Revisor(a) 1

**1. Introdução:  
1.1. A revisão da literatura é adequada mas talvez um pouco longa. Talvez fosse importante reforçar o que é que este estudo acrescenta.**

*Concordamos, revimos a introdução e tornámos o texto mais resumido.*

**2. Métodos:  
2.1. Não foi recolhida qualquer informação relativamente às recusas? Seria importante perceber se os profissionais de saúde que recusaram participar eram diferentes dos outros. Pelo menos esta limitação deve ser abordada na discussão de forma mais aprofundada.**

*Concordamos, efetivamente esta informação não foi recolhida, é uma limitação do estudo que reconhecemos, tentámos explicar melhor nas limitações do estudo os impactos desta limitação.*

**2.2. A única variável sociodemográfica recolhida foi a ocupação? Em alguns estudos tem-se verificado que a escolaridade é um melhor indicador de posição social. Por favor discuta esta questão e tenha em conta que, se n recolheu a escolaridade n pode assumir que o pessoal menos especializado tem menos formação.**

*Concordamos que não podemos inferir que o pessoal menos especializado tem menos formação (apesar de ser muito provável). Mas achamos que a ocupação pode ser um proxy da posição social porque compreende as dimensões da escolaridade (proxy) e do rendimento (proxy). Incorporámos a discussão desta variável na discussão de resultados tal como proposto.*

**2.3. Uma vez que não utilizaram o mesmo instrumento de medida em todos os centros de saúde seria importante fazer uma análise de sensibilidade, por centro de saúde e/ou agrupamento, de forma a perceber se existem diferenças por agrupamento e, até que ponto, essas diferenças se podem ou não dever ao instrumento de medição.**

*Esta questão já foi abordada no texto, Apesar de não ter sido utilizado o mesmo instrumento de medida no entanto as modernas balanças e estadiómetros têm um erro de medida pequeno (ordem das gramas e poucos centímetros respectivamente) este possível erro de medição tem um impacto no IMC muito pequeno (para a mesma altura (1,60m) uma diferença de 0,500g (entre 69,5 e 70kg) tem um impacto )0,19 Kg/m2. Por condicionar pequenas alterações no IMC consideramos que mesmo não existindo analise de sensibilidade o impacto de um potencial erro nos resultados é muito pequeno*

**3. Resultados:  
3.1. Quais os motivos que justificam as diferenças de participação por agrupamento?**

*Foi incorporada a sugestão de discutir a questão das diferenças de participação na discussão.*

**3.2. Tendo em conta que o agrupamento da Maia é o que possui maior proporção de participação e é o que possui profissionais, em média, mais jovens, será que não estão a perder os profissionais mais jovens nos outros agrupamentos? Tendo em conta que a idade está inversamente associada com a obesidade será que os autores não estão a sobrestimar a prevalência de excesso de peso/obesidade nesta população? Quais as implicações desta possível sobrestimação para as conclusões finais do estudo?**

*É possível estar a perder os profissionais mais jovens nos outros ACeS, criando um viés de seleção. No entanto, para verificar se a idade podia ser um fator de confundimento, foi realizada uma análise Ancova, na qual os valores de BMI foram ajustados para a idade, tendo revelado não existirem diferenças entre os ACeS, apenas entre os estratos profissionais.*

**3.3. A tabela 2 intitula-se: “Summary table of the distribution of BMI by occupation and study place”, mas não apresenta os resultados por local de estudo.**

*Foi um erro, já foi corrigido.*

**3.4. Os médicos e health service personnel são, simultaneamente os mais velhos e com maior excesso de peso. Tendo em conta a associação já descrita da idade com o excesso de peso e as diferenças de idade por classe profissional, penso que as prevalências deveriam ser apresentadas ajustadas para a idade, de forma a controlar esse possível confundidor.**

*Concordamos, adicionámos uma tabela com as médias de IMC por classe profissional ajustadas para a idade e sexo. O mesmo não foi feito para os ACES por não existirem diferenças significativas entre os ACES mesmo ajustadas para a idade e sexo.*

**Quais as implicações desta possível sobrestimação para as conclusões finais do estudo?**

*A analise multivariada diminuiu o efeito da idade sobre o IMC, mesmo assim poderá existir um efeito de confundimento residual, que poderá sobrestimar as prevalências apresentadas, mas por ser residual pensamos que não tem impacto sobre os resultados finais. A discussão foi revista quanto a esta questão.*

**3.5. Torna-se difícil interpretar os principais resultados do modelo multivariado uma vez que, em termos de saúde pública, é mais relevante e interpretável a passagem de uma categoria de BMI para outra do que o aumento de 1.6 Kg/m2, por exemplo. Isto, porque este aumento não significa que os participantes transitem para uma categoria de maior risco. Por este motivo, sugiro que realizem um modelo de regressão logística binomial (peso normal vs. excesso de peso+obesidade) ou multinomial (peso normal, excesso de peso e obesidade).**

*Concordamos que a tabela 3 não é muito imediata para compreensão por isso adicionamos uma outra tabela com as médias de BMI ajustadas para a idade e para o género. A relação entre o BMI e os efeitos na saúde é tipicamente uma curva em "J" e apesar de o BMI ser geralmente apresentado como variável categórica a sua apresentação como variável contínua faz sentido, principalmente quando se pretende estimar o BMI. A regressão logística dá-nos informação principalmente acerca dos factores de risco para ter excesso de peso ou obesidade, o que não era um dos objectivos do trabalho, por pensarmos que com este desenho não temos muito a acrescentar ao corpo de conhecimento nesta área. Ao invés disso, parece-nos mais interessante apresentar as médias do BMI ajustadas para a idade e género e reforçar que na comparação entre grupos de profissionais de saúde, devido às diferenças de idade e balanço de género, é fundamental fazer esse ajustamento (feito através de ANCOVA).*

**4. Discussão:  
4.4. Tendo em conta que os dados no agrupamento Oeste norte não foram recolhidos para o estudo, esperaria uma maior proporção de participação. Na opinião dos autores o que justifica esta baixa proporção de participação?**

*A justificação foi incluída no texto – tratava-se de uma consulta de medicina ocupacional em início de funcionamento.*

**4.2. As implicações diretas do estudo devem ser apresentadas de forma mais clara e devem ser discutidas de forma mais aprofundada.**

*Concordamos com o comentário - o texto foi reformulado para tornar as implicações do estudo mais claras*