

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

VALBÉRIO CANDIDO DE ARAÚJO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA PARAÍBA**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

VALBÉRIO CANDIDO DE ARAÚJO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área de concentração: Atividade Física
Relacionada à Saúde.

Orientador: Prof.Dr. Markus Vinícius Nahas

**Florianópolis
2008**

Valbério Candido de Araújo

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física, área de concentração: Atividade Física relacionada à Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Florianópolis, 15 de dezembro de 2008.

Prof. Dr. Luiz Guilherme Antonacci Guglielmo
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Educação Física

Banca Examinadora

Prof. Dr. Markus Vinícius Nahas – Orientador – CDS/UFSC

Prof. Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros – UFPE

Prof^ª Dr^ª Rosane Carla Rosendo da Silva – CDS/UFSC

Prof^ª Dr^ª Aline Rodrigues Barbosa – CDS/UFSC

*A minha família pela
credibilidade e incentivo. Em
especial, a minha mãe, por
tudo!*

AGRADECIMENTOS

Nesse momento tão importante da minha vida tenho muito a agradecer.

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, que todas as manhãs me motiva e me concede serenidade, coragem e sabedoria. Obrigado meu Deus, por conseguir concluir essa etapa.

Agradeço à minha família, que é a base de tudo que sou hoje a minha mãe dona Claudete, obrigado pela confiança, carinho e amor. Meus irmãos (Claudemir, Vital, Cléa e Ozanete), obrigado por vocês fazerem parte da minha vida. Minha afilhada (filha) Emily, que é a pessoa por quem tenho obrigação de me preocupar antes de mim mesmo.

A Susane (Susi), que foi um grande presente na minha vida, minha amiga, minha força, sem dúvida alguma, foi a minha família em Florianópolis.

A todos os meus familiares (avó, tios (a) e primos (a)), que moram em todas as partes do Brasil e que quando tive a oportunidade de conversar sempre me incentivaram e acreditaram que eu conseguiria.

Aos meus amigos que ficaram em João Pessoa torcendo por mim, Fábio, Artur, Héric, Joseni, Verinha, Pedrinho, Toinho, Ronilso, Cleber, Cleiton e todos os outros que se fosse citar nomes daria um pagina inteira.

Aos amigos que fiz em Florianópolis, que tornaram minha vida aqui bem mais agradável e que vou levá-los comigo dentro do coração: Andrea, Raildo, Danila, Lucélia, João, Cazuzza, Március, Eluza, Lisandra, Pepi, Fabi, Natália, Paulinho, Fabio, Edmundo, Wilson e tantos outros que também encheriam uma pagina.

Aos colegas do Nupaf, Nuchid, Biomec e Laef agradeço por me aturarem durante mais de dois anos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas, pela competência, acessibilidade, dedicação, paciência, enfim, obrigada pela oportunidade e pela confiança.

Aos professores e estudantes dessa instituição, em especial a professora Rosane, que é um exemplo a ser seguido. Agradeço por teres sido, além de orientadora no meu estágio de docência, ter se mostrou uma amiga.

Aos professores da Banca Mauro, Rosane e Aline por toda a paciência, atenção e principalmente pelas contribuições que com toda certeza valorizaram meu trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de concluir um curso de qualidade e a todos seus

professores que contribuíram para meu aprimoramento profissional e também para a realização desta pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado por todos os momentos que compartilhamos e principalmente por terem dividido comigo seus saberes e suas culturas.

À Capes pela bolsa do 2º ano que possibilitou um melhor aprofundamento e dedicação aos estudos.

Ao SESI que possibilitou a utilização dos dados analisados nesse estudo.

O fato de algum nome não constar nesses agradecimentos não significa que tenha menor importância, por esse motivo, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação e colaboraram para a realização de mais esse sonho.

RESUMO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DA PARAÍBA

Autor: Valbério Candido de Araújo

Orientador: Prof. Dr. Markus Vinícius Nahas

O objetivo deste estudo transversal analítico de base populacional foi analisar a prevalência e os fatores associados à inatividade física em trabalhadores da indústria do estado da Paraíba. O processo amostral foi determinado em dois estágios: sorteio das empresas participantes, no intuito de ser representativo do conjunto de indústrias constantes na relação fornecidas pelo SESI-PB e sorteio aleatório dos funcionários em cada empresa totalizando uma amostra final de 2022 trabalhadores (71,8% homens e 28,2% mulheres). Para coleta de dados foi aplicado o questionário desenvolvido e validado para a pesquisa “Estilo de Vida e Hábitos de Lazer dos Industriários”, a construção do banco se deu através da leitura ótica dos questionários (*software* SPHYNX). As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o Software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* para Windows - versão 16.01. Características demográficas: 56,8% eram casados, 88,2% não possuíam nível superior, 80,2% tinham até 39 anos de idade e 80,6% dos sujeitos consideravam o nível atual de saúde excelente ou bom (saúde positiva). A prevalência de tabagismo foi de 12,0% (13,8% dos homens e 7,5% das mulheres). O consumo de álcool em excesso foi referido por 36,5% dos respondentes (42,8% dos homens e 19,1% das mulheres). Quanto ao IMC, 2,1% apresentavam baixo peso, 53,9% peso normal, 36,9% apresentavam sobrepeso e 7,1% foram classificados como obesos. A prevalência de sobrepeso e obesidade foi maior entre os homens. Na avaliação do nível de atividade física, foram verificadas as prevalências de inatividade física nos quatro contextos, sendo, 43,9% de inativos no deslocamento, 24,6% no trabalho, 41,1% nas tarefas em casa e 50,6% no lazer. Verificou-se maior exposição dos homens ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, fumo, sobrepeso e obesidade. A inatividade física geral (IFG) foi diretamente associada à escolaridade ($p<0,001$) e IMC ($p<0,001$) e inversamente associada ao consumo de frutas/verduras ($p=0,006$). À medida que ocorreu o incremento na faixa etária foi observado aumento na prevalência de inatividade física nos contextos do deslocamento (IFD), trabalho (IFT) e lazer (IFL). Entretanto, para a inatividade física em casa (IFC) quanto maior a faixa etária menor a prevalência. Quanto maior a escolaridade maior a prevalência de IFD, IFT e IFG. Os casados foram os mais inativos fisicamente em casa. Os fumantes foram os mais inativos no deslocamento, casa e lazer. O etilismo foi associado positivamente com IFD e IFT, entretanto apresentou associação inversa como a inatividade física de lazer. Os trabalhadores que consomem frutas/verduras menos de cinco dias por semana foram os que apresentaram maiores prevalências de IFL e IFG, confirmando a associação positiva da prática de atividade física e hábitos positivos à saúde. Não foram encontradas associações entre a prática de atividade física e diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia. O sobrepeso/obesidade foi associado à IFD, IFL e IFG. A percepção negativa de saúde foi maior entre os trabalhadores que não praticam atividade física no lazer.

Palavras-chave: Inatividade física. Trabalhadores da indústria. Fatores de risco à saúde. Estilo de vida.

ABSTRACT

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH PHYSICAL INACTIVITY AMONG INDUSTRIAL WORKERS IN THE STATE OF PARAÍBA, BRAZIL

Author: Valbério Candido de Araújo

Adivser: Dr. Markus Vinícius Nahas

The objective of this observational study, cross-based population was examining the prevalence and factors associated with physical inactivity in industrial workers in the State of Paraíba. The sampling process was established in two stages, companies participating in order to be representative of all the industries listed in the relationship given by SESI-PB and random lottery officials in each company totaling a final sample of 2022 people (71.8% men and 28.2% women). The construction of the database was made by optical reading of the questionnaires through the software Sphynx. Statistical analysis was performed using the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows - version 16.01. Demographic characteristics: 56.8% were married, 88.2% do not have a higher level, 80.2% had up to 39 years of age, majority (80.6%) of the subjects considered the current level of excellent or good health (health positive). The prevalence of smoking was 12.0% (13.8% of men and 7.5% of women). The consumption of alcohol in excess was mentioned by 36.5% of the respondents (42.8% of men and 19.1% women). As the BMI 2.1% had low weight, normal weight 53.9%, 36.9% were overweight and 7.1% are classified as obese. The prevalence of overweight and obesity were higher among men. In assessing the level of physical activity, were found the prevalence of physical inactivity in the four contexts, and 43.9% in the displacement of inactive, 24.6% at work, 41.1% in the tasks at home and 50.6% in leisure. There was greater exposure of men to excessive consumption of alcohol, smoking, overweight and obesity. The general physical inactivity was directly linked to education ($p < 0001$) consumption of fruit / vegetables ($p = 0006$) and BMI ($p < 0001$). As was the increase in the age group was seen in the increase of physical inactivity prevalence in the contexts of displacement (PID), work (PIW) and leisure (PIL), though physical inactivity at home (PIH) was the opposite to the higher age lower the level of physical inactivity. The higher levels of education tended to increase with respect to the PID, PIW and PIL. The married were more physically inactive at home. The smokers were the most inactive in displacement, home and leisure. The alcohol consumption was positively associated with PID and PIW, however presented as the inverse association of leisure physical activity. Employees who consume fruits / vegetables less than five days per week presented the highest prevalence of physical inactivity during leisure time and physical inactivity in general (PIG), showing a positive association of physical activity and good health habits. In the case of a cross-sectional study found no association between physical activity, diabetes, hypertension and hypercholesterolemia. However, overweight / obesity was associated with PID, PIL and PIG. The negative perception of health was greater among workers who do not practice physical activity during leisure time.

Keywords: Physical inactivity. Industrial workers. Risk factors for health. Lifestyle.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da UFSC.....	70
ANEXO B Questionário sobre estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria.....	71

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Localização das unidades amostrais no Estado da Paraíba.....	30
FIGURA 2 Modelo hierárquico de Regressão.....	36
FIGURA 3 Descrição das prevalências de inatividade física e respectivos desvios padrão nos quatro contextos e no geral em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).....	39

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Comparação entre prevalências de inatividade física nos estudos que utilizaram amostra de trabalhadores no Brasil.....22

QUADRO 2. Descrição das variáveis empregadas conforme análise dos dados.....32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Variações no percentual de indivíduos expostos a fatores de risco no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal 2006 e 2007.....	25
TABELA 2. Relação das empresas e número de trabalhadores da população.....	29
TABELA 3. Relação das empresas sorteadas e número de trabalhadores na amostra.....	29
TABELA 4. Número de trabalhadores na amostra final.....	29
TABELA 5. Descrição das variáveis independentes em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).....	38
TABELA 6. Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física no deslocamento para o trabalho, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANT's em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).....	41
TABELA 7. Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física no trabalho, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANT's em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).....	43
TABELA 8. Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física nas tarefas de realizadas em casa, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANT's em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).....	45
TABELA 9. Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física no lazer, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANT's em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).....	47
TABELA 10. Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física geral, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANT's em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 FORMULAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	14
1.2 OBJETIVO GERAL.....	16
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.4 DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO À SAÚDE DE INDUSTRIÁRIOS.....	19
2.2 INATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E TRABALHADORES DA INDÚSTRIA.....	23
3 MATERIAIS E MÉTODOS	28
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	28
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
3.3 INSTRUMENTO.....	31
3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	32
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	35
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.RESULTADOS	38
5 DISCUSSÃO	51
6 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXO A. Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.....	69
ANEXO B. Questionário sobre estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria.....	70

1 INTRODUÇÃO

1.1 FORMULAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A prática de atividade física é um importante componente de um estilo de vida saudável e está associada a diversos benefícios para saúde física e mental (CHENG, 2006; KRISKA et al., 2003; LEE, 2003; LOGROSCINO et al., 2006; MORA et al., 2006; WEINSTEIN et al., 2004; PATE et al., 1995; BLAIR, 1997; LEE; PAFFENBARGER, 2000). A prevalência de níveis insuficientes de atividade física tem, entretanto, aumentado nas últimas décadas, o que está associado ao maior risco de morbi-mortalidade em várias faixas etárias (KHAW et al., 2008).

Estudos epidemiológicos, que investigaram aspectos relacionados a diferentes padrões de inatividade física e a incidência de doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), evidenciaram a associação positiva entre esses fatores (ELIZONDO-ARMENDÁRIR et al., 2005; DIAS-DA-COSTA et al., 2005; MARTINEZ-GONZALEZ, 2001; SCHNEIDER; BACKER, 2005; PAFFENBARGER, et al., 1993; LEE; PAFFENBARGER, 2000; ANDERSEN et al., 2000; SCHNOHR et al., 2003). Em países desenvolvidos, algumas políticas de saúde pública de instituições e organizações governamentais têm concentrado seus esforços na prevenção das DANTs. Essas ações têm, entre suas principais metas, a redução do sedentarismo, uma vez que dados apresentados pelo relatório do CDC (CENTERS FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2004) mostraram que mais de 60% da população adulta de alguns países desenvolvidos e em desenvolvimento são considerados insuficientemente ativos.

Embora esses estudos evidenciem os riscos à saúde advinda da inatividade física, os níveis de sedentarismo na população em geral ainda são bastante elevados. Dados nacionais demonstram que mais da metade dos adultos de diversas capitais brasileiras são insuficientemente ativos (INCA, 2003; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008b). Em alguns casos, os níveis insuficientes de atividade física estão fortemente associados às condições socioeconômicas e à escolaridade da população (HALLAL et al., 2003; SOUZA; GRUNDY, 2004).

Outros fatores, como falta de conhecimento e oportunidade, o ambiente e a cultura, podem influenciar a adoção de comportamentos positivos ou negativos à saúde. É importante,

pois, identificar quais variáveis estão associadas à inatividade física em determinada população e utilizar essas informações para desenvolver ações que visem à promoção da saúde e de um estilo de vida ativo (NAHAS, 2006).

Outros fatores de risco à saúde estão geralmente associados ao sedentarismo. Um estudo realizado em 52 países evidenciou que um grupo de fatores de risco (consumo reduzido de frutas e verduras, inatividade física, excesso de gordura abdominal, tabagismo, alcoolismo, estresse, diabetes, hipertensão e colesterol elevado) responde coletivamente por, aproximadamente, 90% dos casos de infartos no miocárdio, independentemente de país, idade e sexo (YUSUF et al., 2004).

Estudos que investigaram fatores de risco para DANTs em adultos de populações específicas vêm ganhando destaque na literatura (ELL, 1999; LOGBROSCINO et al., 2006; MORA et al., 2006; SCHNEIDER; BACKER, 2005; THOMMASEN et al.; 2005; OLIVEIRA, 2004). Pesquisas sobre essa temática com trabalhadores brasileiros, no entanto, ainda são poucas (FONSECA et al., 2008; HÖFELMAN; BLANK, 2007; FERNANDES; MONTEIRO, MARTINEZ;LATORRE, 2006; MONTEIRO; FERNANDES, 2006; MATOS et al., 2004; BARROS; NAHAS, 2001) e algumas apresentam limitações como: região geográfica delimitada; baixa precisão nos instrumentos de pesquisa; critérios de seleção amostral inadequados; utilização de instituições isoladas, limitando a comparação e a replicação dos resultados.

Diferente do que acontece em outros estados brasileiros, a Paraíba não dispõe de dados sobre a prevalência de inatividade física ou comportamentos de risco à saúde em amostras probabilística representativas do estado ou em subgrupos populacionais específicos, sobretudo, em trabalhadores da indústria. Também não foram encontrados na literatura estudos que avaliem os quatro contextos da atividade física (lazer, deslocamento, trabalho e atividades domésticas) nessa população.

Dados do Ministério da Saúde, por meio da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2007, revelaram que, entre todas as capitais brasileiras, João Pessoa-PB apresentou prevalência preocupante de inatividade física na população adulta (35%), sendo superada apenas por Natal (35,1%) (BRASIL, 2007). Assim sendo, faz-se necessário identificar se tal prevalência é uma particularidade da capital ou se há tendência a esse comportamento em todas as regiões do estado e em populações específicas, como a de trabalhadores da indústria.

Dado que a inatividade física é vista como fator de risco primário para as DANTs, a identificação de sua prevalência em populações específicas torna-se fundamental, tanto para a

proposição de programas que incentivem a adoção e manutenção da prática de atividades físicas como de estratégias de incentivo à adoção de um estilo de vida saudável.

Esse estudo pretende, portanto, analisar, através do projeto ‘Estilo de vida e hábitos de lazer de trabalhadores da indústria’, a prevalência de inatividade física geral, considerando quatro contextos (deslocamento, lazer, trabalho e atividades domésticos) em industriários paraibanos. Será utilizada para isso a análise secundária do banco de dados construído a partir da pesquisa realizada pelo Serviço Social da Indústria em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde da UFSC.

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência e os fatores associados à inatividade física em trabalhadores da indústria do estado da Paraíba.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar e discutir as características socioeconômicas e a prevalência de comportamentos de risco à saúde (tabagismo, consumo de álcool em excesso e consumo insuficiente de frutas/verduras);
- Verificar as prevalências de pressão arterial elevada, colesterol elevado, sobrepeso/obesidade e percepção negativa de saúde;
- Determinar a prevalência de inatividade física geral e considerando os contextos de lazer, deslocamento, trabalho e atividades domésticas;
- Verificar a associação de cada contexto e da inatividade física geral com as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, nível educacional, tabagismo, percepção de saúde, consumo de álcool em excesso e sobrepeso/obesidade.

1.4 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Atividade física: qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN et al., 1985).

Saúde do Trabalhador: campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e inter-setorial (adaptado, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Estilo de vida: conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (NAHAS, 2006).

Comportamentos relacionados à saúde: ações decorrentes de opções, atitudes e oportunidades que definem um estilo de vida pessoal concorrente com melhores índices de saúde e redução dos riscos modificáveis para prevalência de DANTs, sendo subdivididos em positivos e negativos ou comportamentos de risco à saúde (BARROS, 1999).

Comportamentos de Risco à Saúde: comportamentos decorrentes de opções, atitudes e oportunidades que tendem a exercer impacto negativo sobre os níveis de saúde, aumentando o risco de morbidade e mortalidade. (FARIAS JUNIOR, 2002).

Fator de Risco: representa um comportamento e/ou uma característica, fixos ou modificáveis, que predisõem ao desencadeamento de doenças crônico-degenerativas (PAYNE; HAHN, 2002).

Epidemiologia: estudo da distribuição e dos determinantes dos eventos ou padrões de saúde em populações definidas e a aplicação deste estudo para controlar problemas de saúde (MEDRONHO et al., 2006).

2. REVISÃO DA LITERATURA

Nas últimas décadas, fatores associados às doenças crônicas têm sido responsáveis por grande parte da morbi-mortalidade em todas as faixas etárias, motivando o interesse de pesquisadores em todo o mundo. Dentre os fatores mais estudados, a inatividade física tem sido bastante enfatizada, a ponto da agenda mundial de saúde pública incluí-la na Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002).

Nessa seção, são apresentados os temas relevantes ao estudo e evidências encontradas na literatura que sustentaram a proposta de pesquisa. Para o desenvolvimento do presente estudo, foi primeiramente realizada uma busca minuciosa por referências relacionadas ao tema durante o segundo semestre de 2007. Para isso, foram utilizados os descritores (estilo de vida, trabalhadores da indústria, atividade física, adulto e lazer) de forma isolada e agrupados em todas as combinações possíveis em inglês e português, delimitando o período de 2000 a 2007.

A busca nos indexadores foi realizada da seguinte forma: no *Am. Ass. For the Advancement of Science- AAAS*, foi realizada utilizando o *Current ISSUE*; na base *American Chemical Society- ACS*, utilizou-se o *The ACM digital Library*; na base *Annual Reviews*, optou-se por *Search Publications* e foi selecionado o *Any Series, 2000-2007*. Na base *Nature*, a busca se deu no *link 'archive'*, pois o periódico não possibilita a busca por data. No portal *Ovid*, utilizou-se o *link Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations November 26, 2007*, optando por *FULL TEXT* de 2000 a 2008. O *SciELO Scientific Electronic Library Online* não disponibiliza a busca por vários descritores ao mesmo tempo, só permite três descritores de cada vez, desse modo a busca foi feita utilizando um descritor isolado, posteriormente foram acrescentados os outros descritores na opção [refine]. O *ScienceDirect Online* não permite limitar por ano, sendo assim, a exclusão foi feita posteriormente. Na base *Wilson*, foram selecionados os anos de 2000 a 2007, bem como a opção 'Art Full Text'. Algumas bases não permitem limitar por ano, a exclusão foi feita posteriormente (*Pub med Central, Google acadêmico, Banco de Teses e Scopus*). A base de maior variabilidade foi a *Scopus*, que apresenta várias opções de refinamento como: título da revista, nome do autor, ano de publicação, tipo de documento e sub-área.

Os operadores lógicos *and, or, and, not* foram usados para combinar os descritores e termos utilizados na busca dos artigos.

Também foi realizada uma busca direta em periódicos impressos na Biblioteca da UFSC. O material não encontrado na base de dados foi solicitado pelo sistema Comut. No sistema de banco de dados *on-line* da mesma biblioteca repetiu-se o mesmo procedimento com a utilização dos descritores. O resultado mostrou poucas publicações em revistas científicas, este fato pode ser explicado por poucas revistas impressas estarem indexadas no sistema *on-line*, entanto, foram encontradas publicações na forma de dissertações (Mestrado) e teses (Doutorado).

As maiores combinações que apresentaram menor número de referências foram selecionadas para a leitura de título; quando estas não apresentavam nenhuma referência foram selecionadas as combinações imediatamente anteriores, resultando em 646 referências para a leitura de título: 209 procedentes da busca em português e 437, da busca em inglês. Após a leitura do título, foram copiados, para a leitura de resumo, 148 artigos que tinham relação ao tema de pesquisa.

Ao término da leitura dos resumos, foram selecionados 72 artigos para leitura completa, divididos em dois temas relacionados à revisão: ‘atividade física e saúde’ (48 artigos) e ‘estilo de vida e comportamentos de risco à saúde’ (24 artigos). A seguir, são apresentadas informações relacionadas a esses temas. Após a busca inicial e durante o desenvolvimento da dissertação, foram incluídos no estudo, uma revisão sistemática com estudos nacionais utilizando trabalhadores e outros artigos relevantes encontrados até a data de finalização do presente estudo.

2.1 ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO À SAÚDE DE INDUSTRIÁRIOS

O estilo de vida tem sido cada vez mais estudado pela comunidade científica, uma vez que ele pode influenciar a qualidade de vida de pessoas de todas as idades. Para Nahas (2006), o estilo de vida é um conjunto de ações habituais que refletem atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas.

Feijó e Oliveira (2001) relataram que o estilo de vida é composto por comportamentos relacionados à saúde, que podem ser positivos ou negativos. Os comportamentos positivos (atividade física regular, hábitos adequados de alimentação, não usar drogas lícitas ou ilícitas) favorecem a manutenção da saúde e, em alguns casos, a cura de algumas doenças. A adoção de comportamentos negativos (sedentarismo, consumo de drogas, hábitos inadequados de

alimentação, comportamentos agressivos) contribui para a provável aquisição de fatores de risco a doenças no presente e no futuro (BARROS; NAHAS, 2001).

Esses comportamentos negativos, adicionados ao excesso de peso corporal, constituem importantes fatores de risco para a ocorrência de DANTs. Atualmente, um dos principais desafios de países desenvolvidos é definir e implementar estratégias efetivas para a prevenção e controle dessas doenças. A predominância desses agravos nas estatísticas de saúde evidencia problemas reais tanto nos países em desenvolvimento quanto nos grupos sociais mais pobres, os quais representam gastos em tratamento ambulatorial, internações hospitalares e reabilitação. No Brasil, as doenças cardiovasculares, o câncer, as causas externas e o diabetes representam 55,2% do total de causas de óbito (INCA, 2003).

Desde a década de 40, a população brasileira passa por um processo de inversão das curvas de mortalidade, na qual observa-se declínio na mortalidade por doenças infecciosas e concomitante aumento na mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis, violência e acidentes. Em 1930, as doenças cardiovasculares eram responsáveis por 11% dos óbitos nas capitais, em 1996, este percentual passou para 27,4%. Quando se trata de pessoas com idade superior a 50 anos, a situação torna-se mais grave, sendo muito maior o predomínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, atingindo 37% desta população. As doenças crônicas têm estado na agenda de prioridades de vários países em desenvolvimento, como o Brasil, onde afetam as condições de vida e saúde da população e lideram as causas de mortalidade (BRASIL, 2007).

Existe, no entanto, uma lacuna na literatura nacional no que diz respeito a estudos longitudinais investigando comportamentos relacionados ao estilo de vida. Apenas em 2007, o Ministério da Saúde apresentou a implantação do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA), com o objetivo de identificar a maneira como diferentes fatores agem na predisposição para algumas doenças crônicas. Esse estudo utilizará uma amostra populacional de, aproximadamente, 15 mil pessoas, com idades entre 35 e 74 anos, que será monitorada e acompanhada durante mais de duas décadas. Esse acompanhamento demonstrará a variação corporal dos voluntários. Questionários detalhados oferecerão subsídios sobre os hábitos alimentares, o modo de vida, além de exames clínicos e laboratoriais periódicos e checagem de medidas como o Índice de Massa Corporal. Tais informações poderão sinalizar como diferentes fatores, na vida dessas pessoas, agem na predisposição para algumas doenças crônicas (BRASIL, 2008a).

Estudo similar foi divulgado recentemente por cientistas da Universidade de Cambridge, na Inglaterra, e do Conselho de Investigação Médica do condado inglês de

Norfolk, no qual foi avaliado o estilo de vida de 20 mil britânicos, com idades entre 45 e 79 anos, de 1993 a 2006. Neste estudo, os especialistas descobriram que aquelas pessoas que se exercitavam periodicamente, comiam verduras e frutas em abundância, não fumavam e consumiam pouco álcool viveram em média 14 anos a mais. Os que não seguiram esse estilo de vida mais saudável tiveram quatro vezes mais chances de morrer prematuramente, principalmente por doenças cardiovasculares e câncer (KHAW et al., 2008).

No Brasil, alguns levantamentos recentes foram realizados, utilizando entrevista por telefone, com o objetivo de diagnosticar alguns desses fatores na população adulta de ambos os sexos, na maioria das capitais brasileiras. Foram avaliados fatores de risco como tabagismo, atividade física, excesso de peso, consumo de bebidas alcoólicas, hipertensão arterial, diabetes dentre outros (INCA, 2003; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008b). Nesse estudo, não foram apresentados resultados referentes ao levantamento realizado pelo INCA em virtude de o instituto adotar uma metodologia diferente da utilizada pelo VIGITEL, não apresentando resultados de forma geral, o que dificultaria a comparação entre os dados.

No Tabela 1, observam-se os principais resultados divulgados pelo VIGITEL, sobre a frequência de fatores de risco para DANTs, nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, referentes aos dados de 2006 e 2007.

Tabela 1 Variações no percentual de indivíduos expostos a fatores de risco no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal 2006 e 2007.

Fator	Sexo	2006	2007	p-valor
Inatividade física *	Masculino	39,8	30,9	<0,001
	Feminino	20,1	27,8	<0,001
	Ambos	29,2	29,2	0,936
Atividade física suficiente no lazer **	Masculino	18,3	19,3	0,273
	Feminino	11,9	12,3	0,467
	Ambos	14,9	15,5	<0,001
Consumo regular de frutas (≥ 5 dias por semana)	Masculino	35,5	51,3	<0,001
	Feminino	51,4	62,0	<0,001
	Ambos	44,1	57,1	<0,001
Obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)	Masculino	11,3	13,7	0,001
	Feminino	11,5	12,0	0,368
	Ambos	11,4	12,9	0,002
Consumo abusivo de Bebidas alcoólicas ***	Masculino	25,3	27,2	0,082
	Feminino	8,1	9,3	0,043
	Ambos	16,1	17,5	<0,001
Tabagismo	Masculino	20,3	20,9	---
	Feminino	12,8	12,6	---
	Ambos	16,2	16,4	---

Fonte (BRASIL, 2008b)

*Adultos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

**Adultos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana.

***Adultos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou mais do que cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião.

O poder estatístico da comparação entre os inquéritos apresentado pelo VIGITEL deve ser visto com cautela, embora elevado em face do tamanho amostral de ambos os inquéritos, pode não ter sido suficiente para detectar variações reais, porém de magnitude muito pequena. As tendências de evolução dos vários indicadores disponibilizados poderão ser estabelecidas, com confiança, apenas com a continuidade do sistema e o acúmulo de informações (BRASIL, 2008b).

Ao realizar a comparação entre os sexos, observa-se que, em ambos os inquéritos, o sexo masculino apresentou escores mais negativos em todas as variáveis, com exceção das variáveis atividade física no lazer e consumo regular de frutas. Isto se assemelha a estudos realizados com trabalhadores da indústria (BARROS, 1999; FONSECA, 2004; SANTOS; COELHO, 2003; RABACOW, 2008).

Em estudo realizado com a população de funcionários de uma universidade no sul do Brasil, foi observada associação significativa entre inatividade física no lazer e as variáveis sexo ($\chi^2=12,8$; $p<0,05$), categoria funcional ($\chi^2=25,1$; $p<0,05$) e idade ($\chi^2=7,76$; $p<0,05$). Foi constatado que 31,6% dos funcionários apresentaram excesso de peso; 14,1% eram fumantes; 12,5% abusavam do consumo de álcool; 29,1% eram totalmente inativos fisicamente (OLIVEIRA, 2004).

Barros (1999) realizou um estudo com uma amostra representativa de trabalhadores da indústria de Santa Catarina, no qual foram identificadas prevalências de exposição ao fumo de 20,7%; consumo excessivo ocasional de álcool de 48%; inatividade no lazer de 46,2%; excesso de peso de 33,1%. Mais recentemente, foi efetivado outro estudo com a mesma população, em que foi verificada redução nas prevalências de fumo (13,8%), álcool (41,0%) e inatividade física no lazer (30,8%). Ocorreu, todavia, aumento na prevalência do excesso de peso (36,8%), provavelmente em virtude de maus hábitos alimentares (FONSECA, 2004). A melhoria nas três primeiras variáveis pode estar associada à implementação de um programa denominado 'lazer ativo', implantado pelo SESI, atendendo as recomendações propostas por Barros (1999).

Recentemente, Fonseca (2008), ainda utilizando os dados da população de industriários catarinenses, observou redução na percepção negativa de saúde, de 14,8% para 11,8% ($z=3,45$; $p=0,001$). Foram verificadas também maiores prevalências de percepção negativa em trabalhadores que referiram realizar trabalho pouco ativo (32%) e moderadamente ativo (55%), quando comparados aos que realizam trabalho pesado (13%).

2.2 INATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E TRABALHADORES DA INDÚSTRIA

Em estudo realizado por Hallal et al. (2007), cujo objetivo foi buscar nas bases de dados Medline/Pubmed artigos contendo o termo *Physical Activity*, foi detectado marcante crescimento na publicação de artigos, entre 1950 e 1999 (19.956 artigos). Utilizando o mesmo critério de busca, os autores encontraram mais de 13.000 artigos publicados, na primeira metade da década seguinte.

Vários estudos mostram os benefícios da atividade física à saúde, os quais estão relacionados à redução dos riscos de morte prematura, doenças do coração, acidente vascular cerebral, diabetes tipo II, câncer de cólon e de mama (CHENG, 2006; KRISKA et al., 2003; LEE, 2003; LOGROSCINO et al., 2006). Atua também na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz estresse, ansiedade e depressão (MORA et al., 2006; WEINSTEIN et al., 2004). O risco de adquirir doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nas pessoas que não fazem o mínimo de atividade física recomendado. Estima-se, no entanto, que 60% da população global não atende à recomendação mínima de 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada (WHO, 2002).

Estudos epidemiológicos verificaram alta prevalência de inatividade física em vários países (ELIZONDO-ARMENDÁRIZ, 2005; DIAS-da-COSTA et al., 2005; MARTINEZ-GONZALEZ, 2001; PITANGA; LESSA, 2005; SCHNEIDER, 2005). Dados do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2005) apontaram que, nos Estados Unidos, apesar das políticas públicas, a prevalência de inatividade física no lazer mantém-se praticamente constante nas últimas duas décadas. Em 2005, chegou a 23,7% da população adulta, sendo que as mulheres mantiveram-se menos ativas durante todo o período observado. A inatividade física eleva substancialmente os custos médicos nesse país, no qual cerca de US\$ 75 bilhões foram gastos indiretamente, apenas no ano 2000. No Canadá, esse problema é responsável por 6% do custo total de atenção a saúde (WHO, 2002).

A atividade física não é apenas um comportamento individual, são necessárias políticas e iniciativas multissetoriais para criar ambientes que ajudem as pessoas a serem fisicamente ativas nos quatro grandes contextos: trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer. Na literatura, encontram-se estudos que analisaram a atividade física de forma global, como o conduzido por Hallal et al. (2003), em uma amostra representativa da população de

adultos do município de Pelotas (3.182 sujeitos), em que 41,1% dos indivíduos foram classificados como insuficientemente ativos. No estudo realizado por Matsudo et al. (2002), em uma amostra representativa do estado de São Paulo (2.001 sujeitos), foi verificado que 46,5% dos indivíduos eram insuficientemente ativos.

No Brasil, foram realizados recentemente dois grandes inquéritos sobre comportamentos de risco à saúde. O primeiro foi realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre os anos de 2002-2003. Nesse inquérito foi observado que não houve diferenças marcantes na proporção de indivíduos insuficientemente ativos, entre as faixas etárias de 25 a 49 anos e 50 anos ou mais, com exceção para Manaus, Fortaleza, Recife e Porto Alegre. Estes resultados são semelhantes aos observados no estudo de Matsudo et al. (2002) e díspares do estudo realizado por Hallal et al. (2003), no qual a inatividade física esteve positivamente associada à idade. Ressalve-se, no entanto, que existem diferenças metodológicas entre as pesquisas.

No segundo inquérito, o Ministério da Saúde divulgou, em 2007, os primeiros resultados do VIGITEL realizado nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Nesse estudo, os dados sobre atividade física foram apresentados de duas formas. No primeiro momento, foram apresentados os dados referentes aos indivíduos com completo estado de inatividade física geral, os quais apontaram prevalências elevadas em todas as cidades estudadas. Os homens, de forma geral, tenderam a ser mais inativos (39,8%) que as mulheres (20,1%) e, em ambos os sexos, a frequência de condição de inatividade física foi maior na faixa etária de 65 anos ou mais. No segundo momento, foram apresentados dados referentes apenas à quantidade de atividade física praticada nos momentos de lazer. Nesse contexto, os homens apresentaram maior prevalência de atividade física, quando comparados às mulheres em todas as capitais, exceto Campo Grande e Distrito Federal (BRASIL, 2008b).

Uma discussão pertinente, no que diz respeito à atividade física, gira em torno da quantidade recomendada para aquisição de seus benefícios. A primeira recomendação quanto à quantidade de atividade física mínima para um vida saudável foi proposta pelo CDC e o American College of Sports Medicine (ACSM), em que o consenso definido foi de 30 minutos de atividade física moderada, preferencialmente em todos os dias da semana (PATE et al., 1995). Em 1998, o ACSM apresentou uma atualização das recomendações sobre a qualidade e a quantidade recomendada de exercícios para o desenvolvimento e manutenção da aptidão cardiorrespiratória, muscular e da flexibilidade em adultos saudáveis. Dentre essas, estão atividades aeróbias com frequência de três a cinco dias por semana, intensidade de 55 a 90% da frequência cardíaca máxima, duração de 20 a 60 minutos de atividades moderadas

aliadas a atividades de força muscular e flexibilidade, com preferência para os grandes grupamentos musculares, pelo menos duas vezes por semana (POLLOCK et al. 1998).

Mais recentemente, o ACSM e o American Heart Association (AHA) apontaram a atividade física como requisito imprescindível na redução do risco de DANTs e na diminuição do peso corporal. No que se refere à redução do risco de doenças, as recomendações foram de, no mínimo, 30 minutos por dia, cinco vezes por semana, de atividades aeróbias moderadas ou 20 minutos, três vezes por semana de atividades aeróbias vigorosas, combinadas a atividades de força muscular. Para a diminuição do peso corporal, é necessário maior volume de atividade física, buscando o maior gasto de calorias possível (WILLIAM et al., 2007).

Em populações específicas, como a de trabalhadores da indústria, essas recomendações não são atingidas por grande parte dos investigados. Em estudo realizado por Barros (1999) em industriários catarinenses, foi observado que quase a metade (46,4%; n=1.233) dos trabalhadores não fazia qualquer atividade física no lazer, sendo que a porcentagem das mulheres inativas (67%; n=626) foi quase o dobro dos homens (34,8%; n=591). A inatividade física aumentou proporcionalmente com a idade, independentemente do sexo. Em geral, maior número de filhos e menor nível educacional e econômico foram associados à maior proporção de insuficientemente ativos no lazer. No estudo de Fonseca (2005), com a mesma população, foi observada redução de 46,4% para 32,4% de inatividade física no lazer, mantendo-se o sexo feminino como menos ativo. Esta redução pode ser explicada, pelo menos em parte, pelas ações do programa “Lazer Ativo” do SESI-SC.

Também em Santa Catarina, Santos e Coelho (2003), em estudo com uma amostra de 2.143 trabalhadores da indústria, encontraram prevalência de trabalhadores insuficientemente ativos de 47,06%, sendo que a mulheres mostraram-se mais inativas (62%) que os homens (32%). Nesse estudo, entretanto, a estrutura do questionário utilizado para medir o nível de atividade física valorizou as atividades físicas no lazer em comparação às ocupacionais. Os autores revelaram associação negativa entre o nível de atividade física e a obesidade. A prevalência de sedentarismo foi superior a três vezes nas pessoas obesas (17,19%) em comparação àquelas consideradas com peso adequado (5,23%).

Para melhor identificação dos resultados referentes à inatividade física em estudos realizados no Brasil com população de trabalhadores, realizou-se uma busca específica nas bases de dados Scielo, Lilacs e PubMed, com delimitação nos últimos oito anos. Após leitura criteriosa, foram selecionados 11 artigos, conforme mostra o Quadro 1.

Referência	Local delimitado do Estudo	Amostra/ tipo de população	Instrumento de coleta de dados	Definição dos critérios utilizados para verificar o nível de atividade física	Prevalência
FONSECA et al. (2008)	Santa Catarina; transversal.	(n=2.574) Trabalhadores da indústria	Questionário previamente validado.	Inatividade física no lazer (referir não realizar AF no lazer).	IF no Lazer: G= 30,8%; M=22,8% F=44,4%
SÁVIO et al. (2008)	Distrito Federal, Transversal.	(n=1044) Trabalhadores servidos por Unidades de produção de refeição.	Questionário desenvolvido pelo autor.	Inquérito recordatório, o nível de atividade parcial foi calculado por meio da multiplicação da taxa de metabolismo basal (TMB) pela duração da atividade e pelo respectivo fator atividade. Com ponto de corte para o NAF em 1,4.	G=56,0% M=41,0% F=79,0%
HÖFELMAN; BLANK, (2007)	Joinville-SC Transversal	(n=482) Trabalhadores da indústria	Questionário desenvolvido pelo autor.	Foi construído escore somando valores atribuídos ao número de dias de prática semanal (0,1-2, 3-4, 5-7) e duração em minutos (0, até 20, 21-40, mais 40), classificados como ativos indivíduos que atingiram escore de 0-3, inativos superior 3.	G=48,3%
MAIA et al. (2007)	Porto Alegre-RS Transversal	(n=209) Trabalhadores enfermagem	Questionário desenvolvido pelo autor.	Foi considerada AF leve: caminhada/ natação (2 a 4; intensa: vezes/semana); moderada: caminhada/ natação (5 a 7 vezes/semana); intensa: atividade física orientada diária. Os trabalhadores com AF de intensidade inferior a leve foram considerados sedentários.	G=56%
FERNANDES; MONTEIRO, (2006)	Campinas-SP; Transversal.	(n=190) Trabalhadores da indústria	Questionário desenvolvido pelo autor.	Apenas uma questão com o questionamento: (nenhum tipo de atividade e algum tipo de atividade)	G=43,1%
MARTINEZ; LATORRE, (2006)	São Paulo e Rio de Janeiro Transversal.	(n=3.777) Trabalhadores da indústria.	Questionário desenvolvido pelo autor.	Apenas uma questão com o questionamento: (nenhum tipo de atividade e algum tipo de atividade)	G=63,6%
MONTEIRO; FERNANDES, (2006)	Campinas-SP; Transversal.	(n=173) Trabalhadores da indústria	Questionário previamente validado.	Relatar praticar pelo menos 120 minutos de AF por semana.	G=29,9%
CONCEIÇÃO et al. (2006)	Brasília; Transversal	(n=704) Trabalhadores da UnB	Questionário desenvolvido pelo autor.	AF regular foi definida como a prática de exercícios físicos, no mínimo quatro vezes na semana, durante ao menos trinta minutos por dia. Foi considerado sedentário aquele que negou a prática de qualquer tipo de exercício físico.	G= 48,4 M=45,4 F=53,0
RAFFONE; HENNINGTON, (2005)	Porto Alegre; epidemiológico Transversal.	(n=465) F=87% Trabalhadores enfermagem.	Questionário desenvolvido pelo autor.	Questão referente à prática de atividade física. ('sim' ou 'não').	G=62,4%
MATOS et al. (2004)	Rio de Janeiro Transversal	(n=970) Trabalhadores da indústria	Questionário desenvolvido pelo autor.	Foram considerados sedentários. Os indivíduos que negaram a prática regular de atividade física ou com frequência ≤ 2 vezes por semana, e duração mínima de 30min.	G=67,0%
BARROS; NAHAS, (2001)	Santa Catarina; transversal	(n=4225) Trabalhadores da indústria	Questionário previamente validado.	Inatividade física no lazer (referir não realizar atividade física no lazer).	IF no Lazer G= 46,2%; M=34,8% F=67,0%

Quadro 1 Comparação entre prevalências de inatividade física nos estudos que utilizaram amostra de trabalhadores no Brasil.

Dos 11 estudos selecionados, a maioria foi realizada nos últimos três anos (76%) e os estados de Santa Catarina e São Paulo foram os mais estudados (3). Não foram encontrados estudos com população de trabalhadores nas Regiões Norte e Nordeste. Observou-se que a falta de critérios para classificação da inatividade física está presente na maioria dos estudos.

Todos os estudos utilizaram questionários para medir o nível de atividade física. Os questionários utilizados para a realização dos estudos foram mais de $\frac{3}{4}$ elaborados pelos

próprios autores. Três estudos utilizaram apenas a pergunta “você pratica atividade física? sim ou não”, para classificar o sujeito como sedentário. A forma como foram coletados os dados esteve, em alguns estudos, mais próxima de medir o nível de atividade física apenas no contexto do lazer, podendo, pois, haver superestimação das prevalências.

Em nove estudos, os trabalhadores foram classificados como inativos fisicamente ou sedentários. Nesses estudos, as prevalências de inatividade física variaram de 29,9% a 67,0%. As mulheres apresentaram maiores prevalências (79,0%) quando comparadas aos homens (45,4%).

Outros dois estudos avaliaram apenas a inatividade física no lazer e verificaram que a prevalência de inatividade física variou de 30,8% a 46,2%. Foi encontrada maior prevalência nas mulheres (67,0%), quando comparadas aos homens (34,8%) (BARROS; NAHAS, 2001; FONSECA et al., 2008).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo está vinculado ao projeto ‘Estilo de vida e hábitos de lazer de trabalhadores da indústria’, realizado com industriários de diversos estados brasileiros, pelo Serviço Social da Indústria (SESI) em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde (NuPAF) do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Parecer nº 009/2007) (Anexo 1).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma análise secundária dos dados, visando determinar a prevalência de inatividade física e fatores associados em uma amostra representativa de trabalhadores da indústria do estado da Paraíba. Considerando a abrangência do levantamento, o delineamento deste estudo corresponde a um estudo analítico descritivo, com base populacional, realizado por meio de inquérito epidemiológico (THOMAS; NELSON, 2002).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população considerada para este estudo foi de 43.973 trabalhadores da indústria, conforme dados fornecidos pelo SESI-PB de todas as empresas de grande (500 ou mais trabalhadores), médio (100 a 499) e pequeno porte (20 a 99) do estado da Paraíba. A seleção amostral permitiu contemplar todas as Unidades Regionais do Departamento Regional do SESI-PB. O processo amostral foi determinado em dois estágios, de modo a ser representativo do conjunto de indústrias constantes na relação original encaminhada pelo Departamento Regional do SESI-PB. No primeiro estágio, recorreu-se à seleção aleatória de empresas, considerando a distribuição dos trabalhadores em empresas de grande, médio e pequeno porte. Foram selecionadas, aleatoriamente, 20 a 50% das empresas, dependendo do número existente e da quantidade de trabalhadores requerida para composição da amostra.

No segundo estágio, em cada uma das empresas sorteadas na fase anterior do processo amostral, foram selecionados, também de forma aleatória, trabalhadores de ambos os sexos, em número proporcional ao total de trabalhadores na empresa.

Determinação do tamanho da amostra

Para estabelecer o tamanho da amostra, foram utilizados os procedimentos propostos por LUIZ e MAGNANINI (2000) para populações finitas, adotando-se a equação seguinte para processos de amostragem aleatória simples:

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 N (1 - P)}{\varepsilon_r^2 P (N - 1) + Z^2 \alpha/2 (1 - P)}$$

Onde:

- n = tamanho da amostra
- $Z^2 \alpha/2$ = nível de confiança
- N = tamanho da população
- P = prevalência estimada
- ε_r = erro relativo

Nessa estimativa, foi adotado um nível de confiança de 1,96 (intervalo de confiança de 95%) para uma população de 43.937 mil industriários e erro tolerável de amostragem de 3%, resultando numa amostra necessária de 1.750 sujeitos. A esta primeira estimativa de tamanho amostral, foram acrescentados 15% de questionários para explorar associações ajustadas entre atividade física e variáveis independentes, perfazendo uma amostra mínima necessária de 2.012 trabalhadores. Posteriormente, foram acrescentados mais 20% de questionários, a fim de compensar eventuais perdas e recusas, resultando no número final da amostra em 2.415 sujeitos.

Desse modo, o tamanho da amostra representativa requerida foi de 2.415 sujeitos (5,5%), distribuídos em 43 empresas, conforme exposto nas Tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2 Relação das empresas e número de trabalhadores da indústria da Paraíba, por unidade regional.

Unidade Regional	Nº EMPRESAS				Nº DE TRABALHADORES			
	G	M	P	TOTAL	G	M	P	TOTAL
João Pessoa	4	36	117	157	7501	7596	5253	20350
Campina Grande	3	18	113	134	8100	3573	4811	16484
Patos	0	1	21	22	0	120	808	928
Sousa	0	0	17	17	0	0	668	668
RioTinto	1	3	0	4	1201	600	0	1801
Bayeux	1	4	7	12	899	637	222	1758
Total amostral	9	8	275	346	17701	12526	11762	41989

Tabela 3. Relação das empresas sorteadas e número de trabalhadores na amostra por unidade regional.

Unidade Regional	Nº EMPRESAS				Nº DE TRABALHADORES			
	G	M	P	TOTAL	G	M	P	TOTAL
João Pessoa	1	4	12	17	431	437	302	1.170
Campina Grande	1	2	12	15	466	206	276	948
Patos	0	1	3	4	0	7	46	53
Sousa	0	0	2	2	0	0	38	38
RioTinto	1	0	1	3	69	35	0	104
Bayeux	1	1	1	3	52	37	13	102
Total da amostra	4	8	31	43	1.018	722	675	2.415

Tabela 4. Número de trabalhadores na amostra final para análise, por unidade regional.

Unidade Regional	Nº TRABALHADORES		
	AMOSTRA INICIAL	AMOSTRA FINAL	% COLETADO
João Pessoa	1.170	988	84,4
Campina Grande	948	745	78,6
Patos	53	53	100,0
Sousa	38	40	105,0
RioTinto	104	107	102,9
Bayeux	102	89	87
Total amostral	2.415	2022	83,7



Na Figura 1 apresenta-se a localização geográfica das Unidades Regionais no estado da Paraíba.

Das 43 empresas selecionadas, 24 tiveram que ser substituídas durante o período de coleta de dados. Todas elas foram substituídas por outras da mesma região e do mesmo porte, e preferencialmente do mesmo ramo de atividade, constantes na lista original de empresas. Ao final do processo de coleta de dados, o banco final foi constituído de 2.022 sujeitos, ultrapassando o número mínimo requerido (2.012) para explorar com suficiente poder estatístico as associações ajustadas entre atividade física e variáveis independentes.

3.3 INSTRUMENTO

No levantamento das informações, foi utilizado o questionário desenvolvido e validado para a pesquisa “Estilo de Vida e Hábitos de Lazer dos Industriários”, já utilizado por Fonseca (2004) com a população de industriários catarinenses.

O questionário está dividido em quatro módulos: 1) informações pessoais: departamento regional, unidade regional, porte da empresa dos trabalhadores; características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (faixa etária, sexo, estado civil, cor da pele, nível de escolaridade, número de filhos, renda familiar, número de pessoas que moram na mesma casa); 2) indicadores de saúde e comportamentos preventivos: auto-classificação do estado de saúde, qualidade do sono, nível de estresse, depressão, percepção da vida no lar, no

trabalho e no lazer, frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, proteção solar, controle da pressão arterial, colesterol e diabetes; 3) atividade física e opções de lazer: práticas de atividade física nos quatro domínios (deslocamento ativo para o trabalho, atividades realizadas no trabalho, tarefas domésticas, atividades no lazer); 4) controle do peso corporal e hábitos alimentares: peso e altura referida e satisfação com o peso corporal; frequência com que almoça na empresa, frequência com que toma café da manhã, consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fonte de gordura saturada (anexo 2). Este instrumento padrão tem sido utilizado em todos os estados brasileiros, possibilitando comparação entre as diversas populações de industriários.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para este estudo foram utilizadas informações sociodemográficas (sexo, faixa etária, renda familiar e nível educacional) e sobre inatividade física e comportamentos de risco à saúde.

Para a melhor compreensão, as variáveis foram classificadas e categorizadas. O Quadro 2 apresenta a descrição das variáveis, o tipo, a classificação e suas respectivas categorias.

Variável		Classificação	Categoria
Sexo		Catagórica Nominal	Masculino Feminino
Faixa etária		Catagórica Ordinal	< 30 anos 40 – 49 anos 30 - 39 anos ≥ 50 anos
Escolaridade		Catagórica Ordinal	Até Fundamental completo Médio completo Superior completo
Estado civil		Catagórica Nominal	Casado Não casado
Fumo		Catagórica Nominal	Não fumante Ex-fumante Fumante
Consumo de álcool em excesso		Catagórica Nominal	Sim Não
Consumo de frutas e verduras		Catagórica Nominal	≥ 5 dias por semana < 5 dias por semana
Diabetes (referido)		Catagórica Nominal	Sim Não
Pressão arterial elevada (referida)		Catagórica Nominal	Sim Não
Nível de colesterol elevado (referido)		Catagórica Nominal	Sim Não
Índice de massa corporal-IMC (kg/m ²) (A partir de dados referidos)		Catagórica Ordinal	Eutrófico: < 25,0 kg/m ² Sobrepeso: de 25,0 a 29,9 kg/m ² Obesidade: ≥ 30,0 kg/m ²
Percepção de saúde		Catagórica Nominal	Positiva (Excelente/boa) Negativa (regular/ruim)
Inatividade Física nos Contextos:	Deslocamento	Catagórica Nominal	Ativo Inativo
	No trabalho	Catagórica Nominal	Ativo Inativo
	Tarefa Domésticas	Catagórica Nominal	Ativo Inativo
	Lazer	Catagórica Nominal	Ativo Inativo
Inatividade física geral		Catagórica Nominal	Ativo Inativo (nos quatro contextos)

Quadro 2. Descrição das variáveis empregadas conforme análise dos dados.

Variáveis dependentes

Inatividade física por contexto

Foi considerado inativo em cada um dos quatro contextos da atividade física o trabalhador que referiu:

- **no deslocamento:** não caminhar nem pedalar no deslocamento para o trabalho;
- **no trabalho:** passar a maior parte do tempo sentado ou, quando muito, caminhar distâncias curtas;
- **nas tarefas doméstica:** não realizar tarefas domésticas mais pesadas (lavar roupas, faxina, cuidar do quintal), pelo menos uma vez por semana;
- **no lazer:** não realizar algum tipo de atividade física no lazer (ginástica, caminhada, corrida, esportes, danças ou artes marciais), pelo menos uma vez por semana;
- **inatividade física geral:** essa variável foi computada através da combinação de respostas obtidas quanto a deslocamento (questão 28), trabalho (questão 29), tarefas domésticas (questão 30) e atividade de lazer (questão 31). Foi categorizado como inativo, no geral (soma dos quatro contextos), o trabalhador que relatou não praticar atividade física em todos os contextos e ativo o que relatou praticar atividade física, independente de intensidade e frequência, em pelo menos um dos contextos.

Variáveis independentes

As variáveis independentes foram:

- **sexo:** masculino ou feminino;
- **idade:** menor que 30 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos e maior que 50 anos;
- **escolaridade:** para efeito de análise, na questão nível de escolaridade, as respostas ‘fundamental incompleto’ e ‘fundamental completo’ foram agrupadas na classificação ‘até o fundamental completo’;
- **estado civil:** para a dicotomização dessa variável foram agrupados como ‘não casados’ os que responderam ‘solteiro, viúvo e divorciado’;
- **fumo:** foi considerado não fumante o trabalhador que relatou nunca ter fumado; ex-fumante o que relatou ter parado, independentemente de há quanto tempo; fumante o que expôs fumar, independentemente da quantidade;

- **consumo de álcool em excesso:** para o consumo de álcool foi classificado como uma dose: ½ garrafa de cerveja, uma lata de cerveja, um copo de vinho ou uma dose de uísque / conhaque / cachaça / vodka. Foi considerado consumo de álcool em excesso quando referida a ingestão, numa mesma ocasião, de mais de 7 doses para mulheres e de mais de 14 doses para homens, ou de cinco ou mais doses, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias;
- **pressão arterial elevada, diabetes e colesterol alto:** para essas variáveis, não foram computadas as respostas ‘não lembro e nunca fiz esse exame’. Esta questão foi dicotomizada nas respostas ‘sim/ não’;
- **consumo de frutas e verduras:** a frequência semanal do consumo de frutas e verduras foi computada através da combinação de respostas obtidas quanto às frequências de consumo de frutas ou sucos naturais (questão 51) e de verduras ou saladas verdes (questão 52). Ela foi categorizada em consumo semanal por pelo menos 5 dias por semana ou consumo inferior a 5 dias por semana;
- **índice de massa corporal:** o IMC foi calculado através da divisão do peso auto-referido dividido pela estatura auto-referida ao quadrado. Em virtude da quantidade de trabalhadores com baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$) ser praticamente nula, com prevalência inferior a 1%, os que apresentaram essa característica foram acoplados aos eutróficos ($IMC < 25,0 \text{ kg/m}^2$), para efeito de análise. Foram classificados com sobrepeso aqueles com IMC entre 25,0 e 39,9 kg/m^2 e obesos aqueles com $IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$.
- **percepção de saúde:** foi considerada percepção negativa de saúde, quando o trabalhador classificou seu estado de saúde como regular ou ruim e considerada percepção positiva de saúde quando o trabalhador classificou seu estado de saúde como excelente ou bom.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O plano amostral foi encaminhado para o respectivo Departamento Regional, a fim de se realizar o contato com as empresas selecionadas para a aplicação dos questionários. Na área de adscrição de cada centro de atividades do SESI, um coordenador teve por tarefa solicitar das empresas autorização para realização do levantamento e providenciar a listagem

para se proceder o sorteio dos trabalhadores. Mediante essa listagem, foi constituída uma amostragem aleatória dos trabalhadores para participarem da pesquisa. Para substituição daquele trabalhador selecionado que não esteve no local de trabalho no momento da coleta ou que se negou a participar, o procedimento foi escolher o nome imediatamente posterior na relação de funcionários (SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI), 2008d).

Os coordenadores fizeram contato prévio formal com a administração das empresas selecionadas para marcação do dia e local da coleta. As empresas que não permitiram a aplicação dos questionários foram substituídas por empresas do mesmo porte e, preferencialmente, do mesmo ramo. Os responsáveis pela aplicação dos questionários foram representantes do SESI-PB, que receberam informações e participaram de vídeo-conferência, visando à padronização dos procedimentos de aplicação.

A coleta de dados ocorreu no final do primeiro semestre de 2008. A aplicação dos questionários foi idealizada para grupos com até 15 pessoas, mas, em geral, foi realizada em grupos menores. Os trabalhadores analfabetos e aqueles que apresentaram alguma dificuldade para responder o questionário foram entrevistados individualmente pelo aplicador. Em qualquer das situações mencionadas, os sujeitos foram continuamente assistidos pelos aplicadores e puderam esclarecer dúvidas. As questões foram lidas em voz alta e, após esclarecimento das dúvidas, foi iniciado o preenchimento dos questionários. O questionário não contém campos que permitam a identificação e antes de iniciar a aplicação do instrumento, todos foram esclarecidos sobre o caráter voluntário da participação e a garantia de anonimato das informações fornecidas.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A construção do banco de dados foi feita mediante a leitura ótica dos questionários por meio do *software* SPHYNX. Para detectar possíveis erros e *outliers*, os dados de cada variável foram revisados e corrigidos eletrônica e manualmente.

Para análise estatística, os dados foram exportados para o programa *Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* para Windows - versão 16.01 e *MedCalc Statistical Software*. Iniciou-se com análises descritivas: distribuição de frequência, medidas de tendência central e dispersão e medidas de associação (Qui-quadrado). Para analisar as variáveis associadas à inatividade física, foi utilizada a regressão de Poisson univariada para

cálculo das razões de prevalência brutas e intervalos de confiança, dado que o desfecho estudado foi dicotômico, utilizando como variáveis dependentes a inatividade física nos contextos deslocamento, trabalho, casa, lazer e inatividade física geral e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil) e os fatores de risco a saúde (tabagismo, consumo de álcool em excesso, baixo consumo de frutas e verduras, diabetes, pressão arterial elevada, colesterol elevado, sobrepeso/obesidade) e percepção negativa de saúde.

O modelo ajustado foi construído com as variáveis que obtiveram nível de significância estatística de $p \leq 0,20$ nas análises brutas, obedecendo ao critério hierárquico com base na abordagem hierárquica em dois níveis (VICTORA et al., 1997). Esta proposta de análise ajusta o efeito de cada variável para aquelas em nível igual ou superior, iniciando-se das variáveis no nível distal até o nível mais proximal. Assim, as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise bruta, mas não mantiveram essa significância nas análises por nível, foram imediatamente excluídas do modelo final e entraram como variável de ajusta no nível subsequente. Desta forma, cada variável dependente apresentou um modelo final autônomo, de acordo com as variáveis que mantiveram a significância durante todo o processo estatístico. Em todas as análises adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$.

Os níveis de hierarquização, bem como, a ordem de entrada das variáveis no modelo são apresentados na Figura 2.



Figura 2 Apresenta-se o modelo hierárquico para análise de Regressão.

4.RESULTADOS

Dos 2.022 trabalhadores investigados, 71,2% eram do sexo masculino. Houve maior proporção de adultos abaixo dos 30 anos de idade, em ambos os sexos (Tabela 5). Mais da metade concluiu o ensino médio (homens: 51,3%; mulheres: 57,3%), sendo a proporção de mulheres significativamente maior que a de homens ($p < 0,05$). Quase um quinto das mulheres concluiu o ensino superior, representando mais que o dobro dos homens.

O sexo feminino apresentou maior proporção de comportamentos positivos à saúde. Para o tabagismo e álcool em excesso, cerca de 82,6% das mulheres declararam não fumar e 80,9% não ingerir álcool em excesso, percentual bem acima dos homens que foi de 67,6% e 57,2%, respectivamente.

Não foram encontradas diferenças entre os sexos, para as variáveis pressão arterial elevada, colesterol elevado, diabetes, percepção de saúde e consumo de frutas/verduras, com destaque para o baixo percentual de diabéticos (2,7%) e grande percentual de trabalhadores que relataram não consumir frutas e verduras, em pelo menos cinco dias por semana (62,5%).

A proporção de trabalhadores com excesso peso (sobrepeso+obesidade) foi quase a metade do total (44%). Os homens apresentaram maior prevalência (46,8%) em comparação com as mulheres (36,4%), sendo a proporção de homens obesos (8,2%) mais que o dobro das mulheres (3,8%).

Tabela 5 Descrição das variáveis independentes em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).

Variáveis	Geral		Homens		Mulheres		p-valor*
	%	n	%	n	%	n	
Faixa etária		2010		1431		539	0,714
< 30 anos	46,5		47,1		45,6		
30 - 39 anos	33,7		32,3		36,5		
40 - 49 anos	14,8		15,5		13,0		
50 + anos	5,0		5,1		4,8		
Escolaridade		2019		1435		543	<0,001
Até fundamental completo	35,3		39,6		23,2		
Médio Completo	52,9		51,3		57,3		
Superior completo	11,8		9,1		19,5		
Estado civil		2016		1433		543	<0,001
Casado	56,8		60,6		56,8		
Outros	43,2		39,4		43,2		
Tabagismo		2016		1431		545	<0,001
Não fumante	72		67,6		82,6		
Ex-fumante	16		18,7		9,9		
Fumante	12		13,8		7,5		
Consumo de álcool em excesso		2022		1436		545	<0,001
Não	63,5		57,2		80,9		
Sim	36,5		42,8		19,1		
Consumo frutas e verduras		2010		1428		541	0,466
≥ 5 dias por semana	37,5		37,0		38,8		
< 5 dias por semana	62,5		63,0		61,2		
Diabetes		1680		1184		463	0,606
Não	97,8		97,2		97,8		
Sim	2,2		2,8		2,2		
Pressão arterial elevada		1917		1354		524	0,669
Não	76,9		76,6		77,7		
Sim	23,1		23,4		22,3		
Colesterol elevado		1727		1209		482	0,594
Não	85,5		85,7		84,6		
Sim	14,5		14,3		15,4		
IMC		1991		1422		529	<0,001
Peso normal	56,0		53,2		63,7		
Sobrepeso	36,9		38,6		32,5		
Obesidade	7,1		8,2		3,8		
Percepção de saúde		2019		1435		543	0,252
Positiva	80,6		81,2		78,8		
Negativa	19,4		18,8		21,2		

*Diferenças entre os sexos.

As prevalências de inatividade física em cada contexto (deslocamento, lazer, trabalho, casa) e geral (combinação das respostas negativas em todos os contextos) são mostradas na Figura 3.

A maior prevalência de inatividade física foi encontrada no contexto do lazer, mais da metade dos trabalhadores são inativos fisicamente. As atividades no deslocamento e tarefas domésticas tiveram valores percentuais próximos. A menor prevalência de inatividade física foi observada no ambiente de trabalho.

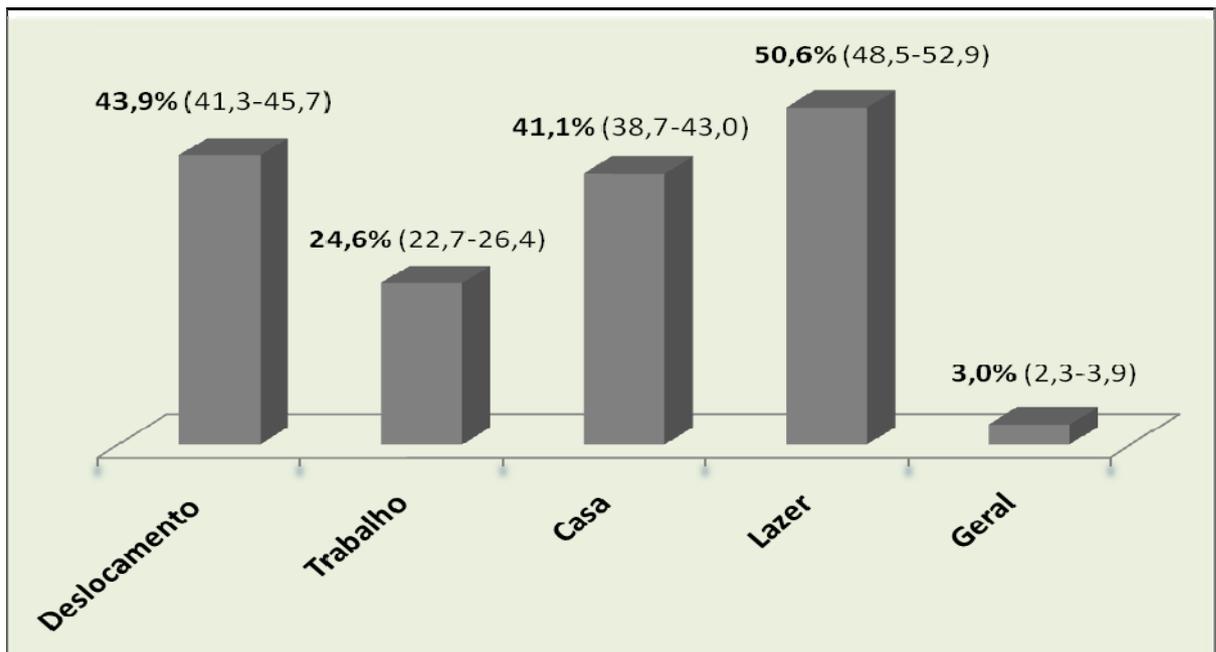


Figura 3 Descrição das prevalências de inatividade física e intervalos de confiança (IC 95%) para cada contexto e na classificação geral em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).

A Tabela 6 apresenta os resultados das análises bruta e ajustada para associação entre inatividade física no deslocamento (IFD), variáveis sociodemográficas e fatores de risco para DANTs. Na análise bruta, a IFD foi associada diretamente a maiores faixas etárias, maior nível de escolaridade, tabagismo, consumo de álcool, diabetes, pressão arterial elevada, colesterol elevado e sobrepeso. As mulheres apresentaram prevalência 23% maior de IFD, quando comparadas aos homens.

Na análise ajustada, os trabalhadores com idade de 40 a 49 anos apresentaram 31% maior prevalência de IFD, quando comparados aos com idades abaixo de 30 anos. Nesta variável, os resultados apontaram tendência de aumento da prevalência de inatividade física, com o incremento da idade. Aqueles com maior escolaridade apresentaram prevalência de IFD duas vezes maior que os de menor escolaridade. Os fumantes e os etilistas apresentaram maior prevalência de IFD (16%) em relação a seus pares. Os trabalhadores com sobrepeso demonstraram maior prevalência (15%), quando comparados aos de peso normal.

Tabela 6 Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física no deslocamento para o trabalho, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANTs em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).

Variável (nível na análise ajustada)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Sexo (1)			<0,001		<0,001
Masculino	41,2	1,00		1,00	
Feminino	50,9	1,23(1,11-1,37)		1,23(1,11-1,37)	
Faixa etária (1)			<0,001*		0,001
<30 anos	39,9	1,00		1,00	
30 - 39 anos	43,1	1,08 (0,95-1,21)		1,06 (0,94-1,20)	
40 - 49 anos	52,5	1,31 (1,14-1,51)		1,31 (1,14-1,50)	
50 + anos	52,1	1,30 (1,06-1,61)		1,28 (1,04-1,58)	
Escolaridade (2)			<0,001*		<0,001
Até fund. Completo	33,7	1,00		1,00	
Médio Completo	43,5	1,28 (1,13-1,46)		1,30 (1,14-1,48)	
Superior completo	72,0	2,13 (1,86-2,43)		2,02 (1,75-2,31)	
Estado civil (2)			0,444		
Outros	42,4	1,00			
Casado	44,2	0,96 (0,86-1,06)			
Tabagismo (3)			0,002		0,037
Não fumante	41,1	1,00		1,00	
Ex-fumante	49,3	1,20 (1,05-1,36)		1,14 (1,01-1,31)	
Fumante	50,7	1,23 (1,06-1,42)		1,16 (1,01-1,34)	
Álcool em excesso(3)			0,007		0,006
Não	41,2	1,00		1,00	
Sim	47,5	1,15 (1,04-1,27)		1,16 (1,04-1,29)	
C. frutas/ verduras (3)			0,718		
≥ 5 dias por semana	43,0	1,00			
< 5 dias por semana	43,9	1,02 (0,91-1,13)			
Diabetes (4)			0,034		0,436
Não	41,5	1,00		1,00	
Sim	55,6	1,33 (1,02-1,74)		1,11 (0,84-1,47)	
Pressão A. elevada (4)			<0,001		0,222
Não	40,7	1,00		1,00	
Sim	51,2	1,25 (1,12-1,40)		1,09 (0,95-1,25)	
Colesterol elevado (4)			0,002		0,498
Não	42,1	1,00		1,00	
Sim	52,1	1,23 (1,08-1,42)		0,94 (0,79-1,12)	
IMC (4)			0,343		
Peso normal	41,2	1,00			
Sobrepeso	49,5	1,20 (1,08-1,33)			
Obesidade	33,8	0,82 (0,64-1,05)			
Percepção de saúde (4)			0,862		
Positiva	43,4	1,00			
Negativa	43,9	1,01(0,89-1,15)			

* Teste de tendência linear.

Os resultados das análises bruta e ajustada para associação entre inatividade física no trabalho (IFT), variáveis sociodemográficas e fatores de risco para DANTs são mostrados na Tabela 7. Na análise bruta, foi encontrada associação da IFT com as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, consumo de álcool, diabetes e colesterol elevado. Houve maior prevalência de IFT nas mulheres, nos trabalhadores não-casados e naqueles que não consomem álcool em excesso. Foi observada também tendência de incremento da prevalência de IFT, à medida que aumentavam a faixa etária e a escolaridade.

Na análise ajustada, a prevalência de IFT permaneceu associada positivamente, no modelo final, apenas com as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade ($p < 0,001$). Os trabalhadores acima de 50 anos apresentaram prevalência de IFT 2,03 vezes maior que os trabalhadores abaixo de 30 anos. Aqueles com nível superior de ensino apresentaram prevalência 4,59 vezes maior, em relação aos que possuíam até o ensino fundamental completo.

Tabela 7 Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física no trabalho, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANTs em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).

Variável (nível na análise ajustada)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Sexo (1)			<0,001		<0,001
Masculino	17,3	1,00		1,00	
Feminino	43,6	2,52 (2,17-2,92)		2,54 (2,20-2,95)	
Faixa etária (1)			<0,001*		<0,001
<30 anos	20,8	1,00		1,00	
30 - 39 anos	21,9	1,05 (0,87-1,27)		1,01 (0,84-1,22)	
40 - 49 anos	35,4	1,70 (1,39-2,08)		1,73 (1,42-2,10)	
50 + anos	41,6	2,01 (1,54-2,60)		2,03 (1,60-2,57)	
Escolaridade (2)			<0,001*		<0,001
Até fund. completo	11,4	1,00		1,00	
Médio Completo	23,3	2,04 (1,61-2,57)		1,95 (1,55-2,47)	
Superior completo	67,1	5,87 (4,69-7,34)		4,59 (3,63-5,78)	
Estado civil (2)			0,005		0,306
Outros	27,4	1,00		1,00	
Casado	22,0	0,80 (0,68-0,93)		1,07 (0,93-1,24)	
Tabagismo (3)			0,157		0,546
Não fumante	24,9	1,00		1,00	
Ex-fumante	26,1	1,04 (0,85-1,28)		0,98 (0,80-1,20)	
Fumante	19,4	0,78 (0,59-1,28)		0,87 (0,67-1,11)	
Álcool em excesso(3)			0,001		0,284
Não	26,8	1,00		1,00	
Sim	20,0	0,74 (0,62-0,88)		0,91 (0,76-1,08)	
C. frutas/ verduras (3)			0,969		
≥ 5 dias por semana	24,7	1,00			
< 5 dias por semana	24,0	0,69 (0,82-1,13)			
Diabetes (4)			0,036		0,322
Não	25,0	1,00		1,00	
Sim	37,8	1,50 (1,02-2,21)		1,20 (0,85-1,72)	
Pressão A. elevada (4)			0,527		
Não	24,6	1,00			
Sim	25,3	1,02 (0,85-1,23)			
Colesterol elevado (4)			<0,001		0,592
Não	24,0	1,00		1,00	
Sim	35,2	1,46 (1,21-1,77)		1,05 (0,85-1,30)	
IMC (4)			0,563		
Peso normal	24,0	1,00			
Sobrepeso	23,8	0,99 (0,84-1,17)			
Obesidade	27,9	1,16 (0,87-1,54)			
Percepção de saúde (4)			0,870		
Positiva	24,4	1,00			
Negativa	24,0	0,98 (0,80-1,19)			

* Teste de tendência linear.

A Tabela 8 apresenta os resultados das análises bruta e ajustada para associação entre inatividade física nas tarefas no ambiente da casa (IFC), variáveis sociodemográficas e fatores de risco para DANTs. Na análise bruta, a IFC foi associada às variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, tabagismo, consumo de álcool, consumo frutas/verduras, pressão arterial elevada e IMC. Os homens apresentaram maior prevalência de IFC, em comparação com as mulheres ($p=0,005$) e os casados em comparação com os não-casados ($p=0,042$).

Na análise ajustada, a prevalência de IFT permaneceu associada com as variáveis, sexo, faixa etária, escolaridade, tabagismo e consumo de álcool ($p<0,001$). Estado civil, consumo de frutas/verduras, pressão arterial elevada e IMC permaneceram como variáveis de controle no modelo final. Os trabalhadores da faixa etária até 30 anos apresentaram maior prevalência de IFC que os trabalhadores das demais faixas etárias ($p<0,001$), com tendência de diminuição de inatividade física com a idade.

Os trabalhadores com nível superior de ensino apresentaram 13% mais prevalência de IFC, quando comparados aos que possuíam ensino fundamental completo. Os fumantes apresentaram maior prevalência (30%) que os não fumantes. Aqueles com consumo excessivo de álcool demonstraram maior prevalência (19%), quando comparados aos que não consumiam álcool.

Tabela 8 Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física nas tarefas de realizadas em casa, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANTs em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).

Variável (nível na análise ajustada)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Sexo (1)			<0,001		<0,001
Masculino	48,0	1,00		1,00	
Feminino	22,8	0,47 (0,40-0,56)		0,47 (0,40-0,56)	
Faixa etária (1)			<0,001*		0,001
<30 anos	45,8	1,00		1,00	
30 - 39 anos	37,4	0,81 (0,72-0,92)		0,84 (0,74-0,94)	
40 - 49 anos	34,4	0,75 (0,63-0,89)		0,75 (0,63-0,89)	
50 + anos	38,6	0,84 (0,65-1,09)		0,85 (0,66-1,10)	
Escolaridade (2)			0,667		
Até fund. Completo	42,5	1,00			
Médio Completo	37,9	0,89 (0,79-1,01)			
Superior completo	48,5	1,14 (0,97-1,33)			
Estado civil (2)			0,039		0,042
Outros	38,9	1,00		1,00	
Casado	43,5	1,11 (1,06-1,24)		1,11 (1,04-1,24)	
Tabagismo (3)			<0,001		<0,001
Não fumante	36,7	1,00		1,00	
Ex-fumante	48,7	1,32 (1,16-1,51)		1,30 (1,14-1,49)	
Fumante	54,1	1,47 (1,28-1,68)		1,30 (1,13-1,50)	
Álcool em excesso(3)			<0,001		0,001
Não	35,4	1,00		1,00	
Sim	50,1	1,41 (1,27-1,56)		1,19 (1,07-1,32)	
C. frutas/ verduras (3)			0,010		0,186
≥ 5 dias por semana	37,2	1,00		1,00	
< 5 dias por semana	43,1	1,15 (1,03-1,29)		1,07 (0,96-1,20)	
Diabetes (4)			0,470		
Não	39,3	1,00			
Sim	44,4	1,13 (0,81-1,57)			
Pressão A. elevada (4)			0,011		0,118
Não	39,1	1,00		1,00	
Sim	45,7	1,16 (1,03-1,31)		1,10 (0,97-1,25)	
Colesterol elevado (4)			0,633		
Não	40,0	1,00			
Sim	41,6	1,04 (0,88-1,22)			
IMC (4)			0,145		0,153
Peso normal	39,1	1,00		1,00	
Sobrepeso	44,5	1,14 (1,02-1,27)		1,10 (0,98-1,23)	
Obesidade	39,3	1,00 (0,80-1,25)		0,95 (0,76-1,18)	
Percepção de saúde (4)			0,987		
Positiva	40,9	1,00			
Negativa	40,4	0,98 (0,86-1,12)			

* Teste de tendência linear.

Os resultados das análises bruta e ajustada para associação entre inatividade física no lazer (IFL), variáveis sociodemográficas e fatores de risco para DANTs constam da Tabela 9. Na análise bruta, a IFL foi associada às variáveis sexo, faixa etária, tabagismo, consumo de álcool, consumo frutas/verduras, IMC e percepção de saúde. As mulheres apresentaram prevalência de IFL 56% maior, quando comparadas aos homens.

Na análise ajustada, a prevalência de IFL permaneceu associada positivamente, no modelo final, com as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, tabagismo, consumo de álcool, consumo de frutas/verduras, IMC e percepção de saúde. Os trabalhadores com 50 anos ou mais de idade apresentaram prevalência de IFL 43% maior, quando comparados aos de até 30 anos, com tendência de aumento nas diferentes faixas etárias.

Os casados apresentaram menor prevalência que os não casados ($p=0,046$) e os fumantes apresentaram maior prevalência (24%), quando comparados aos não fumantes. Aqueles que consumiam pelo menos cinco porções de frutas/verduras por semana apresentaram maior prevalência (26%), que aqueles com maior consumo.

Os grupos com sobrepeso e obesidade apresentaram maiores prevalências de IFL (12%, 28%, respectivamente), em relação aos trabalhadores com peso normal. Os trabalhadores com percepção negativa de saúde apresentaram maiores prevalências (31%), quando comparados aos de percepção positiva. Aqueles com elevado consumo de álcool demonstraram ser mais ativos no lazer que aqueles com baixo consumo ($p=0,046$).

Tabela 9 Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física no lazer, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANTs em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).

Variável (nível na análise ajustada)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Sexo (1)			<0,001		<0,001
Masculino	43,9	1,00		1,00	
Feminino	68,3	1,55 (1,43-1,69)		1,56 (1,44-1,70)	
Faixa etária (1)			<0,001*		<0,001
<30 anos	46,0	1,00		1,00	
30 - 39 anos	51,4	1,11 (1,01-1,23)		1,09 (0,99-1,21)	
40 - 49 anos	57,3	1,24 (1,10-1,40)		1,26 (1,12-1,42)	
50 + anos	66,0	1,44 (1,23-1,68)		1,43 (1,21-1,68)	
Escolaridade (2)			0,190		0,322
Até fund. completo	51,8	1,00		1,00	
Médio Completo	50,9	0,98 (0,89-1,07)		0,98 (0,89-1,07)	
Superior completo	46,0	0,88 (0,76-1,03)		0,88 (0,76-1,03)	
Estado civil (2)			0,140		0,046
Outros	52,0	1,00		1,00	
Casado	48,7	0,93 (0,85-1,02)		0,91 (0,83-0,99)	
Tabagismo (3)			0,016		0,002
Não fumante	49,4	1,00		1,00	
Ex-fumante	50,3	1,01 (0,90-1,14)		1,01 (0,87-1,14)	
Fumante	58,7	1,18 (1,05-1,33)		1,24 (1,09-1,40)	
Álcool em excesso(3)			0,001		0,041
Não	53,6	1,00		1,00	
Sim	45,5	0,84 (0,77-0,93)		0,90 (0,81-0,99)	
C. frutas/ verduras (3)			<0,001		<0,001
≥ 5 dias por semana	45,1	1,00		1,00	
< 5 dias por semana	54,2	1,20 (1,09-1,32)		1,26 (1,14-1,38)	
Diabetes (4)			0,244		
Não	49,7	1,00			
Sim	57,8	1,16 (0,90-1,50)			
Pressão A. elevada (4)			0,156		0,361
Não	50,0	1,00		1,00	
Sim	53,7	1,07 (0,97-1,18)		0,94 (0,87-1,06)	
Colesterol elevado (4)			0,078		0,897
Não	49,4	1,00		1,00	
Sim	55,2	1,11 (0,98-1,26)		1,01 (0,88-1,15)	
IMC (4)			0,001*		0,002
Peso normal	47,6	1,00		1,00	
Sobrepeso	54,1	1,13 (1,03-1,24)		1,12 (1,02-1,23)	
Obesidade	59,3	1,24 (1,07-1,44)		1,28 (1,10-1,50)	
Percepção de saúde (4)			<0,001		<0,001
Positiva	47,8	1,00		1,00	
Negativa	62,8	1,31 (1,19-1,44)		1,95 (1,08-1,31)	

* Teste de tendência linear.

A Tabela 10 apresenta os resultados das análises bruta e ajustada para associação entre inatividade física geral, variáveis sociodemográficas e fatores de risco para DANTs. Na análise bruta, a IFG foi associada à escolaridade, consumo frutas/verduras, diabetes e IMC.

Na análise ajustada, os trabalhadores com nível de escolaridade superior apresentaram prevalência de IFG 10 vezes maior que aqueles com ensino fundamental. A IFG esteve associada ao baixo consumo de frutas e verduras, com prevalência de IFG 2,37 vezes maior que aqueles com maior consumo. Os trabalhadores obesos apresentaram 3,95 vezes maior prevalência de IFG, quando comparados aos de peso normal.

Tabela 10 Prevalência, análise bruta e ajustada entre inatividade física geral, variáveis sociodemográficas e indicadores de risco para DANTs em adultos trabalhadores da indústria paraibana (2008).

Variável (nível na análise ajustada)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Sexo (1)			0,969		
Masculino	3,0	1,00			
Feminino	3,1	1,01(0,57-1,79)			
Faixa etária (1)					
<30 anos	2,3	1,00	0,053	1,00	0,289
30 - 39 anos	3,0	1,29 (0,69-2,41)		1,29 (0,69-2,41)	
40 - 49 anos	3,9	1,68 (0,81-3,46)		1,68 (0,81-3,46)	
50 + anos	5,2	2,25 (0,86-5,86)		2,25 (0,86-5,86)	
Escolaridade (2)					
Até fund. Completo	0,9	1,00	<0,001*	1,00	<0,001
Médio Completo	2,6	2,91 (1,20-7,07)		2,91 (1,20-7,07)	
Superior completo	10,4	11,4 (4,76-27,77)		11,4 (4,76-27,77)	
Estado civil (2)			0,095		0,300
Outros	2,4	1,00		1,00	
Casado	3,7	1,55 (0,92-2,60)		1,30 (0,78-2,16)	
Tabagismo (3)			0,705		
Não fumante	2,9	1			
Ex-fumante	3,7	1,29 (0,66-2,49)			
Fumante	2,6	0,91 (0,39-2,13)			
Álcool em excesso(3)			0,925		
Não	2,9	1,00			
Sim	3,0	1,02 (0,60-1,74)			
C. frutas/ verduras (3)			0,017		0,007
≥ 5 dias por semana	1,7	1,00		1,00	
< 5 dias por semana	3,7	2,15 (1,14-4,05)		2,37 (1,27-4,43)	
Diabetes (4)			0,017		0,472
Não	2,7	1,00		1,00	
Sim	8,9	3,30 (1,23-8,82)		1,53 (0,53-4,41)	
Pressão A. elevada (4)			0,136		0,786
Não	2,8	1,00		1,00	
Sim	4,2	1,51 (0,87-2,63)		0,90 (0,45-1,81)	
Colesterol elevado (4)			0,001		0,191
Não	2,3	1,00		1,00	
Sim	6,4	2,73 (1,50-4,96)		1,52 (0,80-2,88)	
IMC (4)			0,019*		0,001
Peso normal	2,5	1,00		1,00	
Sobrepeso	2,8	1,10 (0,61-1,98)		1,28 (0,67-2,43)	
Obesidade	7,5	2,98 (1,47-6,04)		3,95 (1,87-8,30)	
Percepção de saúde (4)			0,466		
Positiva	2,8	1,00			
Negativa	3,6	1,25(0,68-2,30)			

*Teste de tendência linear.

5 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou, por meio de dados obtidos através da aplicação de questionário, a prevalência de inatividade física nos diversos contextos em trabalhadores da indústria paraibana e sua associação com fatores sociodemográficos e de risco para DANTs. Em virtude do delineamento do tipo transversal, o estudo não permite conclusões sobre causalidade.

A utilização de um questionário com questões relativas à atividade física nos vários contextos, diferindo metodologicamente de outros questionários validados, limita a comparação dos dados obtidos com outros estudos. A robustez do estudo é indicada nos procedimentos de amostragem empregados, os quais permitiram estimar num coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de três pontos percentuais. Os procedimentos para a padronização de aplicação dos questionários oportunizaram a minimização de erros.

O uso do modelo teórico hierarquizado fortalece o estudo, considerando a grande quantidade de variáveis analisadas. Sua utilização demanda uma pressuposição teórica para a construção do modelo de entrada de variáveis, não dependendo exclusivamente de critérios estatísticos. Promove, desta forma, o uso racional da estatística, reduzindo críticas quanto a seu uso na manipulação dos resultados (FUCHS et al., 1996).

A maioria dos trabalhadores estudados estava na faixa etária até 39 anos (80,2%), cursou até o ensino médio completo (88,2%) e eram casados (56,8%). Esses dados apresentaram os mesmos comportamentos encontrados em industriários de outros estados nordestinos como: Alagoas, Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco (SESI, 2008a; SESI, 2008b; SESI, 2008c; SESI, 2007).

Entre os comportamentos de risco à saúde, a prevalência de fumantes nos trabalhadores paraibanos foi de 12%. Esses valores corroboram os encontrados em outras investigações (FONSECA, 2008; HOFELMAN; BLANK, 2007; MATOS, 2004). Percentuais semelhantes foram achados em industriários pernambucanos (13,1%), potiguares (11%) e cearenses (10,2%) (SESI, 2008b; SESI, 2008c; SESI, 2007). Em outros estudos com trabalhadores, foram encontradas prevalências de tabagismo superiores a 20% (BARROS, 2001; MONTEIRO; FERNANDES, 2006; MARTINEZ; LATORRE, 2006, MAIA et al., 2007). A prevalência de fumantes entre os trabalhadores paraibanos é inferior à encontrada no levantamento realizado com adultos de todas as capitais brasileiras (BRASIL, 2007).

Cerca de 36,5% dos trabalhadores relataram consumo de álcool em excesso. Essa prevalência foi similar ao Rio Grande do Norte (37,7%) e superior a Alagoas (33,9%), Ceará (33,8%) e Pernambuco (34,5%) (SESI, 2008a; SESI, 2008b; SESI, 2008c; SESI, 2007). Outros estudos realizados com trabalhadores da indústria encontraram prevalências bem inferiores, a exemplo de Hofelman e Blank (2007), que observaram consumo de álcool em excesso em 6,1% dos industriários. Martinez e Latorre (2006), ao avaliarem industriários de São Paulo e Rio de Janeiro, encontraram prevalência de 3,6%. O presente estudo também apresenta percentuais superiores aos encontrados pelo VIGITEL, em 2007, no qual a prevalência de consumo de álcool em excesso foi de 17,5% (BRASIL, 2007). Vários estudos apresentaram critérios diversificados para classificar o consumo de álcool em excesso, o que pode ter influenciado a grande amplitude entre as prevalências.

Em relação ao consumo de frutas e verduras, 62,5% dos industriários referiram consumir menos de cinco dias por semana. Poucos estudos avaliaram os hábitos alimentares de industriários. Barros (2001) encontrou que 33,4% dos industriários não consumiam, pelo menos, uma porção diária de frutas e 26,1% relataram não consumir verduras nessa frequência semanal. No estudo de Hofelman e Blank (2007), os industriários foram avaliados de acordo com o índice de qualidade alimentar – soma dos valores atribuídos à frequência de consumo semanal (diariamente, 4-6, 1-3, menos 1, nunca) de cinco grupos alimentares considerados ‘saudáveis’ (frutas, verduras e legumes, carnes magras, produtos lácteos desnatados, alimentos integrais – aveia, pão, biscoito) e de cinco considerados ‘não saudáveis’ (embutidos, manteiga, produtos lácteos integrais, carnes gordas, frituras, doces). Subtraindo o escore obtido para alimentos considerados ‘não saudáveis’ dos ‘saudáveis’, os valores entre 0-15 foram considerados um indicador de hábito alimentar adequado e inferiores a zero um indicador de inadequação. De acordo com esse índice, 35,9% dos trabalhadores foram classificados com hábitos alimentares inadequados.

Em Florianópolis, foi realizado um estudo com amostragem representativa da população e observou-se que 28,3% das mulheres e 40,1% dos homens referiram não consumir frutas ou verduras pelo menos cinco vezes na semana (MARTINS, 2008). Dados nacionais também encontraram percentuais inferiores aos encontrados nos trabalhadores paraibanos, no qual a prevalência de adultos que consomem frutas menos de cinco vezes na semana foi de 42,9% (BRASIL, 2007). No levantamento realizado pelo INCA, em 15 capitais brasileiras, as prevalências variaram entre 18,8% em Natal e 49,1% em Manaus (INCA, 2003).

O diabetes melito foi referido por 2,8% dos trabalhadores. Os achados do presente estudo assemelham-se aos de Matos et al. (2004) que, por meio de medida direta da glicemia com critério ≥ 126 mg/dl para diabetes, encontraram prevalência de 2,5% de diabéticos em 1.191 trabalhadores da Petrobrás. Hofelman e Blank (2007) também encontraram baixa prevalência de diabetes (1,3%) em trabalhadores da indústria avaliados por meio de diagnóstico auto-referidos. Entretanto, outro estudo com industriários avaliados por medida de glicemia e critério ≥ 110 mg/dl encontrou prevalência de 11,5%, o que pode estar associado ao maior rigor no critério estabelecido (MARTINEZ; LATORRE, 2006).

Cerca de 23,1% dos trabalhadores referiram possuir pressão arterial elevada. Conforme estudo realizado com industriários no Rio de Janeiro e adotando o critério para classificar o trabalhador como hipertenso aquele que apresentou pressão sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima de 90 mmHg, foi encontrada prevalência de hipertensão em 18,2% (MATOS, 2004). Entretanto, em outros estudos com trabalhadores utilizando os mesmos critérios, encontraram prevalências maiores de hipertensão com destaque para o estudo de Maia et al. (2007) no qual 29,7% eram hipertensos e Conceição et al. (2006) com prevalência de 37,9%.

No estudo realizado com 3.777 industriários paulistas e cariocas, com critérios de pressão sistólica acima de 130 mmHg e diastólica acima de 85 mmHg, a prevalência encontrada foi de 24,7% (MARTINEZ; LATORRE, 2006). Resultados semelhantes foram encontrados pelo VIGITEL 2007, no qual a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou de 13,8%, em Palmas, a 26,9%, no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em João Pessoa (23,1%) e Recife (25,5%) e as menores, em Macapá (14,8%) e Aracaju (14,6%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Porto Alegre (28,3%) e Rio de Janeiro (30,7%) e as menores, em Belém (16,2%) e Palmas (12,3%) (BRASIL, 2007).

A hipercolesterolemia foi referida por 14,5% dos industriários paraibanos, percentual bem abaixo dos encontrados na literatura. Martinez e Latorre (2006), utilizando o critério de hipercolesterolemia para os industriários que apresentaram valores de colesterol total ≥ 200 mg/dl, verificaram prevalência de 35,5%. Entretanto, Matos et al. (2004), utilizando os mesmos critérios em industriários do Rio de Janeiro, encontraram prevalência superior (56,6%). Prevalências menores (27,7%) foram encontradas por Maia et al. (2007) com trabalhadores de enfermagem. A baixa prevalência encontrada nos industriários paraibanos, quando comparada a alguns estudos, pode estar relacionada ao fato de a variável ter sido coletada por meio de resposta auto-referida.

O excesso de peso foi encontrado em 44,0% dos trabalhadores estudados, essa prevalência foi similar a outros estados nordestinos, tais como: Alagoas (47,4%); Ceará (45,1%); Pernambuco (43,5%) e Rio Grande do Norte (46,4%) (SESI, 2008a; SESI, 2008b; SESI, 2008c; SESI, 2007). Outros estudos, analisando trabalhadores da indústria, também encontraram prevalências semelhantes. Matos et al. (2004) e Martinez e Latorre (2006) identificaram, em industriários, prevalência de sobrepeso de 42,0% e 42,7%, respectivamente. Em outro estudo realizado com trabalhadores de Brasília, aproximadamente 57,0% apresentaram sobrepeso (CONCEIÇÃO et al., 2006). Esses valores aproximam-se dos encontrados em adultos de todas as capitais brasileiras. A maior frequência de excesso de peso foi encontrada em Cuiabá (49,7%) e a menor, em Palmas (33,4%) (BRASIL, 2007).

Na análise da percepção de saúde, verificou-se que 19,5% dos avaliados referiram percepção negativa. No estudo de Fonseca et al. (2008), a percepção negativa de saúde foi referida por 11,8% dos industriários catarinenses e esse desfecho foi positivamente associado à faixa etária, atividade física de lazer, percepção da qualidade do sono, percepção do estresse e ao sexo feminino. Entretanto, a renda familiar bruta e o nível de escolaridade associaram-se inversamente à percepção negativa de saúde. Industriários que exerciam trabalhos com maior demanda física e aqueles que foram classificados nos extremos das categorias do IMC ($<18,5\text{kg/m}^2$ ou $\geq 30\text{kg/m}^2$) apresentaram maiores prevalências de percepção negativa de saúde.

Em outro estudo realizado em Santa Catarina com trabalhadores da indústria, a auto-avaliação negativa de saúde foi referida por 16,6% dos sujeitos. de acordo com os autores, a referência a doenças crônicas foi a variável de maior impacto sobre o desfecho, representando aumento de quase oito vezes na chance de avaliar negativamente a saúde (HOFELMAN; BLANK, 2007).

Atividade física no deslocamento

Cerca de 43,9% dos trabalhadores referiram não se deslocarem para o trabalho caminhando ou pedalando, sendo esses valores bem abaixo do encontrado no Ceará (56,2%) Entretanto, foram superiores a outros estados nordestinos como: Alagoas (33,8%), Rio Grande do Norte (34,8%) e Pernambuco (28,7%) (SESI, 2008a; SESI, 2008b; SESI, 2008c; SESI, 2007). Essa prevalência, encontrada em industriários paraibanos pode ser considerada alta, quando observadas às características das cidades dessa região (pouca urbanização,

tamanho geográfico, clima favorável e pouca poluição) que favorecem o transporte ativo da população, diferentemente de grandes centros, nos quais a prevalência de IFD chega a atingir 90,4% dos homens e 93,0% das mulheres (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001).

O grande número de trabalhadores paraibanos que não se deslocam ativamente para o trabalho instiga a necessidade de intervenção nessa variável. A utilização de bicicleta como meio de transporte para o trabalho pode ser uma excelente alternativa, uma vez que os benefícios para a saúde devido à utilização regular da bicicleta, tanto nos deslocamentos utilitários quanto no lazer, são inegáveis. Estudo realizado na Dinamarca mostrou que a utilização da bicicleta como modo de transporte reduz o risco de mortalidade por doenças crônico-degenerativas (ANDERSEN et al. 2000).

A utilização da bicicleta como meio de transporte urbano vem crescendo em países como Estados Unidos e Canadá, embora ainda menos de 1,0% da população utilize a bicicleta como deslocamento para o trabalho. No Brasil, aproximadamente dois terços da frota de bicicletas são utilizados como modo de transporte da classe operária (BACCHIERI; GIGANTE; ASSUNÇÃO, 2005). Esses dados caracterizam que a utilização desse meio de transporte no Brasil ainda está restrita às pessoas de menor renda.

No presente estudo, o sexo feminino apresentou maior prevalência (50,9%) de IFD, quando comparado ao masculino. Esse fato também foi observado em outros estados nordestinos, onde as prevalências de mulheres inativas no deslocamento (39,1%, 65,8%), nos estados do Rio Grande do Norte e Ceará, foram significativamente maiores que a de homens (33,4%, 52,4% respectivamente) - (Relatório, CE-RN). Essa realidade pode estar relacionada ao fato de a população que mais utiliza bicicleta como meio de transporte ser formada por operários e poucas industriárias trabalharem na linha de produção refletindo diferenças socioeconômicas. Outro fator interveniente a ser considerado é a preocupação das mulheres com a segurança, o que diminui o deslocamento ativo nesse grupo. Estudo realizado em Santiago constatou que a poluição, o clima e a segurança são variáveis influentes na utilização da bicicleta como meio de transporte para o trabalho (ORTÚZAR; IACOBELLI; VALEZE, 2000).

Os trabalhadores na faixa etária até 30 anos de idade foram os mais ativos no deslocamento. Entretanto, aqueles acima de 40 anos apresentaram 31% maior prevalência de IFD, fato que não ocorreu com os trabalhadores de Pelotas-RG, onde aqueles que menos utilizaram o transporte ativo foram os da faixa etária de 35 a 44 anos. No estudo em questão, foram analisados apenas os trabalhadores que utilizaram a bicicleta como meio de transporte para o trabalho (BACCHIERI; GIGANTE; ASSUNÇÃO, 2005).

Aqueles com maior escolaridade apresentaram prevalência de IFD duas vezes maior que os de menor escolaridade, independentemente da faixa etária e do sexo. Os fumantes e os etilistas apresentaram 16% maior prevalência de IFD. Os trabalhadores com sobrepeso tiveram 15% maior prevalência de IFD, quando comparados aos de peso normal. De acordo com os resultados encontrados nos trabalhadores paraibanos, os fumantes, os etilistas e os que apresentaram sobrepeso podem ser considerados grupos de risco e devem ser orientados e incluídos em programas de intervenção em atividade física no deslocamento.

Atividade física no trabalho

As atividades realizadas no ambiente de trabalho são geralmente de caráter leve ou moderado, nas quais o gasto energético muitas vezes não é suficiente para caracterizar o trabalhador com ativo no trabalho, salvo o desempenho de funções específicas como: servente de pedreiro, lixeiro e estivador. No estudo realizado por Gomes, Siqueira e Sichieri (2001), apenas 3,6% dos homens e 0,3% das mulheres relataram realizar atividades vigorosas no trabalho.

Dos quatro contextos, o que evidenciou menor prevalência de inatividade foi o do trabalho (24,6%). Isso pode estar associado ao fato de se tratarem de trabalhadores da indústria cujas funções exigem, em grande parte, considerável esforço físico. Entretanto, essa variável pode sofrer influência das características territoriais, tendo em vista que, em 12 estados, apresentou prevalências maiores que 30% e, em outros seis, maiores que 40%. Apenas Pernambuco (29,1%) dos estados nordestinos apresentou percentual semelhante ao da Paraíba. Outros estados nordestinos apresentaram prevalências superiores Alagoas (43,7%), Ceará (39,9%) e Rio Grande do Norte (33,5%) (SESI, 2008a; SESI, 2008b; SESI, 2008c; SESI, 2007).

As mulheres apresentarem prevalência de IFT 2,52 vezes maior que aos homens, refletindo a realidade de outros estados nordestinos: Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará (SESI, 2008b; SESI, 2008c; SESI, 2007), onde a prevalência de inatividade na população feminina foi mais que o dobro da masculina. Esse fato pode estar relacionado aos cargos ocupados pelas industriárias que, em geral, são de atividades sedentárias. Conforme estudo realizado por Sávio et al. (2008), as mulheres industriárias estão mais envolvidas em serviços administrativos e processos de produção, enquanto os homens, em comércio e

manutenção. Verificou-se que as mulheres estavam mais envolvidas em atividades sedentárias e moderadas, enquanto os homens, em atividades vigorosas. Corroborando os achados em estudo de base populacional, a prevalência de homens que realizavam atividade física pesadas no trabalho foi mais de 10 vezes maior que a de mulheres (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001).

Os trabalhadores com idade acima de 50 anos apresentaram prevalência de IFT duas vezes maior, quando comparados com os trabalhadores até 30 anos. Aqueles com nível superior de ensino apresentaram prevalência 4,59 vezes maior em relação àqueles com ensino fundamental completo, independentemente do sexo.

Ao se analisar o contexto do trabalho, percebe-se, de acordo com os resultados encontrados, que o fato de ser inativo fisicamente no trabalho não possui associação com variáveis do estilo de vida, diabetes, pressão arterial elevada, colesterol elevado, sobrepeso/obesidade e percepção de saúde.

Atividade física realizada em casa

Em relação às atividades físicas realizadas no ambiente doméstico (casa), a prevalência de trabalhadores classificados como inativos nesse contexto foi de 41,1%, igual a encontrada no Ceará (41,1%) e semelhante a Pernambuco (42,1%) (SESI, 2008b; SESI, 2007). Nos industriários paraibanos, a proporção de homens inativos no ambiente doméstico foi significativamente superior às mulheres ($p=0,005$). Os casados apresentaram prevalência de IFC 11% maior que os não-casados ($p=0,042$).

No presente estudo, a prevalência de IFC esteve associada positivamente, no modelo final, a sexo, faixa etária, escolaridade, tabagismo e consumo de álcool ($p<0,001$). Estado civil, consumo de frutas/verduras, pressão alta e IMC permaneceram como variáveis de controle no modelo final. Os trabalhadores com faixa etária até 30 anos apresentaram maior prevalência de IFC, quando comparados com as outras faixas etárias ($p<0,001$), com tendência de diminuição da inatividade física, conforme o aumento da idade, comportamento que difere dos outros contextos.

Os trabalhadores com nível superior de ensino apresentaram prevalência de IFC 13% maior em comparação aos que possuem o ensino fundamental completo. Os fumantes apresentaram 30% maior prevalência que os não fumantes e os etilistas tiveram prevalência de IFC 19% maior que os não-etilistas.

Atividade física no lazer

O baixo nível de atividade física associado ao trabalho nos centros urbanos faz com que as atividades de lazer sejam a melhor representação das atividades físicas da população (KRISKA; CASPERSEN, 1997). Entretanto, das prevalências de inatividades físicas encontradas em cada um dos contextos, o maior percentual de inativos foi observado no contexto do lazer (50,6%). O estado brasileiro em que foi encontrada a menor prevalência de IFL foi Santa Catarina, com redução de inatividade em 14 % no período de 1999 a 2004, pode estar relacionado ao fato de o estado ter sido o primeiro a implementar o programa Lazer Ativo, proposto pelo SESI-SC (FONSECA, 2004).

Os resultados encontrados no presente estudo apontaram prevalência inferior de IFL que dados nacionais, em que a frequência de indivíduos inativos no lazer foi de 85,1%, no conjunto da população adulta de 27 cidades, variando entre 78,5% no Distrito Federal e 89,5% em São Paulo. Há diferenças metodológicas entre os estudos, já que os dados nacionais foram determinados a partir da prática de, pelo menos, 30 minutos diários de atividade física leve ou moderada, em cinco ou mais dias da semana, ou, pelo menos, 20 minutos de atividades vigorosas, em três ou mais dias da semana (MOURA et al. 2008).

Os trabalhadores do sexo feminino apresentaram prevalência de IFL 56% maior que os do sexo masculino, corroborando os dados do VIGITEL, pelos quais as mulheres apresentaram maior prevalência de inatividade física realizada nos momentos de lazer, quando comparadas aos homens em todas as capitais, exceto Campo Grande e Distrito Federal. (BRASIL, 2008). Em estudo realizado com amostragem probabilística da população do Rio de Janeiro, os homens apresentaram 2,39 vezes mais chances de serem ativos no lazer que as mulheres (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001).

A associação entre IFL e faixa etária encontrada neste estudo confirma os achados de outros estudos em que os indivíduos com idade mais avançada apresentaram maior prevalência de IFL (DIAS DA COSTA et al., 2005; HALLAL et al., 2003; MASSON et al., 2005). Observou-se tendência de aumento da prevalência de IFL, à medida que aumenta a faixa etária. Os trabalhadores com faixa etária superior a 50 anos apresentaram prevalência de IFL 43% maior, quando comparados aos de até 30 anos de idade. A importância do fator idade como determinante da inatividade física de lazer é bem documentada na literatura,

vários estudos sustentam esta evidência, mostrando inclusive a maior tendência de diminuição da prática de atividades físicas no lazer, em função da idade, para o sexo masculino (GOMES et al., 2001; PITANGA; LESSA, 2005; MONTEIRO et al., 2003; COSTA et al., 2005).

Embora os percentuais de IFL tenham diminuído com o aumento da escolaridade, essa variável não apresentou diferença significativa, contrariando o que se observa na literatura. Gomes, Siqueira e Sichieri (2001) verificaram que as pessoas com mais de 10 anos de escolaridade apresentaram 4,09 vezes mais chances de serem ativas, quando comparadas àquelas com até cinco anos de escolaridade.

A análise ajustada confirmou a associação positiva entre IFL e frequência de consumo de frutas/verduras ≥ 5 dias por semana independente de sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, tabagismo e alcoolismo em potencial. Associações similares da AFL com os hábitos alimentares foram observadas em outros estudos conduzidos com populações dos Estados Unidos (GILLMAN et al., 2001), da Espanha (TORMO et al., 2003) e da França (OPPERT et al., 2005).

Barros e Nahas (2001) relataram que o uso abusivo de álcool, em Santa Catarina, parece estar associado à prática de atividades físicas de lazer. Tanto entre os homens quanto entre as mulheres, a proporção de sujeitos fisicamente ativos no lazer foi maior entre os que ingerem bebidas alcoólicas em excesso. Entre os trabalhadores paraibanos, a prevalência de sujeitos classificados com consumo de álcool em excesso foi significativamente maior ($p=0,041$) entre os que praticam atividade física no lazer, independentemente de sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil.

Atividade física geral

A pequena prevalência (3%) de inatividade física geral deve-se à combinação negativa nos quatro contextos, o que caracteriza os trabalhadores em um estado de sedentarismo preocupante, uma vez que foi referido não realizarem qualquer atividade física, em nenhum contexto, em nenhum dia da semana. Essa prevalência difere bastante dos estudos nacionais com trabalhadores, nos quais as prevalências de inatividade física variaram de 29,9%, em trabalhadores da indústria de Campinas-SP (MONTEIRO, FERNANDES, 2004), a 67%, em industriários do Rio de Janeiro (MATOS et al., 2006).

O presente estudo pode ter estabelecido critérios muito rigorosos para a classificação da inatividade física e outros estudos nacionais com trabalhadores podem estar maximizando as prevalências de inatividade física nessa população. Dos estudos encontrados, aproximadamente 1/3 classificou o trabalhador como sedentário apenas baseado no questionamento ‘você pratica algum tipo de atividade física, sim ou não?’ - o que pode levar à dupla interpretação ou a omitir informações importantes (FERNANDES; MONTEIRO, 2006; MARTINEZ; LATORRE, 2006; RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

O critério utilizado no presente estudo para classificar o trabalhador como inativo fisicamente, devido à limitação do instrumento adotado, não permite identificar aqueles que poderiam ser classificados como insuficientemente ativos. No estudo de Hallal et al. (2003), com uma amostra representativa da população de adultos do município de Pelotas (3.182 sujeitos), 41,1% dos indivíduos foram classificados como insuficientemente ativos. No estudo realizado por Matsudo et al. (2002), em uma amostra representativa do estado de São Paulo (2.001 sujeitos), foi verificado que 46,5% dos indivíduos eram insuficientemente ativos.

A prevalência de inatividade física foi significativamente diferente entre os sexos, nos quatro contextos. Apenas nas atividades realizadas em casa, as mulheres apresentaram menor prevalência (22,8%), quando comparadas aos homens 48,0%. Entretanto, a prevalência de IFG foi praticamente igual para ambos os sexos, em virtude da pequena prevalência e da compensação gerada na combinação dos quatro contextos. Foram também encontradas diferenças entre os sexos nos dados do VIGITEL, segundo os quais, os homens, de forma geral, tendem a ser mais inativos (39,8%) que as mulheres (20,1%) (BRASIL, 2008b).

Também em Santa Catarina, Santos (2003), em estudo com uma amostra de 2.143 trabalhadores da indústria, encontrou prevalência de 47,1% de trabalhadores insuficientemente ativos, sendo que a mulheres mostraram-se mais inativas (62%) que os homens (32%). Entretanto, nesse estudo, a estrutura do questionário utilizado para medir o nível de atividade física valorizou as atividades físicas no lazer em comparação com as ocupacionais. Os autores revelaram associação negativa entre o nível de atividade física e a obesidade, na qual a prevalência de sedentarismo foi superior a três vezes nas pessoas obesas (17,2%), em comparação com aquelas consideradas com peso adequado (5,2%).

Foram encontrados, na literatura nacional, poucos estudos que compararam o nível de atividade física entre os sexos. No estudo de Sávio et al. (2008), a prevalência de mulheres (21,0%) que atenderam o nível mínimo estabelecido pelo estudo foi significativamente ($p < 0,001$) menor, quando comparadas com os homens (59,0%). Os indivíduos do sexo masculino tiveram cinco vezes mais chances de apresentar maiores níveis de atividade física

que o sexo feminino. Os indivíduos que cursaram apenas o primeiro grau apresentaram duas vezes mais chances de terem $NAF \geq 1,4$ do que indivíduos com curso superior e pós-graduação. Os indivíduos que cursaram até o segundo grau apresentaram 1,61 vezes mais chances de terem $NAF \geq 1,4$ do que indivíduos com curso superior e pós-graduação. Quanto à renda, os indivíduos que ganhavam menos de quatro salários mínimos tinham duas vezes mais chances de apresentar $NAF \geq 1,4$ do que indivíduos que ganhavam entre cinco e seis e estes tinham 1,5 vezes mais chance de apresentar $NAF \geq 1,4$ do que indivíduos que ganhavam mais de sete salários mínimos.

Nos contextos lazer, trabalho e deslocamento, as mulheres apresentaram, nos três, prevalências de inatividade física (68,3%, 43,6% e 50,9%, respectivamente) mais elevadas que os homens (43,9%, 17,3% e 41,2%). Inquérito realizado pelo INCA, em 2003, apontou que a atividade física no lazer é mais freqüente no sexo masculino (17,8%) em relação ao feminino (11,9%). Outros estudos com trabalhadores da indústria também encontraram prevalências superiores de inatividade física no lazer para as mulheres (BARROS, 1999; FONSECA, 2004).

Em todos os contextos e na AFG, as maiores prevalências foram encontradas nas idades acima de 50 anos, corroborando os achados do INCA (2003), nas cidades de Manaus, Fortaleza, Recife e Porto Alegre e no VIGITEL, segundo os quais, em ambos os sexos, a freqüência de condição de inatividade física foi maior na última faixa etária (BRASIL, 2008b). No estudo de Hallal et al. (2003), a inatividade física esteve positivamente associada ao aumento da faixa etária.

Com relação ao nível de escolaridade, apenas o contexto das atividades realizadas em lazer teve comportamento inverso. Nos contextos de casa, trabalho e deslocamento, quanto maior a escolaridade maior a prevalência de inatividade física.

6 CONCLUSÃO

As mulheres apresentaram, em geral, maior grau de escolaridade. Os homens estão mais expostos ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, fumo e sobrepeso/obesidade. Eles foram mais inativos apenas nas atividades físicas realizadas em casa. As mulheres foram mais inativas nos contextos de trabalho, deslocamento e lazer.

À medida que ocorreu o incremento na faixa etária, foi observado aumento na prevalência de inatividade física nos contextos de deslocamento, trabalho e lazer. Entretanto, no contexto das atividades realizadas em casa, ocorreu o inverso: quanto maior a faixa etária menor o prevalência de inatividade física. Os níveis mais altos de escolaridade apresentaram tendência de aumento com relação a IFD, IFT e IFG.

Os casados foram os mais inativos fisicamente em casa. Os fumantes foram os mais inativos em deslocamento, casa e lazer. O etilismo foi associado positivamente com IFD e IFT, entretanto, apresentou associação inversa com a inatividade física de lazer. Os trabalhadores que consomem frutas/verduras menos de cinco dias por semana foram os que apresentaram maior prevalência de inatividade física no lazer e na IFG, comprovando a associação positiva entre prática de atividade física e hábitos positivos de saúde.

Não foram encontradas associações entre a prática de atividade física, diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia. Contudo, o sobrepeso/obesidade foi associado à IFD, IFL e IFG. A percepção negativa de saúde foi maior entre os trabalhadores que não praticam atividade física no lazer.

As variáveis associadas à inatividade física geral foram à escolaridade, consumo excessivo de álcool e colesterol elevado. No caso da inatividade física no lazer as variáveis associadas foram faixa etária, escolaridade, consumo de álcool em excesso, colesterol elevado e percepção de saúde.

Pelo que foi analisado no presente estudo e de acordo com os resultados obtidos, recomenda-se:

- 1- Implantação de um programa de promoção de saúde dirigido designadamente aos trabalhadores da indústria paraibana;
- 2- Desenvolvimento de intervenções dirigidas aos grupos que apresentaram maiores prevalências de inatividade física, sobretudo os industriários com de maior faixa etária, com maior escolaridade, fumantes, etilistas e com sobrepeso/obesidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ-TORICES, J. C. et al. Self-reported height and weight and prevalence of obesity: Study 1 in a Spanish population. **International Journal of Obesity**, London, v.17, p.633-67, 1993.

ANDERSEN, L. B., et al. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. **Archives International Medicine**, v.160, p.1621-1628, 2000.

BACCHIERI G.; GIGANTE D. P.; ASSUNÇÃO M. C. Determinantes e padrões de utilização da bicicleta e acidentes de trânsito sofridos por ciclistas trabalhadores da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, n. 5, p. 1499-1508, set/out, 2005.

BARROS, M. V. G. **Atividades físicas no lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores da indústria no estado de Santa Catarina, Brasil**. 1999. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p.554-563, 2001.

BLAIR, S. N. Effect of physical activity on cardiovascular disease mortality as nondependent risk factor. In: Prevalence of Physical Inactivity in the United States. Champaign: **Human Kinetics Books**, p. 127-136, 1997.

BOSTROM G.; DIDERICHESEN F. Socioeconomic differentials in misclassification of height, weight and body mass index base on questionnaire data. **International Journal Epidemiologi** v.26, p.860-66, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador. Brasília, **Cadernos de atenção básica** nº 5. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde . **(Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) Estimativas sobre frequência e distribuição Sócio-demográfica de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal em 2006**. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA Brasil)**, Brasília-DF. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revista_final.pdf>. Acesso em 27 fev. 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **(Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) Estimativas sobre frequência e distribuição Sócio-demográfica de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal em 2006**. Brasília, 2008b.

CASPERSEN, C. J. et al. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v.100, p.172-179, 1985.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). **Improving nutrition and increasing physical activity**.2004, Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/bb_nutrition/>. Acesso em 20/08/2004.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). **Trends in leisure time physical inactivity by age, sex and race/ethnicity - United States - 1994–2004**. MMWR 54:991–994, 2005.

CHENG, H. Y. Physical Activity, Body Mass Index, and Cardiovascular Biomarkers in Women. **JAMA**, v. 296, n. 8, p 931-932, 2006.

CONCEIÇÃO T. V.; GOMES F. A.; TAUIL P. L.; ROSA T. T. Valores de Pressão Arterial e suas Associações com Fatores de Risco Cardiovasculares em Servidores da Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 86, n 1, p 26-31, 2006.

COSTA, J. S. D. et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 275-282, 2005.

DIAS-da-COSTA, J. S. et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.1, p.275-282, 2005.

ELL, E. et al. Perfil antropométrico de funcionários de banco estatal no Estado do Rio de Janeiro/Brasil: I- Índice de massa corporal e fatores sócio-demográficos. **Caderno Saúde Pública**, São Paulo, v.15, n.1,p113-21, 1999.

ELIZONDO-ARMENDÁRIZ, J. J. et al. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v.79, n.5, p.559-567, 2005.

FARIAS JUNIOR, J. C. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. 2002. 120 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento, adolescência, violência, risco. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.77, n.2, p.125-134, 2001.

FERNANDES A. C. P; MONTEIRO M. I. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de um condomínio de empresas de alta tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 59, n. 6, p 752-6, nov/dez. 2006.

FONSECA, S. A. **Inatividade física no lazer e outros fatores de risco à saúde em industriários Catarinenses, 1999 e 2004**. 2004. 100 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

FONSECA, S. A. et al. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p.565-576, 2008.

FUCHS S. C.; VICTORA C. G.; FACHEL J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-78, 1996.

GILLMAN, M. W. et al. Relationships of physical activity with dietary behaviors among adults. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 32, p. 295-301, 2001.

GOMES V. B.; SIQUEIRA K. S.; SICHIERI R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 969-976, jul/ago, 2001.

HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.35, n.11, p.1894-1900, 2003.

HALLAL, P. C. et al. Evolution of the epidemiological research on physical activity in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n. 3, p. 453-60, 2007.

HÖFELMANN D. A.; BLANK N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 777-87, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) Ministério da saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>, 2003. Acesso em 22/02/2008.

KHAW, K. et al. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. **PLoS Medicine**, v. 5, 2008.

KRISKA, A. M. et al. Physical Activity, Obesity, and the Incidence of Type 2 Diabetes in a High-Risk Population. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v.158, p.669-675, 2003.

KRISKA, A. M.; CASPERSEN, C. J. Introduction to a collection of physical activity questionnaires. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. v. 29, n.6, p. 5-9. 1997.

LEE, I-M.; PAFFENBARGER, R. S. Associations of light, Moderate, and Vigorous Intensity Physical Activity with Longevity. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v.151, n.3, p.293-299, 2000.

LEE, I-M. Physical activity and cancer prevention data from epidemiologic studies. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. v.35, n.11, p.1823-1827, jun, 2003.

LOGROSCINO, G. et al. Physical activity and risk of Parkinson's disease: a prospective cohort study. **Journal Neurologic Neurosurg Psychiatry**, v. 77, n. 12, p.1318-1322, 2006.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.9-28, 2000.

- MAIA C. O. et al. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n 2, p. 138-42. 2007.
- MARTINEZ-GONZALEZ, M. A. et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. v. 33, n. 7, p. 1142-1146, 2001.
- MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 87, p. 471-479, 2006.
- MARTINS, T. G. **Hábitos de lazer e índice de capacidade para o trabalho em funcionários de uma empresa de produção de energia** . 2008. 79 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.
- MASSON, C. R. et al. Prevalence of physical inactivity in adult women in São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 6, 1685-1695, 2005.
- MATOS et al. Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Cardiovascular em Funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, V. 8, n 1, p.1-4, 2004.
- MATSUDO, S. M. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade e nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n.4, p.41-50, 2002.
- MEDRONHO, R. A et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MORA, S. et al. Association of Physical Activity and Body Mass Index With Novel and Traditional Cardiovascular Biomarkers in Women. **JAMA**, v.295, n.12, p1412-1419, 2006.
- MONTEIRO M. I.; FERNANDES A. C. P. Capacidade para o trabalho de trabalhadores de empresa de tecnologia da informação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, V.59, n 5, p. 603-8, set-out. 2006.
- MOURA E. C. et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 1, n. 11, p. 20-37, 2008.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde qualidade de vida**; conceitos e sugestões para estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2006.
- OLIVEIRA, E. S. A. **Atividade física habitual e outros comportamentos relacionados à saúde dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina: tendência secular 1994-2004**. 2004. 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

- OPPERT, J. M. et al. Leisure-time and occupational physical activity in relation to cardiovascular risk factors and eating habits in French adults. **Public Health Nutrition**, v. 9, n. 6, 746-754, 2005.
- ORTÚZAR et al. Estimating demand for a cycle-way network. **Transportation Research Part**, v. 34, p. 353-373, 2000.
- PAFFENBARGER, R. S. et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **New England Journal of Medicine**. London, v.328, p.538-545, 1993.
- PAYNE, W. A.; HAHAN, D. B. **Understanding your health**. 7th, Edition, New York: McGraw-Hill. 2002.
- PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v.273, n.5, p.402-407, 1995.
- PITANGA, F. J. G.; LESSA I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.870-877, 2005.
- POLLOCK, M. L. et al. Position Stand The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Healthy Adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 30, n. 6, 1998.
- RAFFONE A. M.; HENNINGTON E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem . **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n 4, p.669-76, out. 2005.
- RABACOW F. M. **Hábitos de lazer e índice de capacidade para o trabalho em funcionários de uma empresa de produção de energia** . 2008. 79 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.
- SANTOS, J. F. S.; COELHO, C. W. **Atividade física e obesidade em trabalhadores da indústria**. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acessado em 10/03/2008. Revista Digital - Buenos Aires - Ano 9, n. 67, dez. de 2003.
- SÁVIO, K.E.O. et al. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores . **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 3, p. 457-463, jun. 2008.
- SCHNEIDER, S.; BACKER, S. Prevalence of physical activity among the working population and correlation with work-related factors: Results from the first German National Health survey. **Journal of Occupational Health**, v. 47, p. 414-423, 2005.
- SCHNOHR, P. Changes in leisure-time physical activity and risk of death: an observational study of 7,000 men and women. **American Journal of Epidemiology**, v.158, n.7, p.639-644, 2003.
- SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias do Alagoas**: relatório geral. Brasília, 2008a.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias do Ceará**: relatório geral. Brasília, 2008b.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias do Rio Grande do Norte**: relatório geral. Brasília, 2008c.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias do Pernambuco**: relatório geral. Brasília, 2007.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias do Paraíba**: relatório geral. Brasília, 2008d.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

THOMAS, J. R.; NELSON, J.K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Porto Alegre: Artmed. 2002.

THOMMASEN, H. V. The relationship between self-rated health, stress, health care, overall quality of life and weight in a rural population. **Eat Weight Disord**, v. 10, p. 66-69, 2005.

TORMO, M. J. et al. Physical sports activity during leisure time and dietary intake of foods and nutrients in a large Spanish cohort. **International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism**, v. 13, p. 47-64, 2003.

VICTORA C. G et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224/227, 1997.

WEINSTEIN, A. R. et al. Relationship of Physical Activity vs Body Mass Index With Type 2 Diabetes in Women. **JAMA**, v. 292, n. 10, p. 1188-1189, 2004.

WILLIAM, L. et al. Physical Activity and Public Health Updated ecommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association Haskell. **Circulation**, v. 116, p.1081-1093, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2002. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/gf.facts.shtml>>. Acessado em 23/04/2008.

YUSUF, S. et al. Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **The Lancet**, v.111, p.1-17, 2004.

ANEXO A. Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
 Parecer Consubstanciado Projeto nº. 099/2007

I - Identificação

Data de entrada no CEP: não anotado.

Título do Projeto: : "Estilo de vida e hábitos de lazer do trabalhador da indústria em seis estados brasileiros e no DF"

Pesquisador Responsável: Markus Vinicius Nahas (Orientador)

Pesquisador Principal: Mauro Virgílio Gomes de Barros e Elusa Santina de Oliveira

Propósito: Não referido

Instituição onde se realizará:

II- Objetivos: Geral: Realizar um levantamento das características gerais do estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria em 14 estados brasileiros, visando a expansão do Programa Lazer Ativo em caráter nacional.

III- Sumário do Projeto: Trata-se de um estudo, de caráter epidemiológico descritivo. Além de informações pessoais, serão coletadas informações sobre indicadores de saúde e bem-estar, morbidade referida de doenças crônicas não transmissíveis, atividades físicas de lazer, participação em programas de ginástica na empresa, controle de peso e hábitos alimentares. A amostragem terá como base empresas cadastradas pelo SESI nos Departamentos Regionais dos estados do Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Ceará, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Paraná, Rio de Janeiro, Roraima e São Paulo. Serão selecionadas empresas com 500 trabalhadores ou mais (grandes), 100 a 499 trabalhadores (médias) e pequenas, com 20 a 99 trabalhadores. De cada uma delas serão selecionadas aleatoriamente trabalhadores de ambos os sexos, em numero proporcional ao previsto em cada Unidade Regional. Um questionário foi adaptado do projeto anterior feito em oito estados.

IV- Comentários: O desenho metodológico do projeto protocolado sob o numero 306/2005, que foi aprovado por este Comitê. O pesquisador responsável tem a competência necessária à empreitada, toda a documentação exigida está presente e o trabalho tem relevância social e científica.

V- Parecer: Pelo exposto, somos de parecer que o presente projeto seja aprovado por este Comitê.

Aprovado (x)

Aprovado "ad referendum" ()

Aprovado e encaminhado ao CONEP ()

Com pendências ()

Reprovado()

VI- Data da Reunião

Florianópolis, 07 de maio de 2007.

Prof. Washington Portela de Souza
 Washington Portela de Souza
 Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS

ANEXO B. Questionário sobre estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria.

ESTILO DE VIDA E HÁBITOS DE LAZER DOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA - 2006/2007		
ATENÇÃO: · Você não precisa escrever o seu nome; suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo. · Por favor, para cada pergunta, leia atentamente todas as alternativas de resposta antes de responder. · Assinale apenas uma opção e, em caso de dúvidas, pergunte ao instrutor. - Marcar as respostas com caneta preta ou azul, conforme modelo 		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
As questões 1 a 11 referem-se a informações pessoais.		
1. Em qual DEPARTAMENTO REGIONAL DO SESI (Estado) você trabalha?		
<input type="checkbox"/> Acre <input type="checkbox"/> Alagoas <input type="checkbox"/> Amapá <input type="checkbox"/> Amazonas <input type="checkbox"/> Ceará	<input type="checkbox"/> Mato Grosso <input type="checkbox"/> Mato Grosso do Sul <input type="checkbox"/> Pará <input type="checkbox"/> Paraíba <input type="checkbox"/> Paraná	<input type="checkbox"/> Rio Grande do Norte <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro <input type="checkbox"/> Roraima <input type="checkbox"/> São Paulo
2. Em qual UNIDADE REGIONAL/CAT do SESI está a sua empresa? (O Instrutor deve informar)		
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
3. Qual o TAMANHO DA EMPRESA em que você trabalha?		
<input type="checkbox"/> Pequena (20 - 99 empregados) <input type="checkbox"/> Média (100 - 499 empregados) <input type="checkbox"/> Grande (500 empregados ou mais)		
4. Qual o RAMO DE ATIVIDADE de sua empresa?		
<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Construção civil <input type="checkbox"/> Extrativismo <input type="checkbox"/> Frigorífico e carnes <input type="checkbox"/> Móveis / celulose <input type="checkbox"/> Têxtil	<input type="checkbox"/> Bebidas <input type="checkbox"/> Eletro-eletrônico <input type="checkbox"/> Fundação <input type="checkbox"/> Metal-mecânica <input type="checkbox"/> Plásticos <input type="checkbox"/> Outro ramo	
5. Qual o seu SEXO?		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
6. Qual a sua IDADE?		
<input type="checkbox"/> Menos de 30 anos <input type="checkbox"/> 30 a 39 anos <input type="checkbox"/> 40 a 49 anos <input type="checkbox"/> 50 anos ou mais		
7. Qual o seu ESTADO CIVIL?		
<input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado(a) / vivendo com parceiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) / separado (a)		
8. Quantos FILHOS você tem?		
<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 ou 2 filhos <input type="checkbox"/> 3 ou 4 filhos <input type="checkbox"/> Mais de 4 filhos		
9. Qual o seu nível de ESCOLARIZAÇÃO?		
<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto (não concluiu a 8ª série) <input type="checkbox"/> Fundamental completo (concluiu a 8ª série) <input type="checkbox"/> Ensino médio completo (concluiu a 3ª série do 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior completo		

10. Qual a sua RENDA FAMILIAR BRUTA mensal?

até 600 reais 601 a 1.500 reais 1.501 a 3.000 reais Acima de 3.000 reais

11. Quantas pessoas (incluindo você) MORAM JUNTAS em sua residência?

Moro sozinho 2 3 4 5 6 7 8 ou mais pessoas

INDICADORES DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS

As questões 12 a 26 referem-se a indicadores de saúde atual e características do seu estilo de vida.

12. Como você classifica seu ESTADO DE SAÚDE atual?

Excelente Bom Regular Ruim

13. Com que frequência você considera que DORME BEM?

Sempre Quase sempre Às vezes Nunca / raramente

14. Como você classifica o NÍVEL DE ESTRESSE em sua vida?

Raramente estressado
 Às vezes estressado, vivendo razoavelmente bem
 Quase sempre estressado
 Sempre estressado, com dificuldade para enfrentar a vida diária

15. Com que frequência você tem se sentido TRISTE OU DEPRIMIDO?

Nunca / raramente Às vezes Quase sempre Sempre

16. Você se considera uma pessoa RELIGIOSA?

Sim, praticante Sim, mas não pratico Não tenho religião Não quero responder

17. Como você se sente, atualmente, em relação à sua vida no LAR?

Muito bem Bem Mais ou menos Mal Muito mal

18. Como você se sente, atualmente, quando está no TRABALHO?

Muito bem Bem Mais ou menos Mal Muito mal

19. Como você se sente, atualmente, em relação ao seu LAZER?

Muito bem Bem Mais ou menos Mal Muito mal

20. Com relação ao FUMO, qual a sua situação?

Nunca fumei
 Parei de fumar há mais de 2 anos
 Parei de fumar há menos 2 anos
 FUMO até 10 cigarros / dia
 FUMO de 10 a 20 cigarros / dia
 FUMO mais de 20 cigarros / dia

21. Quantas DOSES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS você toma em uma SEMANA NORMAL?
(1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça / vodca)

Nenhuma 1 a 7 doses 8 a 14 doses 15 doses ou mais

22. Nos ÚLTIMOS TRINTA DIAS, você tomou 5 ou mais DOSES DE BEBIDA ALCOÓLICA numa mesma ocasião? (1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça / vodca)

Não Sim

23. Quando você está em ambiente ensolarado, por mais de 30 minutos, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ USA PROTETOR SOLAR, BONÉ OU CHAPÉU, OU OUTRO TIPO DE PROTEÇÃO CONTRA O SOL?

Sempre Quase sempre Às vezes Nunca / raramente

24. Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já lhe disse que você tem PRESSÃO ALTA?

Não Sim
 Não lembro Nunca medi minha pressão sanguínea

25. Algum médico, enfermeiro ou nutricionista já lhe disse que você tem COLESTEROL ALTO (um tipo de gordura presente no sangue)?

Não Sim
 Não lembro Nunca fiz exame para medir colesterol

26. Algum médico já lhe disse que você tem DIABETES (açúcar no sangue acima do normal)?

Não Sim
 Não lembro Nunca fiz exame para medir o açúcar no sangue

ATIVIDADES FÍSICAS E OPÇÕES DE LAZER

As questões 27 a 43 referem à prática de atividades físicas no seu deslocamento, no trabalho, em casa e no lazer.

27. Na maioria dos dias da semana, COMO VOCÊ SE DESLOCA para ir ao trabalho?

A pé De bicicleta De ônibus De carro / moto

28. Considerando os trajetos de IDA e VOLTA ao trabalho, na maioria dos dias da semana, QUANTO TEMPO do percurso você gasta CAMINHANDO ou PEDALANDO?

Não caminho ou pedalo para o trabalho
 menos de 10 minutos
 de 10 a 29 minutos
 de 30 a 59 minutos
 60 minutos ou mais

29. Suas ATIVIDADES NO TRABALHO podem se descritas como: (assinale apenas uma opção)

Passo a maior parte do tempo sentado(a) e, quando muito, caminho distâncias curtas
 Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais
 Frequentemente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado)

30. Você costuma fazer TAREFAS DOMÉSTICAS MAIS PESADAS (lavar vidros, esfregar o chão, lavar roupa, faxina, cuidar do quintal)?

Sim, 1 ou 2 vezes por semana
 Sim, 3 ou 4 vezes por semana
 Sim, 5 ou mais vezes por semana
 Não faço tarefas pesadas em casa

31. Você realiza, regularmente, algum tipo de ATIVIDADE FÍSICA NO SEU LAZER, como: exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, danças ou artes marciais?

- Sim, 1 ou 2 vezes por semana
 Sim, 3 ou 4 vezes por semana
 Sim, 5 ou mais vezes por semana
 Não, mas estou interessado (a) em realizar atividade física no meu lazer num futuro próximo
 Não estou interessado (a) em realizar atividade física no meu lazer num futuro próximo

32. Qual o TIPO PRINCIPAL DE ATIVIDADE FÍSICA que você pratica no seu lazer? (Marque somente uma opção)

- Esportes Caminhada
 Corrida Ciclismo
 Ginástica / Musculação Natação / Hidroginástica
 Dança / atividades rítmicas Outra
 Yoga / tai-chi-chuan / alongamentos Não pratico atividades físicas de lazer
 Artes marciais / lutas

33. COMO você pratica atividades físicas no lazer?

- Sozinho(a) Com parceiro(a) Em grupo Não pratico atividades físicas de lazer

34. ONDE (em que local) você MAIS FREQUENTEMENTE pratica as suas atividades físicas de lazer?

- Instalações do SESI Instalações da indústria Clubes / academias
 Nas ruas / parques Outro Não pratico atividades físicas de lazer

35. Qual a maior dificuldade que você vê para a prática de ATIVIDADES FÍSICAS NO SEU LAZER? (Marque somente uma opção)

- Cansaço Clima desfavorável
 Excesso de trabalho Falta de vontade
 Obrigações de estudos Obrigações familiares
 Distância até o local de prática Falta de habilidade motora
 Falta de condições físicas (aptidão, disposição) Falta de instalações
 Falta de dinheiro Outra
 Condições de segurança NÃO TENHO DIFICULDADES

36. A empresa em que você trabalha OFERECE PROGRAMA DE GINÁSTICA NA EMPRESA (ginástica laboral)?

- Sim, com instrutores do SESI
 Sim, com instrutores próprios ou de outra empresa
 Não

37. Você participa do PROGRAMA DE GINÁSTICA NA EMPRESA (ginástica laboral)?

- Sim, regularmente Sim, às vezes Não

38. Comparando com pessoas da sua idade e sexo, como você considera a SUA CONDIÇÃO FÍSICA (aptidão física ou preparo)?

- Melhor Semelhante Pior Não sei responder

39. COMO VOCÊ SE SENTE (fisicamente) ao chegar a casa após um dia de trabalho?

Bem disposto Disposto Mais ou menos Cansado Muito cansado

40. Quantas horas (em média) você assiste à televisão num DIA DE SEMANA normal?

até 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas ou mais Não assisto televisão

41. Quantas horas (em média) você assiste à televisão num DIA DE FIM DE SEMANA?

até 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas ou mais Não assisto televisão

42. Qual das ATIVIDADES ARTÍSTICO-CULTURAIS abaixo você acha mais interessante:

Dança Música
 Teatro Exposição/mostra de arte
 Outra _____

43. De que ATIVIDADE ARTÍSTICO-CULTURAL, você participou com mais frequência nos últimos 12 meses?

Dança Música
 Teatro Exposição/mostra de arte
 Outra _____

CONTROLE DE PESO E HÁBITOS ALIMENTARES

As questões 44 a 58 referem-se a seu peso, sua altura e hábitos alimentares.

44. Qual o seu PESO? (NÃO PREENCHA SE ESTIVER GRÁVIDA) Exemplo: 77,5 Kg

45. Qual a sua ALTURA? Exemplo 1,68 m

46. Você está SATISFEITO (A) com o seu peso?

Sim Não (gostaria de diminuir) Não (gostaria de aumentar)

47. Se você está tentando PERDER PESO, é com orientação de um profissional de saúde?

Sim Não Não estou tentando perder peso

48. Se você está tentando PERDER PESO, o que está fazendo?

Dieta Dieta e exercícios Dieta e tomando remédios Não estou tentando perder peso

49. Com que frequência, numa semana normal, você ALMOÇA NA EMPRESA?

Nenhum dia
 Às vezes
 Todos os dias de trabalho
 Não são oferecidas refeições na empresa

50. Em quantos dias de uma semana normal você toma CAFÉ DA MANHÃ? (Desjejum)

Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7 dias

51. Em quantos dias de uma semana normal você COME FRUTAS ou TOMA SUCOS NATURAIS?

Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7 dias

52. Em quantos dias de uma semana normal você COME VERDURAS ou SALADAS VERDES?

Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7 dias

53. Em quantos dias de uma semana normal você come SALSICHAS/CACHORRO QUENTE ou HAMBÚRGUER?

Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7 dias

54. Em quantos dias de uma semana normal você come CARNE VERMELHA?

Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7 dias

55. Em quantos dias de uma semana normal você come "SALGADINHOS" (coxinhas, pastéis, empanados e outras frituras)?

Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7 dias

56. Em quantos dias de uma semana normal você come "DOCES" (bolos, tortas, sonhos, sorvetes)?

Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7 dias

57. Em quantos dias de uma semana normal você toma REFRIGERANTES?

Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7 dias

58. QUE TIPO de REFRIGERANTE você geralmente toma?

Não tomo refrigerante Normal Diet / light Os dois tipos

Obrigado! Sua participação é muito importante.