo IDS era utilizado por 75% dos trabalhadores entrevistados, e naquelas de alto IDS por 60%. O comércio informal dentro do ambiente hospitalar foi relatado por 33% dos trabalhadores, sendo a frequência similar em hospitais localizados em áreas de baixo e alto IDS (35% e 31%, respectivamente) (dados não apresentados).

Tabela 5 - Percepção sobre o ambiente alimentar dos Hospitais Municipais avaliados segundo IDS do bairro onde estão localizados. Rio de Janeiro, 2019.

Opinião sobre o ambiente alimentar	Área de alto IDS**			Área de baixo IDS**			Total		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Refeitório									
Distância é curta	86	91,5	83,8-95,7	66	85,7	75,8-92,0	152	88,9	83,2-92,8
Estrutura facilita	91	96,8	90,4-99,0	75	97,4	90,0-99,4	166	97,1	93,1-98,8
Iluminação é satisfatória	89	94,7	87,7-97,8	73	94,8	86,8-98,1	162	94,7	90,2-97,3
Ruído é satisfatório	61	65,6	55,3-74,6	57	74,0	62,9-82,7	118	69,4	62,0-75,9
Higiene é satisfatória	79	84,9	76,0-90,9	65	84,4	74,3-91,0	144	84,7	78,4-89,4
Temperatura é satisfatória	50	53,8	43,5-63,7	41	53,3	41,9-64,2	91	53,5	46,0-60,9
Tempo de espera na fila é curto	84	89,4	81,2-94,2	72	93,5	85,1-97,3	156	91,2	85,9-94,7
Copa									
Distância é curta	53	96,4	86,2-99,1	53	96,4	86,2-99,1	106	96,4	90,6-98,6
Estrutura facilita	53	96,4	86,2-99,1	55	100,0	--	108	98,2	92,9-99,6
Iluminação é satisfatória	46	85,2	72,7-92,5	50	90,9	79,6-96,2	96	88,1	80,4-93,0
Ruído é satisfatório	46	85,2	72,7-92,5	50	90,9	79,6-96,2	96	88,1	80,4-93,0
Higiene é satisfatória	40	74,1	60,5-84,2	46	83,6	71,1-91,4	86	78,9	70,1-85,6
Temperatura é agradável	26	48,2	35,0-61,6	36	65,5	51,8-77,0	62	56,9	47,3-65,9
Estabelecimento comercial									
Distância é curta	21	77,8	57,5-90,1	5	83,3	23,0-98,8	26	78,8	60,9-89,8
Estrutura facilita	25	92,6	73,4-98,3	5	83,3	23,0-98,8	30	90,9	74,4-97,2
Iluminação é satisfatória	25	92,6	73,4-98,3	6	100,0	--	31	93,9	77,8-98,6
Ruído é satisfatório	22	81,5	61,4-92,4	5	83,3	23,0-98,8	27	81,8	64,2-91,9
Higiene é satisfatória	21	77,8	57,5-90,1	5	83,3	23,0-98,8	26	78,8	60,9-89,8
Temperatura é agradável	13	48,2	29,6-67,2	3	50,0	10,9-89,1	16	48,5	31,6-65,7
Acesso à água									
Fácil acesso à água	102	82,9	75,1-88,6	86	86,0	77,6-91,6	188	84,3	78,9-88,5
Qualidade satisfatória	92	81,4	73,1-87,6	68	74,7	64,7-82,7	160	78,4	72,2-83,6

*As repostas contabilizadas na tabela foram as concordo totalmente e concordo mais que discordo.

**IDS (Índice de Desenvolvimento Social).

Em relação à avaliação com os gestores do serviço de nutrição, foram avaliados 23 hospitais, sendo 100% dos gestores do sexo feminino, com média de 49 anos. Em apenas 52% dos hospitais os gestores afirmaram elaborar o edital para contratação de empresa para administrar o refeitório, sendo que desses, 66,7% disseram evitar frituras e alimentos ultraprocessados e exigir a oferta de frutas/suco de polpa. Ainda, gestores de 48% dos hospitais disseram que o edital era elaborado por órgão da prefeitura. Na elaboração do edital para estabelecimentos comerciais, 30,4% dos gestores não souberam informar quem elaborava o edital e somente 26% relataram participar, sendo que alguns dos critérios utilizados para definição do serviço eram: custo dos alimentos, demanda dos funcionários/pacientes, qualidade nutricional e sanitária dos alimentos, incluindo aspectos relacionados ao processamento industrial dos alimentos. Sobre a licitação para contratação de estabelecimentos comerciais,

100% dos gestores relataram não participar do processo e 44% relataram que a licitação especifica os alimentos ofertados nos estabelecimentos (dados não apresentados).

5.4 Discussão

Trata-se do primeiro estudo conduzido em países de renda média a avaliar o ambiente alimentar hospitalar e do primeiro estudo a realizar uma avaliação mais abrangente deste ambiente, abordando não somente a disponibilidade de alimentos, mas também contemplando outras dimensões: acessibilidade física, propaganda, ambiência, infraestrutura para alimentação e acesso à água. Os resultados da caracterização dos hospitais mostram ambientes com alta oferta, variedade e propaganda de alimentos ultraprocessados, inclusive nos refeitórios, onde a alimentação é planejada por equipe técnica de nutrição. Não foram encontradas diferenças significativas entre os hospitais em áreas de alto e baixo IDS. No que se refere a infraestrutura e conveniência nos espaços de alimentação para os trabalhadores, poucos ou nenhum dos estabelecimentos e refeitórios ficavam abertos 24 horas, a despeito deste ser o horário de funcionamento dos hospitais. Neste sentido, as copas seriam locais de apoio à alimentação dos trabalhadores, mas a discrepância encontrada entre o número de copas nos hospitais foi grande. Apesar da disponibilização de água potável gratuita no trabalho ser obrigatória no Brasil (BRASIL, 1978), a presença de filtros/bebedouros em copas, estabelecimentos comerciais e refeitórios foi escassa. No entorno dos hospitais foram encontrados estabelecimentos e ambulantes com perfil de venda majoritariamente de alimentos ultraprocessados, localizados principalmente em área de alto IDS. A partir dos resultados encontrados, percebe-se a importância e a urgência em se avaliar o ambiente alimentar hospitalar e a riqueza de informações que pode ser obtida desses ambientes.

A disponibilidade de alimentos e bebidas não saudáveis, como os ultraprocessados, no hospital pode ser considerada uma influência negativa para a alimentação de acordo com Phiri e colaboradores, uma vez que os trabalhadores avaliados relataram que se sentem culpados por não comer o alimento ultraprocessado, já que todos estão comendo e este está disponível (PHIRI et al., 2014). Então, além da facilidade por estar presente no ambiente alimentar organizacional hospitalar, ainda existe o problema social dos ultraprocessados por conta dos colegas de trabalho.

O fato do horário de funcionamento dos estabelecimentos e refeitórios não ser 24 horas prejudica, principalmente, os trabalhadores noturnos, que provavelmente terão menos acesso a alimentos frescos (in natura ou minimamente processados) dentro do hospital e no entorno, já

que o comércio formal e informal em volta do hospital também não funciona 24 horas, em sua maioria. Desta forma, o trabalhador noturno fica com como opção apenas o comércio informal, quando este existe, e o *delivery*. Tal apontamento é corroborado por revisão que mostra que enfermeiros que trabalhavam a noite apresentavam maior ganho de peso e consumiam mais *snacks*, quando comparados aos trabalhadores diurnos (NICHOLLS et al., 2017). Enfermeiras entrevistadas em outro estudo disseram que a partir das 23 horas a disponibilidade de opções saudáveis para se alimentar diminui, impulsionando o uso de um serviço de alimentação externo (FAUGIER et al., 2001).

Além disso, há relatos de enfermeiras sobre se sentirem desconfortáveis de comer no refeitório pois em alguns hospitais este também era para uso de pacientes e acompanhantes, o que pode interferir na alimentação do trabalhador (FAUGIER et al., 2001).

Em relação à oferta de água, a escassez da presença de filtros/bebedouros pelo hospital pode estar reduzindo o consumo de água dos trabalhadores, como foi verificado em estudo sobre alimentação de trabalhadores de universidade, onde os trabalhadores consumiam apenas 39% da recomendação diária de água (LIMA; COSTA; ROCHA, 2018). No hospital, onde os intervalos são menores ou não existem e a carga horária muitas vezes é maior do que o trabalho em uma universidade, a ingestão de água deve ser facilitada para evitar prejuízos à saúde.

Alguns resultados, como aqueles sobre *delivery*, não foram discutidos, pois não há literatura sobre o tema para dialogar. Considerando os serviços de *delivery* um dos elementos do ambiente alimentar digital (GRANHEIM, 2019), é fundamental que este aspecto seja contemplado em futuros estudos.

Os estudos realizados em ambiente alimentar hospitalar no mundo não levam em consideração o comércio formal e informal no entorno dos hospitais, a infraestrutura do hospital, o acesso à água durante a jornada de trabalho, a utilização de *delivery*, a ambiência dos espaços para alimentação, nem informações sobre a gestão do serviço de alimentação. Todas essas questões também influenciam a alimentação dos trabalhadores, o que implica em suas condições de saúde e no seu rendimento laboral, sendo diferenciais do estudo em questão, que tentou captar a complexidade do ambiente alimentar hospitalar. Neste sentido, foi fundamental ter um instrumento válido e com bom desempenho que captasse tal complexidade, baseado em modelos teóricos e referências nacionais e internacionais e alinhado às diretrizes sobre alimentação adequada e saudável adotadas nas políticas públicas brasileiras (MESSIAS, 2019).

São escassos os estudos avaliando o ambiente alimentar de hospitais. Dentre os existentes, todos foram realizados em países de renda alta, não podendo ser seus achados simplesmente extrapolados para o Brasil (ALLAN et al., 2019; DERRICK; BELLINI;

SPELMAN, 2015; LEDERER et al., 2014; LESSER et al., 2012; MCDONALD et al., 2006; REED; CHENAULT, 2010; SAHUD et al., 2006; WINSTON et al., 2013; WINSTON; JOHNSON; WILSON, 2008).

Revisão narrativa sobre ambiente alimentar hospitalar mostrou que cinco estudos (dentre sete) encontraram a presença de redes de *fast food* dentro de hospitais dos Estados Unidos (REED; CHENAULT, 2010). Outro estudo também dos Estados Unidos avaliou hospitais com residência pediátrica e verificou que 30% dos hospitais tinham restaurante de *fast food* (SAHUD et al., 2006). Apesar da alta frequência de alimentos e bebidas ultraprocessados disponíveis nos hospitais analisados no presente estudo, não foram encontrados restaurantes de *fast food* no interior destes.

Estudo conduzido no Reino Unido encontrou 800 diferentes tipos de lanches (*snacks*) (n=533) e bebidas (n=262) comercializadas em hospitais. Dos 20 itens mais vendidos, apenas cinco foram consideradas opções saudáveis, considerando critério baseado em valor energético e quantidade de nutrientes críticos (gordura, açúcar e sal) (ALLAN et al., 2019). Tal cenário é preocupante para a saúde dos trabalhadores, uma vez que estes alimentos podem ser consumidos nas várias refeições feitas durante a extensa jornada de trabalho dos profissionais da área da saúde.

Na Califórnia, EUA, um estudo utilizou instrumento abordando disponibilidade de alimentos saudáveis e não saudáveis, presença de informação nutricional e preço/promoção, avaliando o tamanho da porção e o preço respectivo, além de combos. Dentre os 14 hospitais avaliados, somente 13% ofereciam porção reduzida e preço menor para menor porção, e 50% faziam o combo com preço menor do que o preço individual de cada item (LESSER et al., 2012). Nos hospitais do município do Rio de Janeiro avaliados, os resultados foram diferentes, 30% ofereciam porção reduzida e 10% ofereciam combos.

Em estudo realizado nos Estados Unidos e no Canadá foram entrevistados o diretor do hospital ou o nutricionista administrativo, para obter informações sobre os serviços de alimentação disponíveis para pacientes, visitantes e funcionários de cada instituição selecionada. Os alimentos menos nutritivos predominaram nos refeitórios, sendo chocolate e balas disponíveis em 92%, enquanto apenas 34% tinham alternativas consideradas pelos autores como saudáveis, como sobremesas com baixo teor de gordura ou assadas (MCDONALD et al., 2006). Balas e chocolates foram alguns dos itens com maior média de número de tipos em estabelecimentos nos hospitais estudados no presente estudo, porém as alternativas mais saudáveis não podem ser comparadas com as aqui selecionadas, por serem estudos de países com conceitos diferentes sobre alimentação saudável.

Apesar das diferenças entre os itens avaliados, os estudos encontrados tiveram como resultado uma alta disponibilidade de alimentos e bebidas não saudáveis (ALLAN et al., 2019; LESSER et al., 2012; MCDONALD et al., 2006; REED; CHENAULT, 2010; SAHUD et al., 2006), corroborando com o presente estudo. Destaca-se a diferença no conceito de alimentos e bebidas saudáveis e não saudáveis que, no presente estudo, se baseou no Guia Alimentar para a População Brasileira, considerando a extensão e o propósito do processamento industrial dos alimentos e não apenas seus nutrientes. Em países como Inglaterra e Estados Unidos, alimentos com baixo teor de açúcar e gordura foram considerados saudáveis, mesmo sendo ultraprocessados, como é o caso dos refrigerantes diet (ALLAN et al., 2019; DERRICK; BELLINI; SPELMAN, 2015; LESSER et al., 2012; MCDONALD et al., 2006).

Na Inglaterra, uma pesquisa entrevistou médicos sobre barreiras para uma alimentação saudável nos hospitais onde estes trabalhavam. A falta de intervalos foi a barreira mais relatada pelos médicos, em segundo lugar foi a falta de opções de alimentos e em terceiro lugar o horário de funcionamento dos estabelecimentos comerciais (WINSTON; JOHNSON; WILSON, 2008), dado que também foi encontrado no presente estudo, a limitação dos horários de funcionamento de estabelecimentos e refeitórios.

Além da diferença de contexto, os estudos usaram diferentes instrumentos e abordaram diferentes dimensões do ambiente alimentar. A maioria dos estudos norte-americanos e ingleses que avaliaram o ambiente alimentar de hospitais focaram no ambiente alimentar do consumidor, ou seja, no que se refere ao acesso a opções saudáveis, preço, promoção, posição/disposição do item no local, informação nutricional e variedade, combinando até no máximo três dessas dimensões (GLANZ et al., 2005). Sendo assim, as dimensões norteadoras dos estudos foram disponibilidade (ALLAN et al., 2019; DERRICK; BELLINI; SPELMAN, 2015; LESSER et al., 2012; MCDONALD et al., 2006; SAHUD et al., 2006), preço/promoção (DERRICK; BELLINI; SPELMAN, 2015; LESSER et al., 2012; WINSTON et al., 2013), informação nutricional (ALLAN et al., 2019; DERRICK; BELLINI; SPELMAN, 2015; LESSER et al., 2012; MCDONALD et al., 2006) e conveniência (WINSTON et al., 2013; WINSTON; JOHNSON; WILSON, 2008). Nenhum estudo avaliou o ambiente de forma mais ampliada, levando em consideração a complexidade do ambiente, ou focaram em entrevistar pacientes/trabalhadores (LEDERER et al., 2014; MCDONALD et al., 2006; SAHUD et al., 2006; WINSTON; JOHNSON; WILSON, 2008) ou em avaliar apenas refeitórios (DERRICK; BELLINI; SPELMAN, 2015; LESSER et al., 2012) ou refeitórios, lojas e máquinas de autosserviço (ALLAN et al., 2019; WINSTON et al., 2013). O presente estudo inovou ao

realizar auditoria em refeitórios, copas, estabelecimentos comerciais, máquinas de autosserviço e ainda entrevistar gestores e trabalhadores a fim de ter um retrato mais amplo dos hospitais.

Apesar de inovador, o presente estudo tem limitações. Por ter sido realizado somente em hospitais públicos municipais de uma única cidade do país, sua validade externa é limitada. Não foram avaliados hospitais públicos administrados por outros níveis de governo, hospitais privados e/ou localizados em outras cidades, que poderiam ter realidades diferentes. Além disso, mesmo no grupo de hospitais municipais, não foi permitida a realização do estudo naqueles administrados por organizações sociais de saúde (e não pela prefeitura), diminuindo a representatividade do município do Rio de Janeiro. Ainda, dois hospitais não foram avaliados pois sua direção, quando contactada, não aceitou receber as pesquisadoras. No entanto, cabe destacar que os hospitais analisados tinham perfil variado, o que pode minimizar essa limitação. Ainda, o bloco de entrevista com os trabalhadores emprega escala de *likert* o que, mesmo com cartão de resposta, dificultou o entendimento de alguns entrevistados e os trabalhadores entrevistados foram escolhidos por conveniência e não aleatoriamente. Além de sua aplicação ter sido feita somente no período diurno, que pode ter feito com que a amostra de respondentes fosse em grande parte de trabalhadores do turno do dia, os quais podem ter percepções diferentes dos trabalhadores noturnos.

Do ponto de vista regulatório, espera-se que os resultados do presente estudo possam apoiar a definição de ações para melhoria da qualidade do ambiente alimentar hospitalar, como a criação de normativas que regulamentem a disponibilidade e comercialização de ultraprocessados, semelhantes às Portarias nº 1.274 de julho de 2016 (BRASIL, 2016a) e Normativa nº 7 de 26 de outubro de 2016 (BRASIL, 2016b), restritas a prédios federais. Em nível local, os resultados do presente estudo podem ser úteis para que gestores deem à alimentação dos trabalhadores de hospitais a atenção que esta merece, no que diz respeito a disponibilidade de alimentos saudáveis, presença de filtros/bebedouros e equipamentos para controle de temperatura, comodidade, acessibilidade física e financeira, acesso à água, bem como a ambiência em espaços para alimentação.

5.5 Conclusão

Conclui-se que o ambiente alimentar dos hospitais municipais de uma metrópole brasileira não é promotor de alimentação saudável, independente do índice de desenvolvimento social da área onde os hospitais se localizavam. Tal achado se deve a uma grande disponibilidade de alimentos e bebidas ultraprocessadas, no interior e no entorno dos hospitais,

ao estímulo ao consumo destes alimentos por meio de propagandas, ao horário de funcionamento dos estabelecimentos ser limitado, ao fato de espaços de apoio, como copas, nem sempre estarem disponíveis e à baixa disponibilidade de filtros/bebedouros para consumo de água livre pelos trabalhadores. Ademais, o ambiente alimentar desses hospitais não conferiu conforto em sua infraestrutura nos locais para alimentação, devido à falta de equipamentos para aquecimento de refeições e de conforto térmico.

5.6 Referências

ABARGHOU EI, M. R. et al. A study of job stress and burnout and related factors in the hospital personnel of Iran. **Electronic physician**, v. 8, n. 7, p. 2625–2632, 25 jul. 2016.

ALLAN, J. et al. **Mapping the snack and drink landscape in a large UK hospital site**. [s.l.] PsyArXiv, 20 maio 2019. Disponível em: <<https://osf.io/m3nwa>>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.274, DE 7 DE JULHO DE 2016. 2016a, Sec. 1, p. 30.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. PORTARIA NORMATIVA Nº 7, DE 26 DE OUTUBRO DE 2016. 2016b.

BRASIL. 3.214. NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho. 1978.

BRASIL. **Ministério do Trabalho. Manual de aplicação da norma regulamentadora nº17. 2 ed** Brasília: MTE, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informação nutricional. Resolução RDC nº 360 de 23 de dezembro de 2003. Brasília: Ministério da saúde. 2003.

BRASIL. **Guia Alimentar para a população brasileira. 2ª Ed.**, Brasília: Ministério da Saúde 2014.

CASPI, C. E. et al. The local food environment and diet: A systematic review. **Health & Place**, v. 18, n. 5, p. 1172–1187, set. 2012.

CASTRO JUNIOR, P. C. P. DE. **Ambiente alimentar comunitário medido e percebido: descrição e associação com Índice de Massa Corporal de adultos brasileiros**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

COELHO, M. P. et al. Prejuízos nutricionais e distúrbios no padrão de sono de trabalhadores da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 832–842, out. 2014.

COMISSÃO TRIPARTITE PERMANENTE NACIONAL. **Segurança e Saúde Ocupacional**, 2012. Disponível em: <http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=239&pg=7>

DERRICK, J. W.; BELLINI, S. G.; SPELMAN, J. Using the Hospital Nutrition Environment Scan to Evaluate Health Initiative in Hospital Cafeterias. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 115, n. 11, p. 1855–1860, nov. 2015.

ENGELL, D. et al. Effects of Effort and Social Modeling on Drinking in Humans. **Appetite**, v. 26, n. 2, p. 129–138, abr. 1996.

FAUGIER, J. et al. Barriers to healthy eating in the nursing profession: part 1. **Nursing Standard**, v. 15, n. 36, p. 33–36, 23 maio 2001.

FRANCO, A. DA S. **Ambiente alimentar universitário: caracterização, qualidade da medida e mudança no tempo**. Tese de Doutorado—Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, Instituto de Nutrição, Universidade do estado do Rio de Janeiro, 2016.: UERJ, 2016.

GLANZ, K. et al. Healthy Nutrition Environments: Concepts and Measures. **American Journal of Health Promotion**, v. 19, n. 5, p. 330–333, 25 ago. 2005.

GRANHEIM, S. I. The digital food environment. **UNSCN News**, v. 44, p. 115–121, 2019.

HAYES, B.; DOUGLAS, C.; BONNER, A. Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 5, p. 588–598, jul. 2015.

HE, L. et al. Relationship between occupational stress, recovery experience, and physiological health of nurses in a municipal grade A tertiary hospital. **Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases**, v. 35, n. 6, p. 425–428, 20 jun. 2017.

HEALTH CANADA. **Measuring the food environment in Canada**. Canadá: [s.n.].

HLPE. **HIGH LEVEL PANEL OF EXPERTS ON FOOD SECURITY AND NUTRITION. Nutrition and food systems. Report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security**. Rome, 2017.

Disponível em:

<http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/hlpe/hlpe_documents/HLPE_Reports/HLPE-Report-12_EN.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comissão Nacional de Classificação, CONCLA.CNAE, Classificação Nacional de Atividade Econômica, 2017**. Disponível em: <<https://concla.ibge.gov.br/busca-online-cnae.html>>. Acesso em: 5 jun. 2019.

IPP/DIG; IBGE. **Índice de Desenvolvimento Social (IDS) por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro, 2010**. Disponível em:

<http://www.data.rio/datasets/fa85ddc76a524380ad7fc60e3006ee97>

KATZ, D. L. et al. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. **MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and**

mortality weekly report. Recommendations and reports, v. 54, n. RR-10, p. 1–12, 7 out. 2005.

LEDERER, A. et al. Understanding Hospital Cafeterias: Results From Cafeteria Manager Interviews. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, p. S50–S53, 2014.

LESSER, L. I. et al. Assessment of Food Offerings and Marketing Strategies in the Food-Service Venues at California Children’s Hospitals. **Academic Pediatrics**, v. 12, n. 1, p. 62–67, jan. 2012.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. v. 22, n. 140, p. 1–55, 1932.

LIMA, J.; COSTA, S.; ROCHA, A. How do university workers eat at the workplace? **Nutrition & Food Science**, v. 48, n. 2, p. 194–205, 12 mar. 2018.

MCDONALD, C. M. et al. Nutrition and Exercise Environment Available to Outpatients, Visitors, and Staff in Children’s Hospitals in Canada and the United States. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 160, n. 9, 1 set. 2006.

MESSIAS, G. M. **Ambiente alimentar hospitalar: desenvolvimento e avaliação de confiabilidade de um instrumento na rede pública de uma metrópole brasileira**. Rio de Janeiro: UERJ, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Gestão Hospitalar, Hospitais Federais do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/dgh>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

NICHOLLS, R. et al. Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 5, p. 1051–1065, maio 2017.

PEREIRA, R. S. F. et al. Obesidade e sobrepeso em trabalhadores da enfermagem de um hospital público em são José dos campos – SP. **Revista Enfermagem Atual**, v. 82, n. 20, 2017.

PERSSE, M.; MARTENSSON, J. Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. **Journal of Nursing Management**, v. 14, n. 5, p. 414–423, jul. 2006.

PHIRI, L. P. et al. Nurses’ lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. **BMC Nursing**, v. 13, n. 1, p. 38, dez. 2014.

REED, D. B.; CHENAULT, H. J. Reconstructing the Hospital Food Environment to Address the Obesity Epidemic. **Topics in Clinical Nutrition**, v. 25, n. 3, p. 236–243, 2010.

SAHUD, H. B. et al. Marketing Fast Food: Impact of Fast Food Restaurants in Children’s Hospitals. **PEDIATRICS**, v. 118, n. 6, p. 2290–2297, 1 dez. 2006.

SANTOS, C. B. et al. Avaliação do nível de estresse em enfermeiros da emergência de um hospital de grande porte. **Revista InterScientia**, v. 6, n. 2, p. 79–89, 7 dez. 2018.

SANTOS, L. S. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Nurses' attention demands in the work setting. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 27–33, fev. 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE RJ. **Secretaria de Saúde, Governo do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/rede-de-atendimento?Municipio=Rio+de+Janeiro&Bairro=&TipoDeAtendimento=Hospital+Geral>>. Acesso em: 5 jun. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RJ. **Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/hospitais-especializados>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

STROEBELE, N.; DE CASTRO, J. M. Effect of ambience on food intake and food choice. **Nutrition**, v. 20, n. 9, p. 821–838, set. 2004.

TURNER, C. et al. **Concepts and methods for food environment research in low and middle income countries**. London, UK: Agriculture, Nutrition and Health Academy, 2017.

WINSTON, C. P. et al. Consumer Nutrition Environments of Hospitals: An Exploratory Analysis Using the Hospital Nutrition Environment Scan for Cafeterias, Vending Machines, and Gift Shops, 2012. **Preventing Chronic Disease**, v. 10, 3 jul. 2013.

WINSTON, J.; JOHNSON, C.; WILSON, S. Barriers to healthy eating by National Health Service (NHS) hospital doctors in the hospital setting: results of a cross-sectional survey. **BMC Research Notes**, v. 1, n. 1, p. 69, 2008.

ZAPKA, J. M. et al. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 17, n. 7, p. 853–860, nov. 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os ambientes organizacionais, o hospital parece ser um dos locais mais complexos, devido ao seu fluxo de funcionamento, 24 horas todos os dias, e com circulação de pessoas com perfis diferentes em tempos diferentes (trabalhadores em diferentes jornadas de trabalho, pacientes, acompanhantes e visitantes). Além disso, seu ambiente alimentar pode ser composto por estabelecimentos que vendem refeições, lanches, distintos espaços para comer e possuem uma gestão central que pode ou poderia interferir na sua organização.

Com um ambiente com tal complexidade, avaliar apenas a disponibilidade de alimentos, ainda que de grande valor, é uma simplificação do que é o ambiente alimentar hospitalar. Por isso o instrumento utilizado foi criado considerando a lógica do hospital. Com seu funcionamento contínuo, mais elementos teriam que existir para garantir que as pessoas que estão lá todos os turnos, tenham acesso à alimentação, e é importante que isso seja avaliado. Assim, a utilização de um instrumento mais abrangente foi essencial para dar conta de uma gama maior de dimensões.

A avaliação mais abrangente do ambiente alimentar hospitalar, considerando um maior número de dimensões, foi reveladora da sua qualidade. Pode-se reconhecer problemas relacionados a aspectos da infraestrutura para alimentação, comodidade, publicidade extensiva de alimentos não saudáveis, dialogando com o paradigma da alimentação saudável adotado, além de ter sido percebida a diversidade de barreiras para alimentação saudável nesse ambiente. Neste sentido, considerando a amplitude dos elementos avaliados, cabe pensar em mecanismos para melhorar a qualidade do ambiente alimentar hospitalar, como abrangência no horário de funcionamento do serviço de alimentação, redução da disponibilidade de alimentos e bebidas ultraprocessados, aumento na quantidade de filtros/bebedouros nos hospitais, melhorias no conforto térmico e físico-estrutural dos locais para alimentação, para que este possa ser promotor de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABARCA-GÓMEZ, L. et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2627–2642, dez. 2017.
- ABARGHOUEI, M. R. et al. A study of job stress and burnout and related factors in the hospital personnel of Iran. **Electronic physician**, v. 8, n. 7, p. 2625–2632, 25 jul. 2016.
- ALLAN, J. et al. **Mapping the snack and drink landscape in a large UK hospital site**. [s.l.] PsyArXiv, 20 maio 2019. Disponível em: <<https://osf.io/m3nwa>>. Acesso em: 5 jun. 2019.
- ALMEIDA, F. A. et al. The Association Between Worksite Physical Environment and Employee Nutrition, and Physical Activity Behavior and Weight Status. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 56, n. 7, p. 779–784, jul. 2014.
- APOSTOLOPOULOS, Y. et al. Barriers to Truck Drivers' Healthy Eating: Environmental Influences and Health Promotion Strategies. **Journal of Workplace Behavioral Health**, v. 26, n. 2, p. 122–143, abr. 2011.
- BANNAL, A.; TAMAKOSHI, A. The association between long working hours and health: A systematic review of epidemiological evidence. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 40, n. 1, p. 5–18, jan. 2014.
- BERESFORD, S. A. A. et al. Environmental Assessment at Worksites After a Multilevel Intervention to Promote Activity and Changes in Eating: The PACE Project. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 52, n. Supplement, p. S22–S28, jan. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.274, DE 7 DE JULHO DE 2016. . 2016a, Sec. 1, p. 30.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. PORTARIA NORMATIVA Nº 7, DE 26 DE OUTUBRO DE 2016. . 2016b.
- BRASIL. 3.214. NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho. . 1978.
- BRASIL. **Ministério do Trabalho. Manual de aplicação da norma regulamentadora nº17. 2 ed**Brasília: MTE, , 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Informação nutricional. Resolução RDC nº 360 de 23 de dezembro de 2003. Brasília: Ministério da saúde. . 2003.
- BRASIL. **Guia Alimentar para a população brasileira. 2ª Ed.**, Brasília: Ministério da Saúde 2014.
- BRASIL. 1.274. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.274, DE 7 DE JULHO DE 2016. . 2016 a.

- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Portaria Normativa Nº 7, de 26 de outubro de 2016. . 2016 b.
- CANELLA, D. S. et al. Ultra-Processed Food Products and Obesity in Brazilian Households (2008–2009). **PLoS ONE**, v. 9, n. 3, p. e92752, 25 mar. 2014.
- CANELLA, D. S.; NOVAES, H. M. D.; LEVY, R. B. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2331–2341, nov. 2015.
- CASPI, C. E. et al. The local food environment and diet: A systematic review. **Health & Place**, v. 18, n. 5, p. 1172–1187, set. 2012.
- CASTRO JUNIOR, P. C. P. DE. **Ambiente alimentar comunitário medido e percebido: descrição e associação com Índice de Massa Corporal de adultos brasileiros**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2018.
- CHEUNG, S. T. The Effects of Chocolates Given by Patients on the Well-Being of Nurses and their Support Staff. **Nutrition and Health**, v. 17, n. 1, p. 65–69, 31 jul. 2016.
- CHU, C. Health-promoting workplaces--international settings development. **Health Promotion International**, v. 15, n. 2, p. 155–167, 1 jun. 2000.
- COBB, L. K. et al. The relationship of the local food environment with obesity: A systematic review of methods, study quality, and results: The Local Food Environment and Obesity. **Obesity**, v. 23, n. 7, p. 1331–1344, jul. 2015.
- COELHO, M. P. et al. Prejuízos nutricionais e distúrbios no padrão de sono de trabalhadores da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 832–842, out. 2014.
- COMISSÃO TRIPARTITE PERMANENTE NACIONAL. **Segurança e Saúde Ocupacional**, 2012. Disponível em:
<<http://www.sindhoesg.org.br/sindhoesg/segurancaesaude.php?ssc=0&id=239&pg=7>>
- DE OLIVEIRA, M. L.; SANTOS, L. M. P.; DA SILVA, E. N. Direct Healthcare Cost of Obesity in Brazil: An Application of the Cost-of-Illness Method from the Perspective of the Public Health System in 2011. **PLOS ONE**, v. 10, n. 4, p. e0121160, 1 abr. 2015.
- DERRICK, J. W.; BELLINI, S. G.; SPELMAN, J. Using the Hospital Nutrition Environment Scan to Evaluate Health Initiative in Hospital Cafeterias. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 115, n. 11, p. 1855–1860, nov. 2015.
- EGGER, G.; SWINBURN, B. An “ecological” approach to the obesity pandemic. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 315, n. 7106, p. 477–480, 23 ago. 1997.
- ENGELL, D. et al. Effects of Effort and Social Modeling on Drinking in Humans. **Appetite**, v. 26, n. 2, p. 129–138, abr. 1996.
- FAUGIER, J. et al. Barriers to healthy eating in the nursing profession: part 1. **Nursing Standard**, v. 15, n. 36, p. 33–36, 23 maio 2001.

FERNANDES, J. DA C. et al. Working hours and health in nurses of public hospitals according to gender. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017.

FRANCO, A. DA S. **Ambiente alimentar universitário: caracterização, qualidade da medida e mudança no tempo**. Tese de Doutorado—Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, Instituto de Nutrição, Universidade do estado do Rio de Janeiro, 2016.: UERJ, 2016.

FREEDMAN, D. A.; BLAKE, C. E.; LIESE, A. D. Developing a Multicomponent Model of Nutritious Food Access and Related Implications for Community and Policy Practice. **Journal of Community Practice**, v. 21, n. 4, p. 379–409, out. 2013.

GÁLVEZ ESPINOZA, P. et al. Propuesta de un modelo conceptual para el estudio de los ambientes alimentarios en Chile. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, n. 169, p. 1–9, 2017.

GLANZ, K. et al. Healthy Nutrition Environments: Concepts and Measures. **American Journal of Health Promotion**, v. 19, n. 5, p. 330–333, 25 ago. 2005.

GLANZ, K. et al. Nutrition Environment Measures Survey in Stores (NEMS-S) Development and Evaluation. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 32, n. 4, p. 282–289, abr. 2007.

GONÇALVES, JOSÉ ERNESTO LIMA. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n. 1, p. 80–90, jan. 1998.

GRANHEIM, S. I. The digital food environment. **UNSCN News**, v. 44, p. 115–121, 2019.

GRIEP, R. H. et al. Years worked at night and body mass index among registered nurses from eighteen public hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 603, dez. 2014.

HAYES, B.; DOUGLAS, C.; BONNER, A. Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 5, p. 588–598, jul. 2015.

HE, L. et al. Relationship between occupational stress, recovery experience, and physiological health of nurses in a municipal grade A tertiary hospital. **Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases**, v. 35, n. 6, p. 425–428, 20 jun. 2017.

HEALTH CANADA. **Measuring the food environment in Canada**. Canadá: [s.n.].

HLPE. **HIGH LEVEL PANEL OF EXPERTS ON FOOD SECURITY AND NUTRITION. Nutrition and food systems. Report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. Rome, 2017.**

Disponível em:

<http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/hlpe/hlpe_documents/HLPE_Reports/HLPE-Report-12_EN.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comissão Nacional de Classificação, CONCLA.CNAE, Classificação Nacional de Atividade Econômica, 2017.** Disponível em: <<https://concla.ibge.gov.br/busca-online-cnae.html>>. Acesso em: 5 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Panorama Rio de Janeiro, 2018**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

IPP/DIG; IBGE. **Índice de Desenvolvimento Social (IDS) por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro, 2010**. Disponível em: <<http://www.data.rio/datasets/fa85ddc76a524380ad7fc60e3006ee97>>

KANTER, R. et al. A conceptual framework for understanding the impacts of agriculture and food system policies on nutrition and health. **Food Security**, v. 7, n. 4, p. 767–777, 16 maio 2015.

KATZ, D. L. et al. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. **MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports**, v. 54, n. RR-10, p. 1–12, 7 out. 2005.

KHAMISA, N. et al. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, n. 1, p. 652–666, 12 jan. 2015.

KOLASA, K. M. et al. Moving Toward Healthier-Eating Environments in Hospitals. **Nutrition Today**, v. 45, n. 2, p. 54–63, mar. 2010.

LASSEN, A.; HANSEN, K.; TROLLE, E. Comparison of buffet and à la carte serving at worksite canteens on nutrient intake and fruit and vegetable consumption. **Public Health Nutrition**, v. 10, n. 3, p. 292–297, 1 mar. 2007.

LEDERER, A. et al. Understanding Hospital Cafeterias: Results From Cafeteria Manager Interviews. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 20, p. S50–S53, 2014.

LESSER, L. I. et al. Assessment of Food Offerings and Marketing Strategies in the Food-Service Venues at California Children’s Hospitals. **Academic Pediatrics**, v. 12, n. 1, p. 62–67, jan. 2012.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. v. 22, n. 140, p. 1–55, 1932.

LIMA, J.; COSTA, S.; ROCHA, A. How do university workers eat at the workplace? **Nutrition & Food Science**, v. 48, n. 2, p. 194–205, 12 mar. 2018.

LYTLE, L. A.; SOKOL, R. L. Measures of the food environment: A systematic review of the field, 2007–2015. **Health & Place**, v. 44, p. 18–34, mar. 2017.

MCDONALD, C. M. et al. Nutrition and Exercise Environment Available to Outpatients, Visitors, and Staff in Children’s Hospitals in Canada and the United States. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 160, n. 9, 1 set. 2006.

MCKINNON, R. A. et al. Measures of the Food Environment. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 36, n. 4, p. S124–S133, abr. 2009.

MENEGASSI, B. et al. Comparing the ways a sample of Brazilian adults classify food with the NOVA food classification: An exploratory insight. **Appetite**, v. 137, p. 226–235, jun. 2019.

MESSIAS, G. M. **Ambiente alimentar hospitalar: desenvolvimento e avaliação de confiabilidade de um instrumento na rede pública de uma metrópole brasileira**. Rio de Janeiro: UERJ, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Gestão Hospitalar, Hospitais Federais do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/dgh>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. DOS S.; OLIVEIRA, G. R. DE. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 661–665, out. 2006.

MURPHY, M. et al. Indicators of a health-promoting local food environment: a conceptual framework to inform urban planning policy and practice: Policy-relevant local food environment indicators. **Health Promotion Journal of Australia**, v. 28, n. 1, p. 82–84, abr. 2016.

NICHOLLS, R. et al. Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 5, p. 1051–1065, maio 2017.

OLIVEIRA, A. M. DE et al. The relationship between job satisfaction, burnout syndrome and depressive symptoms: An analysis of professionals in a teaching hospital in Brazil. **Medicine**, v. 97, n. 49, p. e13364, dez. 2018.

PEREIRA, R. S. F. et al. Obesidade e sobrepeso em trabalhadores da enfermagem de um hospital público em são José dos campos – SP. **Revista Enfermagem Atual**, v. 82, n. 20, 2017.

PEREZ, P. M. P. et al. Effect of implementation of a University Restaurant on the diet of students in a Brazilian public university. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2351–2360, 2019.

PERSSON, M.; MARTENSSON, J. Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. **Journal of Nursing Management**, v. 14, n. 5, p. 414–423, jul. 2006.

PHIRI, L. P. et al. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. **BMC Nursing**, v. 13, n. 1, p. 38, dez. 2014.

RABACOW, F. M. et al. Lifestyle factors, direct and indirect costs for a Brazilian airline company. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 949–957, dez. 2014.

REED, D. B.; CHENAULT, H. J. Reconstructing the Hospital Food Environment to Address the Obesity Epidemic. **Topics in Clinical Nutrition**, v. 25, n. 3, p. 236–243, 2010.

ROKHOLM, B. et al. Increased Genetic Variance of BMI with a Higher Prevalence of Obesity. **PLoS ONE**, v. 6, n. 6, p. e20816, 29 jun. 2011.

SAHUD, H. B. et al. Marketing Fast Food: Impact of Fast Food Restaurants in Children's Hospitals. **PEDIATRICS**, v. 118, n. 6, p. 2290–2297, 1 dez. 2006.

SANDERCOCK, V.; ANDRADE, J. Evaluation of Worksite Wellness Nutrition and Physical Activity Programs and Their Subsequent Impact on Participants' Body Composition. **Journal of Obesity**, v. 2018, p. 1–14, 3 dez. 2018.

SANTOS, C. B. et al. Avaliação do nível de estresse em enfermeiros da emergência de um hospital de grande porte. **Revista InterScientia**, v. 6, n. 2, p. 79–89, 7 dez. 2018.

SANTOS, L. S. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Nurses' attention demands in the work setting. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 27–33, fev. 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE RJ. **Secretaria de Saúde, Governo do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/rede-de-atendimento?Municipio=Rio+de+Janeiro&Bairro=&TipoDeAtendimento=Hospital+Geral>>. Acesso em: 5 jun. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RJ. **Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/hospitais-especializados>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

SEYMOUR, J. Impact of nutrition environmental interventions on point-of-purchase behavior in adults: a review. **Preventive Medicine**, v. 39, p. 108–136, set. 2004.

SHIMOTSU, S. T. et al. Worksite environment physical activity and healthy food choices: measurement of the worksite food and physical activity environment at four metropolitan bus garages. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 4, n. 1, p. 17, 2007.

SORENSEN, G. Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. **Preventive Medicine**, v. 39, p. 94–100, set. 2004.

SORENSEN, G. et al. Improving Working Conditions to Promote Worker Safety, Health, and Wellbeing for Low-Wage Workers: The Workplace Organizational Health Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 8, p. 1449, 24 abr. 2019.

SPILIOPOULOS, K. et al. Chronic stress and coping among cardiac surgeons: a single center study. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 29, n. 3, p. 308–315, 2014.

STORY, M. et al. Creating Healthy Food and Eating Environments: Policy and Environmental Approaches. **Annual Review of Public Health**, v. 29, n. 1, p. 253–272, abr. 2008.

STROEBELE, N.; DE CASTRO, J. M. Effect of ambience on food intake and food choice. **Nutrition**, v. 20, n. 9, p. 821–838, set. 2004.

SWINBURN, B. et al. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles: INFORMAS overview. **Obesity Reviews**, v. 14, p. 1–12, out. 2013.

SWINBURN, B. A. et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **The Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 804–814, ago. 2011.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791–846, fev. 2019.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. **Preventive Medicine**, v. 29, n. 6, p. 563–570, dez. 1999.

TURNER, C. et al. **Concepts and methods for food environment research in low and middle income countries**. London, UK: Agriculture, Nutrition and Health Academy, 2017.

TURNER, C. et al. Concepts and critical perspectives for food environment research: A global framework with implications for action in low- and middle-income countries. **Global Food Security**, v. 18, p. 93–101, set. 2018.

TURNER, C. et al. Food Environment Research in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Scoping Review. **Advances in Nutrition**, 11 maio 2019.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. **Access to affordable and nutritious food: measuring and understanding food deserts and their consequences**. Economic Research Service, US Department of Agriculture, , 2009.

VAN MOL, M. M. C. et al. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. **PLOS ONE**, v. 10, n. 8, p. e0136955, 31 ago. 2015.

WAGNER, K. J. P. et al. Change in the distribution of body mass index in Brazil: analysing the interindividual inequality between 1974 and 2013. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 73, p. 544–548, 19 fev. 2019.

WANSINK, B. Environmental Factors That Increase the Food Intake and Consumption Volume of Unknowing Consumers. **Annual Review of Nutrition**, v. 24, n. 1, p. 455–479, 14 jul. 2004.

WINSTON, C. P. et al. Consumer Nutrition Environments of Hospitals: An Exploratory Analysis Using the Hospital Nutrition Environment Scan for Cafeterias, Vending Machines, and Gift Shops, 2012. **Preventing Chronic Disease**, v. 10, 3 jul. 2013.

WINSTON, J.; JOHNSON, C.; WILSON, S. Barriers to healthy eating by National Health Service (NHS) hospital doctors in the hospital setting: results of a cross-sectional survey. **BMC Research Notes**, v. 1, n. 1, p. 69, 2008.

ZAPKA, J. M. et al. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 17, n. 7, p. 853–860, nov. 2009.

ANEXO A – Instrumento de Avaliação do Ambiente Alimentar

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR HOSPITALAR

BLOCO A – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO HOSPITAL

Hospital: _____ (ID: ____)

Avaliador: _____ (ID: ____)

Data da avaliação: ____ / ____ / ____

Horário de início: _____:

Horário de término: _____:

Dados da Unidade Hospitalar

Nome: _____ Endereço: _____ Município: ____ UF: ____

CEP: ____ Telefone: _____

Email: _____

Nome do diretor geral: _____

Tipo de estabelecimento:

- (1) Hospital Especializado
 (2) Hospital Geral
 (3) Hospital Dia

Esfera administrativa:

- (1) Público Federal
 (2) Público Estadual
 (3) Público Municipal
 (4) Privado com fins lucrativos
 (5) Privado sem fins lucrativos

Número de trabalhadores que atuam no hospital (ordem de grandeza): _____

Número de leitos existentes: _____ Número de leitos ativos: _____

Plano: (1) Horizontal (2) Vertical

Número de andares: _____

ATENÇÃO! As próximas questões devem ser preenchidas somente nos hospitais verticais.

Presença de elevadores?

- (0) Não (1) Sim

Os elevadores funcionam?

- (0) Não (1) Sim (2) mais da metade (3) metade ou menos

Presença de rampas entre os andares?

- (0) Não (1) Sim

ATENÇÃO! O Bloco B deverá ser preenchido pelo pesquisador de campo a partir das informações dadas pela chefia de nutrição e, então auditado pelo pesquisador.

BLOCO B - INFRAESTRUTURA DO HOSPITAL PARA ALIMENTAÇÃO

1. Presença de serviços de alimentação comercial (Restaurantes, lanchonetes, cantinas, cafeteria, bombonière, estabelecimento misto e máquinas de autosserviço)?

(0) Não (1) Sim

1.1 Se sim, quantos? __

2. Presença de refeitório no hospital?

(0) Não (1) Sim

2.1 Se sim, quantos? __

3. Presença de copas destinadas aos funcionários do hospital?

(0) Não (1) Sim

3.1 Se sim, quantas? __

BLOCO C - COPAS PARA REFEIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS

Atenção! Esse bloco será aplicado para cada copa existente no hospital.

*Caso o hospital não possua copa para refeição dos funcionários, pular para o bloco D.

04. Presença de copa no hospital?

(0) Não (1) Sim

ID do hospital: _____

ID do avaliador: _____

ID da copa: _____

4. Unidade funcional onde está localizada: _____

4.1. Andar: _____

5. Presença de ar condicionado?

(0) Não (1) Sim

6. Presença de ventilador/exaustor?

(0) Não (1) Sim

7. Presença de mesas?

(0) Não (1) Sim

8. Presença de assentos?

(0) Não (1) Sim

9. Presença de filtro/purificadores de água para consumo de água?

(0) Não (1) Sim

10. Presença de equipamentos de refrigeração da refeição?

(0) Não (1) Sim

10.1 Se sim, qual(is)?

(1) Geladeira

(2) Freezer

(3) Frigobar

(4) Outros : _____

11. Presença de equipamentos para aquecimento de alimentos / refeição?

(0) Não (1) Sim

11.1 Se sim, qual(is)?

(1) Microondas

(2) Forno elétrico

(3) Salamandra

(4) Outros: _____

BLOCO D – ESTABELECIMENTOS (SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO COMERCIAIS E/OU REFEITÓRIO). Atenção! Esse bloco será aplicado para cada estabelecimento existente no hospital.

012. Presença de estabelecimento comercial no hospital?

(0) Não (1) Sim

ID do hospital: ____

ID do avaliador: ____

ID do estabelecimento: ____

Onde o estabelecimento está localizado: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

12. Tipo de Estabelecimento:

(1) Refeitório / restaurante institucional

(2) Restaurante comercial a quilo

(3) Restaurante comercial à la carte / prato feito

(4) Restaurante comercial buffet livre / rodízio

(5) Lanchonete/cantina/cafeteria

(6) Bombonière

(7) Misto (Refeições + lanches ou refeições + bombonière ou lanches + bombonière ou refeições + lanches + bombonière)

(8) Outros: _____

13. O estabelecimento oferece: (pode marcar mais de uma opção)

(1) Lanches (2) Refeições completas (3) Itens de bombonière

14. Formas de pagamento: (pode marcar mais de uma opção)

(1) Dinheiro (2) Cartão de débito (3) Cartão de crédito (4) Cheque (5) Vale refeição (6) “caderneta”

(7) Matrícula (no caso de desconto direto em folha de pagamento ou direito do trabalhador) (8) Outros

15. Horário de funcionamento:

15.1 Segundas às sextas-feiras? (0) Não (1) Sim	15.2 Sábados, domingos e feriados? (0) Não (1) Sim
15.1.1 Abre: _____h	15.2.1 Abre: _____h
15.1.2 Fecha: _____h	15.2.2 Fecha: _____h
15.1.3 Abre: _____h	15.2.3 Abre: _____h
15.1.4 Fecha: _____h	15.2.4 Fecha: _____h

AMBIENTE DO ESTABELECIMENTO

16. Presença de ar condicionado?

(0) Não (1) Sim

17. Presença de ventilador e/ou exaustor?

(0) Não (1) Sim

18. Presença de mesas e assentos para o consumo de alimentos no local?

(0) Não (1) Sim

19. Presença de bebedouros?

(0) Não (1) Sim

20. Presença de geladeiras expositoras?

(0) Não (1) Sim

21. Presença de micro-ondas?

(0) Não (1) Sim

22. Presença de máquinas de autosserviço?

(0) Não (1) Sim : _____(número de tipos de máquina. ex.: máquina de café, de refrigerante etc.)

ALIMENTOS, BEBIDAS E PREPARAÇÕES

Estes itens devem ser observados no local e no cardápio. Caso não seja possível observar o item, perguntar ao atendente.

23. Oferta de hortaliças cruas?

(0) Não (1) Sim

24. Oferta de hortaliças coccionadas?

(0) Não (1) Sim

25. Oferta de arroz integral?

(0) Não (1) Sim

26. Oferta de leguminosas?

(0) Não (1) Sim

27. Oferta de frutas frescas? (Inclui aquelas porcionadas e embaladas)

(0) Não (1) Sim

28. Oferta de salada de frutas?

(0) Não (1) Sim

29. Oferta de sucos naturais frescos ou preparados com polpa congelada?

(0) Não (1) Sim, não adoçado (2) Sim, já adoçado

30. Oferta vitamina de fruta?

(0) Não (1) Sim, não adoçado (2) Sim, já adoçado

31. Oferta de refrescos em refresqueiras?

(0) Não (1) Sim, não adoçado (2) Sim, já adoçado

32. Oferta de açúcar de mesa? (Inclui açúcar em sachês)

(0) Não (1) Sim

33. Oferta de adoçante?

(0) Não (1) Sim

34. Oferta de sal?

(0) Não (1) Sim

35. Oferta de sanduíches?

(0) Não (1) Sim

36. Oferta de crepes / tapiocas/ wraps?

(0) Não (1) Sim

37. Oferta de salgado frito/assado?

(0) Não (1) Sim

38. Oferta de pão na chapa?

(0) Não (1) Sim

ITENS DE CONVENIÊNCIA (INCLUINDO BOMBONIÈRE)

Estes itens devem ser observados. São aqueles de fácil acesso, que não demandam atendimento, além daquele no momento do pagamento.

39. Há oferta de:

39.1 Bombom e chocolate em barra:

(0) Não (1) Sim: _____ (Número de tipos)

39.2 Bala (incluindo bala de goma):

(0) Não (1) Sim: _____ (Número de tipos)

39.3 Barra de cereais:

(0) Não (1) Sim: _____ (Número de tipos)

39.4 Picolé ou sorvete:

(0) Não (1) Sim: _____ (Número de tipos)

39.5 Biscoito doce recheado:

(0) Não (1) Sim : _____ (Número de tipos)

39.6 Biscoito doce sem recheio:

(0) Não (1) Sim: _____ (Número de tipos)

39.7 Salgadinho de pacote:

(0) Não (1) Sim : _____ (Número de tipos)

39.8 Biscoito salgado sem recheio:

(0) Não (1) Sim : _____ (Número de tipos)

39.9 Outro doce (ex.: pão de mel, bolo, brigadeiro):

(0) Não (1) Sim: _____ (Número de tipos)

39.10 Água de coco:

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.11 Refrigerante (incluindo H2OH e similares):

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.12 Bebida a base de sucos de fruta ou néctar de frutas:

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.13 Chá pronto para beber (ex.: Ice Tea, mate):

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.14 Isotônico/ repositior (ex.: Gatorade):

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.15 Energético (ex.: Redbull):

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.16 Refresco de guaraná natural:

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.17 Bebidas à base de soja:

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.18 Leite aromatizado ou bebida láctea ou iogurte:

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.19 Café (de máquina de autosserviço):

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

39.20 Café com leite ou cappuccino ou chocolate quente (de máquina de autosserviço):

(0) Não (1) Sim _____ (Número de tipos)

INFORMAÇÃO

40. Presença de informação para o consumidor?

(0) Não (1) Sim

40.1 Se sim, quais?

(1) Informação nutricional

(2) Preço

(3) Cardápio

(4) Outros: _____

41. Havendo informação nutricional, indique qual é fornecida:

41.1 Valor energético: (0) Não (1) Sim

41.2 Macronutrientes: (0) Não (1) Sim

41.3 Gordura saturada: (0) Não (1) Sim

41.4 Gordura trans: (0) Não (1) Sim

41.5 Fibra alimentar: (0) Não (1) Sim

41.6 Sódio: (0) Não (1) Sim

41.7 Açúcar: (0) Não (1) Sim

41.8 Outros: _____

PROPAGANDA

42. Existe propaganda/mensagens encorajando o consumo de frutas / saladas de frutas / sucos naturais / polpa de frutas?

(0) Não (1) Sim

43. Existe propaganda encorajando o consumo de hortaliças?

(0) Não (1) Sim

44. Existe propaganda encorajando o consumo de bebidas açucaradas (ultraprocessadas)?

(0) Não (1) Sim

45. Existe propaganda encorajando o consumo de itens de conveniência?

(0) Não (1) Sim

PREÇOS E PROMOÇÕES

46. Indique o valor da menor porção ou do item mais barato disponível e vendido separadamente para os seguintes alimentos / bebidas:

46.1 “salgadinhos de pacote”

46.1.1 Preço: R\$: _____ (0) N/A

46.1.2 Gramatura: _____ (0) N/A

46.2 Biscoito doce sem recheio

46.2.1 Preço: R\$ _____ (0) N/A

- 46.2.2 Gramatura: _____ (0) N/A
 46.3 Sanduíche R\$ _____ (0) N/A
 46.4 Salgado frito R\$ _____ (0) N/A
 46.5 Salgado assado R\$ _____ (0) N/A

46.6 Refrigerante (regular tipo Cola):

- 46.6.1 Preço: R\$ _____ (0) N/A
 46.6.2 Volume: _____ ml (0) N/A

Atenção! Nos próximos itens será verificada a composição dos pratos prontos para refeições, com ênfase em: substituições, quantidades das porções (pequena, média e grande) segundo o estabelecimento e possibilidade de substituição.

Estes itens devem ser observados no local e no cardápio. Caso não seja possível observar o item, perguntar ao atendente.

47. Há a opção de substituição de algum item do prato por hortaliças?

(0) Não (1) Sim (2) N/A

47.1 Se sim, o preço é proporcionalmente:

(1) Menor (2) Maior (3) Igual (4) N/A

48. Há a opção de substituição do refrigerante/bebida açucarada dos combos/promoções por sucos naturais frescos ou preparados com polpa congelada?

(0) Não (1) Sim (2) N/A

48.1 Se sim, o preço é proporcionalmente:

(1) Maior (2) Menor (3) Igual (4) N/A

49. Há opções de pedir porções maiores dos alimentos oferecidos?

(0) Não (1) Sim (2) N/A

49.1 Se sim, esses preços são proporcionalmente:

(1) Maiores (2) Menores (3) Iguais (4) N/A

50. Há opções de pedir porções reduzidas?

(0) Não (1) Sim (2) N/A

50.1 Se sim, o preço é proporcionalmente:

(1) Maiores (2) Menores (3) Iguais (4) N/A

51. Há a oferta de combo/promoções (de diferentes alimentos e/ou bebidas) com preço final inferior ao da soma dos preços individuais de cada componente da combinação?

(0) Não (1) Sim (2) N/A

52. Há opções de pedir porções maiores das bebidas oferecidas?

(0) Não (1) Sim (2) N/A

52.1 Se sim, esses preços são proporcionalmente:

(1) Maiores (2) Menores (3) Iguais (4) N/A

BLOCO E - MÁQUINAS DE AUTO SERVIÇO**Atenção! Esse bloco será aplicado para cada máquina de autosserviço existente no hospital.**

053. Presença de máquina de autosserviço no hospital?

(0) Não (1) Sim

ID do hospital: ____

ID do avaliador: ____

ID da máquina de autosserviço: ____

0053. Onde a máquina de autosserviço está localizada: _____

53. Presença de máquinas de autosserviço no hospital funcionantes?

(0) Não (1) Sim Quantidade: _____

53.1 Se sim, onde as máquinas de autosserviço estão localizadas? (pode marcar mais de uma opção)

(1) No refeitório

(2) Próximas às copas de funcionários

(3) Próximas às cantinas

(4) Outro, especifique: _____

53.2 Formas de pagamento:

(1) Dinheiro

(2) Cartão

PREÇOS E PROMOÇÕES

54. Oferta de frutas / sucos de frutas / saladas de frutas?

(0) Não (1) Sim

54.1 Alimento	54.2 Preço (R\$)
54.1.1 Maçã (unidade)	
54.1.2 Banana (unidade)	
54.1.3 Pera (unidade)	
54.1.4. Outra: ____	N/A

55. Oferta de hortaliças nas máquinas de autosserviço?

(0) Não (1) Sim

55.1 Alimento	55.2 Tamanho da porção	55.3 Preço (R\$)
55.1.1 Salada de pote		

56. Oferta de refrigerantes?

(0) Não (1) Sim

56.1 Bebida	56.2 Preço (R\$)
56.1.1. Refrigerante do tipo cola regular (lata 350 ml)	

57. Oferta de outras bebidas açucaradas?

(0) Não (1) Sim

57.1 Bebida	57.2 Preço (R\$)
57.1.1 Suco de caixinha (néctar) (200 ml)	

58. Oferta de bebidas de baixa caloria (inclui refrigerantes, sucos, refrescos e néctares industrializados)?

(0) Não (1) Sim

59. Oferta de água sem gás/água com gás?

(0) Não (1) Sim

59.1 Água	59.2 Preço (R\$)
59.1.1 Água sem gás (500 ml)	

60. Oferta de itens de conveniência?

(0) Não (1) Sim

60.1 Itens de conveniência	60.2 Tamanho da porção	60.3 Preço (R\$)
60.1.1 Barra de cereal		
60.1.2 Barra de chocolate (130 a 150 g)		
60.1.3 Salgadinho de pacote (45 a 60 g)		

PROPAGANDA

61. Presença de propaganda encorajando o consumo de:

61.1 Frutas / saladas de frutas / sucos naturais / polpa de frutas dentro da máquina e/ou ao lado da mesma?

(0) Não (1) Sim

61.2 Hortaliças?

(0) Não (1) Sim

61.3 Bebidas açucaradas ultraprocessadas?

(0) Não (1) Sim

61.4 Itens de conveniência?

(0) Não (1) Sim

BLOCO F - ENTORNO DO HOSPITAL

Atenção! Considerar ENTORNO a área situada até 500 metros do hospital. Considerar estabelecimentos comerciais formais e informais.

ID do hospital: ____ ____

ID do avaliador: ____

62. No entorno do hospital existem locais onde são comercializados alimentos?

(0) Não (1) Sim

62.1 Se sim, quais? (pode marcar mais de uma opção)

(1) Bombonière

(2) Cafeteria

(3) Cantina

(4) Confeitaria

(5) Lanchonete

(6) Loja de conveniência

(7) Loja de departamento

(8) Pastelaria

(9) Pizzaria

(10) Sorveteria

(11) Bar

(12) Churrascaria

(13) Mercado

(14) mercearia

(15) Padaria

(16) Restaurante

(17) Supermercado

(18) Feira livre (incluindo feira orgânica)

(19) Hortifrutigranjeiros

(20) Ambulante (pode marcar mais de uma opção)

() frutas

() bombonière informal (guloseimas, biscoitos, bebidas ultraprocessadas etc.)

() refeição

() produtos de panificação

() pipoca

() salgados

() outros : _____

(21) Outros: _____

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR HOSPITALAR
PELOS TRABALHADORES**

ID do hospital: ____ ____

ID do avaliador: ____

A. DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome do(a) entrevistado(a):		
Data de preenchimento do questionário: ____/____/____		Hora de preenchimento do questionário:
Sexo: () M () F		Idade (em anos):
Cargo/ função: _____		Vínculo laboral: Celetista / Estatutário () Terceirizado ()
Regime de trabalho: Plantonista: () Diarista: ()	Turno de trabalho (para plantonistas): Diurno () Noturno ()	Dias em que costuma trabalhar hospital: _____ Telefone: _____

B. OPINIÃO SOBRE O AMBIENTE ALIMENTAR HOSPITALAR

(LER) “Nas questões a seguir, gostaríamos de conhecer sua opinião sobre características do ambiente alimentar aqui do hospital. Usando este cartão de respostas (mostrar o cartão), escolha a melhor opção de resposta para cada pergunta.”

(LER) As próximas questões estão relacionadas ao uso do REFEITÓRIO

() Não há refeitório (pular para os itens sobre copa, que começam na questão 9)

1. Você usa o refeitório?

(0) Não (1) Sim

Se não, por quê?

2. A distância entre o meu posto de trabalho e o refeitório é curta.

(1) Concordo totalmente

(2) Concordo mais do que discordo

(3) Não concordo nem discordo

(4) Discordo mais do que concordo

(5) Discordo totalmente

3. O tempo de espera na fila do refeitório é curto.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

4. A estrutura do prédio do hospital facilita o meu acesso ao refeitório (ex.: porta destrancada; corredor aberto/desbloqueado etc.).

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

5. A iluminação do refeitório é satisfatória.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

6. O nível de ruído (barulho) do refeitório é satisfatório.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

7. A higiene do refeitório é satisfatória.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

8. A temperatura ambiente do refeitório é satisfatória.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo

- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

(LER) As próximas questões estão relacionadas ao uso da COPA dos funcionários nos setores

() Não há copa (pular para os itens sobre estabelecimentos comerciais, que começam na questão 16)

9. Você usa a copa?

(0) Não (1) Sim

Se não, por quê?

10. A distância entre o meu posto de trabalho e a copa é curta.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

11. A estrutura do prédio do hospital facilita o meu acesso à copa.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

12. A iluminação da copa é satisfatória.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

13. O nível de ruído (barulho) da copa é satisfatório.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

14. A higiene da copa é satisfatória.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

15. A temperatura da copa é agradável.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

(LER) As próximas questões estão relacionadas ao uso de ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS no interior do hospital
--

() Não há estabelecimentos comerciais (pular para os itens sobre acesso a água, que começam na questão 23)

16. Você usa os estabelecimentos comerciais?

(0) Não (1) Sim

Se não, por quê?

17. A distância entre o meu posto de trabalho e os estabelecimentos que comercializam alimentos no hospital é curta (ex.: cantina, máquina de autosserviço, restaurante comercial).

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

18. A estrutura do prédio do hospital facilita o meu acesso a estabelecimentos que comercializam alimentos no hospital (ex.: cantina, máquina de autosserviço, restaurante comercial).

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

19. A iluminação nos estabelecimentos é satisfatória.

- (1) Concordo totalmente

- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

20. O nível de ruído (barulho) nos estabelecimentos é satisfatório.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

21. A higiene do estabelecimento é satisfatória.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

22. A temperatura dos estabelecimentos é agradável.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo / nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

(LER) As próximas questões estão relacionadas ao ACESSO A ÁGUA no interior do hospital

23. Tenho fácil acesso à água para consumo, dentro do hospital, durante a jornada de trabalho.

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo mais do que discordo
- (3) Não concordo nem discordo
- (4) Discordo mais do que concordo
- (5) Discordo totalmente

24. A oferta de água para consumo aos funcionários é gratuita?

- (0) Não (1) Sim

24.1 Se sim, como a água para consumo é ofertada? (pode marcar mais de uma opção)

- (1) Bebedouro/Filtro
- (2) Fornecimento de água mineral em copos ou garrafinhas

(3) Fornecimento de água filtrada em garrafas

(4) Outros: _____

24.1.1 [Caso o fornecimento seja por bebedouro ou filtro] A qualidade da água para consumo é satisfatória.

(1) Concordo totalmente

(2) Concordo mais do que discordo

(3) Não concordo nem discordo

(4) Discordo mais do que concordo

(5) Discordo totalmente

24.1.2 [Caso exista bebedouro] O bebedouro funciona?

(0) Não (1) Sim

24.1.3 [Caso o fornecimento seja de água mineral] Qual a quantidade de água para consumo por turno de trabalho? _____

(LER) As próximas questões estão relacionadas ao DELIVERY E COMÉRCIO INFORMAL no interior do hospital

25. Serviços de entrega de alimentos e bebidas (delivery, como iFood) são permitidos dentro do hospital?

(0) Não (1) Sim

26. Serviços de entrega de alimentos e bebidas (delivery, como iFood) são utilizados no hospital?

(0) Não (1) Sim

27. Existe comércio informal de alimentos dentro do hospital? Considere o comércio realizado por ambulantes e/ou funcionários do hospital.

(0) Não (1) Sim

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR HOSPITALAR APLICADO AO CHEFE DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

ID do hospital: ____ ID do avaliador: ____

A. DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)

Nome do(a) entrevistado(a):	
Data de preenchimento do questionário: ____/____/____	Hora de preenchimento do questionário: _____
Sexo: () M () F	Idade (anos): _____

B. SOBRE AS DECISÕES RELACIONADAS À OFERTA E À COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS E BEBIDAS NO INTERIOR DO HOSPITAL

<p>1. O serviço de Alimentação e Nutrição elabora o projeto básico / termo de referência / contrato / edital para a Unidade de Alimentação - UAN hospitalar?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não</p> <p>Se sim, quais são os critérios adotados no que diz respeito aos tipos de alimentos e bebidas ofertados no refeitório?</p> <hr/> <hr/> <p>Se não, quem é responsável pela elaboração? _____</p> <hr/>
<p>2. O Serviço de Alimentação e Nutrição participa da elaboração do projeto básico / termo de referência/ contrato / edital para estabelecimentos comerciais do hospital, como cantinas e máquinas de autosserviço?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não</p> <p>Se sim, quais os critérios adotados no que diz respeito aos tipos de alimentos e bebidas ofertados nesses locais?</p> <hr/> <p>Se não, quem é responsável pela elaboração?</p> <hr/>
<p>3. A área técnica do Serviço de Alimentação e Nutrição participa do processo de licitação para definição / contratação dos estabelecimentos(s) comercial(is) do hospital, como cantinas e máquinas de autosserviço?</p> <p>1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não</p> <p>Se sim, de que forma?</p> <hr/> <hr/> <p>Se não, a quem cabe essa decisão?</p> <hr/> <hr/>
<p>4. O processo de licitação especifica os alimentos que serão ofertados nos estabelecimentos?</p> <hr/> <hr/>

ANEXO B - Parecer Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ambiente alimentar hospitalar: desenvolvimento e avaliação de desempenho de instrumento e caracterização da rede pública de uma metrópole brasileira

Pesquisador: Daniela Silva Canella

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91960718.3.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.907.675

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que tem como objetivos: 1) Desenvolver um instrumento para a avaliação do ambiente alimentar hospitalar e avaliar a reprodutibilidade desse instrumento; 2) Caracterizar o ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Métodos: o estudo será desenvolvido em todos os hospitais da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro que concordarem em dele participar. A proposta para o desenvolvimento do instrumento de avaliação do ambiente foi elaborada com base em detalhada revisão bibliográfica. Os poucos instrumentos de avaliação do ambiente alimentar hospitalar já disponíveis na literatura não foram considerados adequados para captar o objeto foco do estudo na realidade brasileira, considerando-se os referenciais teóricos que hoje embasam as políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil. Para a construção de um novo instrumento, as seguintes etapas serão realizadas: definição de constructos-chave do instrumento; elaboração dos itens do instrumento para a coleta de dados; revisão do elenco de itens de avaliação do ambiente alimentar hospitalar; aplicação do instrumento para a coleta de dados em hospitais com características semelhantes às dos hospitais que farão parte do estudo; revisão do instrumento para a coleta de dados à luz da experiência de sua aplicação; formulação de uma proposta final de instrumento de avaliação do ambiente alimentar hospitalar. Preliminarmente, as dimensões do ambiente alimentar a serem consideradas são: disponibilidade de estabelecimentos, acessibilidade física (facilidade ou não de chegar a um determinado

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2907.675

estabelecimento, comodidade (ex. horário de funcionamento, formas de pagamento), disponibilidade de alimentos (que inclui a variedade dos alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável) e acessibilidade financeira (que abarca o preço dos alimentos); informação nutricional e propaganda de alimentos; e ambiência. Para a avaliação da reprodutibilidade interobservador, dois examinadores aplicarão o mesmo instrumento no mesmo dia com intervalo de tempo de no máximo 30 minutos. Para o teste-reteste, um dos pesquisadores realizará nova coleta até 30 dias após a primeira avaliação. A estabilidade do instrumento será estimada por meio do cálculo da concordância percentual (CP) e dos índices kappa (k) e kappa ajustado pela prevalência e pelo viés do entrevistador (PABAK), para as variáveis categóricas e as de contagem. Para as variáveis contínuas (ex: preço dos alimentos), será calculado o Índice de Correlação Intraclasse (ICC). Os dados coletados na etapa de avaliação da reprodutibilidade do instrumento serão utilizados para a caracterização do ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Todas as análises serão realizadas com o auxílio do software Statistical Package for Social Science (SPSS).

Objetivo da Pesquisa:

* Hipótese:

- O instrumento que será criado para avaliar o ambiente alimentar hospitalar apresentará boa reprodutibilidade inter e intraobservador;
- O instrumento que será criado será capaz de captar a dinâmica do ambiente alimentar dos hospitais;
- O ambiente alimentar dos hospitais estudados não favorece práticas alimentares saudáveis.

* Objetivos Primários:

- Desenvolver instrumento para a avaliação do ambiente alimentar hospitalar;
- Avaliar a reprodutibilidade do instrumento;
- Caracterizar o ambiente alimentar de hospitais públicos de uma metrópole brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

- A pesquisadora relata que a pesquisa enquadra-se no que a literatura considera de riscos mínimos, pois não executará nenhum tipo de intervenção medicamentosa, invasiva ou manipulativa, nem nenhum tipo de modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas aos indivíduos que participam do estudo. Em nosso caso aplicaremos

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.907.675

entrevistasemiestruturada em que o participante poderá negar-se a responder qualquer pergunta em que não se sinta à vontade para responder. Contudo, não se extinguirá a possibilidade de danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente. Nesse caso, o pesquisador se submeterá a legislação civil dos pais, no que verse sobre assunto, incluso aos ressarcimentos de qualquer natureza, quando previsto na lei.

*** Benefícios:**

- O presente estudo proporá e examinará o desempenho de um instrumento de avaliação do ambiente alimentar hospitalar adaptado à realidade brasileira, além de caracterizar o ambiente alimentar de hospitais públicos de uma metrópole brasileira. Este é um exercício inédito no país, que poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias para a melhoria da alimentação dos trabalhadores que atuam nesses serviços de saúde e, também, para a realização de novos estudos sobre o ambiente alimentar de outras instituições hospitalares brasileiras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o que se propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos de apresentação obrigatória: Carta de Anuência assinada pela Subsecretário SUBHE, já que serão pesquisados todos os hospitais da rede municipal; Folha de Rosto assinada e carimbada pela instituição proponente INU/UERJ; projeto de inteiro teor, TCLE, bem redigido e esclarecedor, com os telefones da pesquisadora, do Instituto de Nutrição da UERJ e do CEP/SMS-RJ; parecer e aprovação da instituição proponente; orçamento detalhado; questionário a ser empregado.

Recomendações:

As pendências foram atendidas, sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2907.675

constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS N° 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS N° 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3.d., da Resolução CNS/MS N° 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	31/08/2018		Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Conteúdo do Parecer: 2.907.675

Básicas do Projeto	ETO_1187671.pdf	22:30:41		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	recurso.pdf	31/08/2018 22:29:15	Daniela Silva Canella	Aceito
Outros	anuencia.pdf	15/05/2018 22:55:18	Daniela Silva Canella	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/05/2018 22:53:32	Daniela Silva Canella	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	15/05/2018 22:53:24	Daniela Silva Canella	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Setembro de 2018

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética da UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ambiente alimentar hospitalar: desenvolvimento e avaliação de desempenho de instrumento e caracterização da rede pública de uma metrópole brasileira

Pesquisador: Daniela Silva Canella

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91960718.3.0000.5259

Instituição Proponente: Instituto de Nutrição

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.783.252

Apresentação do Projeto:

Introdução: Nos últimos anos, muitos estudos têm se voltado para a avaliação dos ambientes alimentares, uma vez que estes podem influenciar os hábitos alimentares das pessoas. Esses ambientes são categorizados como ambientes alimentares comunitários, do consumidor, da informação e organizacionais. Os ambientes organizacionais são representados por escolas, hospitais e demais locais de trabalho. Os hospitais são instituições que desempenham um papel crucial na recuperação da saúde e, também, empregam muitos trabalhadores que, muitas vezes, durante longas e estressantes jornadas de trabalho, realizam a maior parte das suas refeições nesse ambiente. Entretanto, poucos estudos foram realizados com o objetivo de avaliar o ambiente alimentar hospitalar e apenas um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos para essa finalidade foi validado. No Brasil, apesar do elevado número de trabalhadores que exercem as suas atividades profissionais em hospitais, não existem instrumentos para avaliar o ambiente alimentar dessas instituições. Objetivos: 1) Desenvolver um instrumento para a avaliação do ambiente alimentar hospitalar e avaliar a reprodutibilidade desse instrumento; 2) Caracterizar o ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Métodos: o

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Coleção do Parecer: 2.783.252

estudo será desenvolvido em todos os hospitais da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro que concordarem em dele participar. A proposta para o desenvolvimento do instrumento de avaliação do ambiente foi elaborada com base em detalhada revisão bibliográfica. Os poucos instrumentos de avaliação do ambiente alimentar hospitalar já disponíveis na literatura não foram considerados adequados para captar o objeto foco do estudo na realidade brasileira, considerando-se os referenciais teóricos que hoje embasam as políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil. Para a construção de um novo instrumento, as seguintes etapas serão realizadas: definição de constructos-chave do instrumento; elaboração dos itens do instrumento para a coleta de dados; revisão do elenco de itens de avaliação do ambiente alimentar hospitalar; aplicação do instrumento para a coleta de dados em hospitais com características semelhantes às dos hospitais que farão parte do estudo; revisão do instrumento para a coleta de dados à luz da experiência de sua aplicação; formulação de uma proposta final de instrumento de avaliação do ambiente alimentar hospitalar.

Preliminarmente, as dimensões do ambiente alimentar a serem consideradas são: disponibilidade de estabelecimentos, acessibilidade física (facilidade ou não de chegar a um determinado estabelecimento), comodidade (ex. horário de funcionamento, formas de pagamento), disponibilidade de alimentos (que inclui a variedade dos alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável) e acessibilidade financeira (que abarca o preço dos alimentos); informação nutricional e propaganda de alimentos; e ambiência. Para a avaliação da reprodutibilidade interobservador, dois examinadores aplicarão o mesmo instrumento no mesmo dia com intervalo de tempo de no máximo 30 minutos. Para o teste-reteste, um dos pesquisadores realizará nova coleta até 30 dias após a primeira avaliação. A estabilidade do instrumento será estimada por meio do cálculo da concordância percentual (CP) e dos índices kappa (k) e kappa ajustado pela prevalência e pelo viés do entrevistador (PABAK), para as variáveis categóricas e as de contagem. Para as variáveis contínuas (ex: preço dos alimentos), será calculado o Índice de Correlação Intradasse (ICC). Os dados coletados na etapa de avaliação da reprodutibilidade do instrumento serão utilizados para a

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Conteúdo do Parecer: 2.783.252

caracterização do ambiente alimentar de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Todas as análises serão realizadas com o auxílio do software Statistical Package for Social Science (SPSS 21).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Desenvolver instrumento para a avaliação do ambiente alimentar hospitalar.
- Avaliar a reprodutibilidade do instrumento.
- Caracterizar o ambiente alimentar de hospitais públicos de uma metrópole brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Resolução 466/2012, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, considera-se que toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos na dimensão da saúde, envolva riscos aos participantes. Nossa pesquisa enquadra-se no que a literatura considera de riscos mínimos, pois não executará nenhum tipo de intervenção medicamentosa, invasiva ou manipulativa, nem nenhum tipo de modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas aos indivíduos que participam do estudo. Em nosso caso aplicaremos entrevista semiestruturada em que o participante poderá negar-se a responder qualquer pergunta em que não se sinta à vontade para responder. Contudo, não se extinguirá a possibilidade de danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente. Nesse caso, o pesquisador se submeterá a legislação civil dos pais, no que verse sobre assunto, incluso aos ressarcimentos de qualquer natureza, quando previsto na lei.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional transversal, com amostra de 35 hospitais municipais com 10 trabalhadores e 1 gestor de cada hospital. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Têmeo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.783.252

Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1136577.pdf	16/05/2018 17:17:58		Aceito
Declaração de Pesquisadores	ciencia.pdf	16/05/2018 17:17:34	Daniela Silva Canella	Aceito
Outros	anuencia.pdf	15/05/2018 22:55:18	Daniela Silva Canella	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/05/2018 22:53:32	Daniela Silva Canella	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	15/05/2018 22:53:24	Daniela Silva Canella	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	15/05/2018 22:52:06	Daniela Silva Canella	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Conteúdo do Parecer: 2783.252

RIO DE JANEIRO, 24 de Julho de 2018

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Têneo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com

ANEXO D - Principais Achados

Estudo desenvolvido na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) mostra que o ambiente alimentar dos hospitais municipais do Rio de Janeiro não é promotor de alimentação saudável, independente do índice de desenvolvimento social da área onde os hospitais se localizavam.

O ambiente alimentar envolve os contextos físico, econômico, político e sociocultural, que influenciam nas escolhas individuais de alimentos e bebidas e no estado nutricional das pessoas. Para a caracterização do ambiente alimentar hospitalar, foram avaliados 24 hospitais públicos da rede municipal do Rio de Janeiro, sendo analisados refeitórios, estabelecimentos comerciais, máquinas de autosserviço, copas, entorno dos hospitais e realizada entrevista com trabalhadores e gestores. Estes dados compõem a dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da UERJ, que tem como autora a nutricionista Maria Eduarda Ribeiro José e foi orientada pela professora Daniela Canella.

Trata-se do primeiro estudo conduzido em países de renda média a avaliar o ambiente alimentar hospitalar e do primeiro estudo a realizar uma avaliação mais abrangente deste ambiente.

Os resultados da pesquisa mostram ambientes com alta oferta, variedade e propaganda de alimentos ultraprocessados, inclusive nos refeitórios, onde a alimentação é planejada por nutricionistas. Poucos estabelecimentos e refeitórios ficavam abertos 24 horas, mesmo este sendo o horário de funcionamento dos hospitais. No entorno dos hospitais foram encontrados estabelecimentos e ambulantes com perfil de venda majoritariamente de alimentos ultraprocessados. E, apesar da disponibilização de água potável gratuita no trabalho ser obrigatória no Brasil, a presença de filtros/bebedouros em copas, estabelecimentos comerciais e refeitórios foi escassa.

A partir dos resultados encontrados, percebe-se a importância e a urgência em se avaliar o ambiente alimentar hospitalar, para que possam ser definidas e implementadas medidas para melhoria dos ambientes disponíveis para alimentação dos trabalhadores, incentivando a alimentação saudável.