

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
JONATAN CANDIDO DA SILVA

ESTILO DE VIDA E OBESIDADE ABDOMINAL DE MOTORISTAS DO
TRANSPORTE COLETIVO DE UMA EMPRESA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS,
BRASIL

Florianópolis
2017.

JONATAN CANDIDO DA SILVA

**ESTILO DE VIDA E OBESIDADE ABDOMINAL DE MOTORISTAS DO
TRANSPORTE COLETIVO DE UMA EMPRESA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS,
BRASIL**

Monografia submetida ao Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Graduado em Educação Física - Bacharelado.

Orientador: Prof. Dr. Diego Augusto Santos Silva

Florianópolis

2017.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Jonatan Candido da

Estilo de vida e obesidade abdominal de motoristas do transporte coletivo de uma empresa da Grande Florianópolis, Brasil / Jonatan Candido da Silva ; orientador, Diego Augusto Santos Silva, 2017.

53 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Desportos, Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Circunferência da cintura. 3. Saúde do trabalhador. 4. Transportes. 5. Trabalhadores. I. Silva, Diego Augusto Santos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Educação Física. III. Título.

Jonatan Candido da Silva

ESTILO DE VIDA E OBESIDADE ABDOMINAL DE MOTORISTAS DO
TRANSPORTE COLETIVO DE UMA EMPRESA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS,
BRASIL

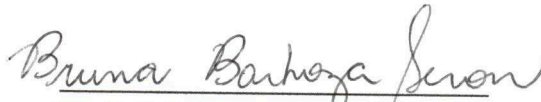
Esta Monografia foi avaliada e aprovada para obtenção do título de Graduado em
Educação Física - Bacharelado, com a nota 10,0.

Florianópolis, 22 de junho de 2017.

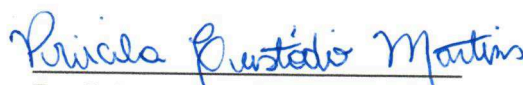
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Diego Augusto Santos Silva
Orientador
CDS/UFSC



Profª Drª Bruna Barboza Seron
Examinador
CDS/UFSC



Profª Priscila Custódio Martins
Examinador
CDS/UFSC

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido o dom da vida e proporcionado inúmeros aprendizados e experiências durante o período de graduação.

Em igual proporção, agradeço ao meu pai, Vilmar José da Silva e minha mãe, Luciane Salete da Silva por todo o carinho, apoio, incentivo e esforço despendido para que eu pudesse continuar estudando.

Agradeço ao professor Diego Augusto Santos Silva, por ter contribuído de forma efetiva na construção deste trabalho. Foi gratificante e engrandecedor ser seu orientando. Obrigado pela paciência, compreensão e competência.

Agradeço também a todos os bons professores do Centro de Desportos, que de alguma forma, contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

E por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer os amigos que iniciaram no segundo semestre de 2013 e tornaram o convívio durante o curso muito mais agradável.

RESUMO

O ônibus é o meio de transporte coletivo mais utilizado no Brasil, sendo considerado imprescindível para o desenvolvimento das cidades, desta forma, é incumbido ao motorista de ônibus importante função perante a sociedade. Contudo, as especificidades inerentes à prática laboral do motorista parecem estar associadas a condições deletérias de saúde. O objetivo deste estudo foi verificar a associação do estilo de vida com a obesidade abdominal de motoristas do transporte coletivo de uma empresa da Grande Florianópolis, Brasil. Trata-se de um estudo transversal com amostra de 103 motoristas de ônibus do transporte coletivo. Para quantificar as variáveis utilizou-se a versão brasileira do questionário canadense Estilo de vida Fantástico para investigar o estilo de vida e fita antropométrica maleável para mensurar o perímetro da cintura. Para verificar a associação entre estilo de vida e obesidade abdominal empregou-se regressão logística binária com estimativas de *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para a análise dos dados foi utilizado o *software* estatístico IBM SPSS versão 20.0. Verificou-se que 26,3% dos motoristas possuíam obesidade abdominal e as maiores inadequações para o estilo de vida foram nos domínios da “Atividade física” (80,6%), “Nutrição” (51,5%) e “Tipo de comportamento” (27,2%). No entanto, apenas os domínios da “Nutrição” e “Tipo de comportamento” correlacionaram-se com a obesidade abdominal, visto que, quem estava inadequado no domínio da “Nutrição” apresentou 3,6 vezes mais chances de ter obesidade abdominal do que quem estava adequado. Para o “Tipo de comportamento”, quem estava inadequado neste domínio apresentou 2,6 vezes mais chances possuir obesidade abdominal quando comparado a quem estava adequado. Desta forma, o profissional de Educação Física pode assumir papel relevante na redução e controle dos níveis de adiposidade visceral, orientando para a importância de hábitos alimentares saudáveis e promoção de atividade física para este grupo populacional.

Palavras-chave: Circunferência da cintura. Saúde do trabalhador. Transportes. Trabalhadores.

ABSTRACT

The bus is the most popular means of transportation in Brazil, being considered essential for the development of cities. So, the bus driver is a person important for society. However, the specificities inherent in the driver's work practice seem to be associated with deleterious health conditions. The aim of this study was to verify the association between lifestyle with abdominal obesity of bus drivers of a company from Florianopolis, Brazil. This is a cross-sectional study with a sample of 103 bus drivers. We used the Brazilian version of the Canadian questionnaire "Fantastic Lifestyle" to investigate the lifestyle and anthropometric measures (waist circumference). We used the binary logistic regression to estimates of odds ratio (OR) and 95% confidence interval (95% CI) by statistical software IBM SPSS version 20.0. It was verified that 26.3% of the bus drivers had abdominal obesity and the greatest inadequacies for the lifestyle were in the areas of "Physical activity" (80.6%), "Nutrition" (51.5%) and "Type of Behavior "(27.2%). However, only the domains of "Nutrition" and "Type of behavior" were correlated with abdominal obesity, since those who were inadequate in the "Nutrition" were 3.6 times more likely to have abdominal obesity than those who was adequate. For the "Type of Behavior ", those who were inadequate in this area presented 2.6 times more chances to have abdominal obesity when compared to who was adequate. In this way, the Physical Education professional can assume a relevant role in the reduction and control of the levels of visceral adiposity, guiding the importance of healthy eating habits and promotion of physical activity for this population group.

Keywords: Waist circumference. Worker's health. Transport. Workers.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	OBJETIVO GERAL	9
1.2	Objetivos Específicos.....	9
1.3	Justificativa	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	Composição Corporal	12
2.2	Estilo de Vida.....	14
2.3	Atividade Física	15
2.4	Álcool, Tabaco e Tóxicos.....	16
2.5	Comportamento Sedentário.....	19
2.6	Estresse e Sono	20
2.7	Introspecção e Tipo de comportamento.....	22
2.8	Nutrição	23
3	MÉTODOS.....	26
3.1	Tipo de Estudo.....	26
3.2	Aspectos Éticos	26
3.3	Participantes	27
3.4	Instrumentos e Protocolos de Avaliação.....	27
3.5	Variáveis do estudo	28
3.5.1	Variável dependente	28
3.5.2	Variável independente	28
3.5.3	Variáveis de controle	30
3.6	Procedimentos para análise dos dados.....	30
4	RESULTADOS	31
5	DISCUSSÃO	35
6	CONCLUSÃO.....	41
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE A – Variáveis sociodemográficas e antropométricas.....	50
	ANEXO A – Autorização.....	51
	ANEXO B – Estilo de vida Fantástico	52

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o transporte coletivo é considerado imprescindível para o desenvolvimento das cidades urbanas de pequeno, médio e grande porte (COSTA et al., 2003; BATTISTON; CRUZ; HOFFMANN, 2006). No contexto do transporte coletivo, o ônibus é o meio de transporte mais usado pelas pessoas, sendo responsável por transportar cerca de 34,4 milhões de pessoas diariamente no Brasil, o equivalente a 86,3% do total de pessoas transportadas por algum tipo de transporte coletivo (NTU, 2016). Deste modo, o trabalho realizado pelos motoristas de ônibus facilita, promove e aproxima as pessoas das relações profissionais, sociais e pessoais (CRUZ, 1998; COSTA et al., 2003; BATTISTON; CRUZ; HOFFMANN, 2006).

Devido às especificidades do ambiente laboral no qual o motorista se insere, estes trabalhadores apresentam algumas peculiaridades em relação ao estilo de vida, principalmente no que diz respeito à longa jornada de trabalho, poucas opções de alimentação saudável (DEUS, 2005; CHAVES et al., 2008; MORAES; FAYH, 2011), inatividade física (CARNEIRO et al., 2007; SABERI et al., 2011; SCHILLING, 2016) e condições adversas de trânsito (BATTISTON; CRUZ; HOFFMANN, 2006). Deste modo, estes fatores contribuem para uma maior prevalência de fatores de risco modificáveis, aumentando a exposição a condições deletérias de saúde nestes trabalhadores (COSTA et al., 2011; MORAES; FAYH, 2011).

Além disso, o demasiado tempo de imobilização provocado pela jornada de trabalho sedentária diminui a utilização de glicose e energia pelos músculos, aumentando a resistência a insulina e atrofia muscular, o que causa vários danos ao organismo (MARTINS; MARINHO, 2003; CHARANSONNEY; DESPRÉS, 2010; CHARANSONNEY, 2011). Em decorrência do menor gasto energético, a energia excedente é realocada para o fígado que aumenta a lipogênese e os novos adipócitos apresentam tendência de alocar-se na região central do corpo, ocasionando a adiposidade abdominal (CHARANSONNEY, 2011). Deste modo, a obesidade abdominal está fortemente associada com fatores de risco para doenças metabólicas, cardiovasculares (BJORNTORP, 1992; NCEP, 2001; OMS, 2003; ABESO, 2009), e morte prematura (DONAHUE, 1987).

Desta forma, quantificar a obesidade abdominal e avaliar risco para doenças cardiovasculares, metabólicas e morte tem apresentado significativa relevância. Visto

isso, dentre os métodos de avaliação da composição corporal, o perímetro da cintura tem sido considerado bom indicador antropométrico para avaliação da quantidade de gordura abdominal dos indivíduos em estudos populacionais (REZENDE et al., 2007; ABESO, 2009, PITANGA, 2011).

No entanto, além do sedentarismo outros comportamentos inadequados do estilo de vida podem impactar na prevalência de obesidade abdominal, dentre eles, destaca-se a má alimentação e a inatividade física (COSTA et al., 2011). Desta forma, com base nos argumentos supracitados, o presente estudo visa responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a associação entre o estilo de vida e a obesidade abdominal dos motoristas de uma empresa do transporte público da Grande Florianópolis, Brasil?

1.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação do estilo de vida inadequado com a obesidade abdominal de motoristas do transporte coletivo de uma empresa da Grande Florianópolis, Brasil.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimar a prevalência de obesidade abdominal de motoristas do transporte público de uma empresa da grande Florianópolis, Brasil.
- b) Estimar a prevalência do estilo de vida adequado/inadequado dos motoristas do transporte público de uma empresa da grande Florianópolis, Brasil, de acordo com os seguintes domínios; “Família e amigos”; “Atividade física”; “Nutrição”; “Cigarro e drogas”; “Álcool”; “Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro”; “Tipo de comportamento”; “Introspecção”; “Trabalho”.
- c) Identificar quais domínios do estilo de vida se associam com a obesidade abdominal.

1.3 JUSTIFICATIVA

Devido à importância que recai sobre os motoristas de ônibus perante a sociedade, torna-se relevante verificar a associação entre trabalho e saúde, visto que a saúde destes trabalhadores pode interferir na qualidade e segurança do transporte coletivo (WANG; LIN, 2001; COSTA et al., 2003; COSTA et al., 2011). Constatando esta importância, os estudos presentes na literatura comprovam que a maior parte das doenças que acometem estes trabalhadores possui relação direta com o ambiente de trabalho.

Neste contexto, a literatura apresenta uma grande gama de pesquisas que buscam compreender a associação entre prática laboral e doença. Dentre elas, destacam-se a prevalência de sobrepeso/obesidade (COSTA et al., 2003; FARIA; AMORIM; VANCEA, 2007; COSTA et al., 2011; MORAES; FAYH, 2011), dores osteomusculares (DEUS, 2005; CARNEIRO et al., 2007; COSTA et al., 2011), problemas gastrointestinais, auditivos e de sono (COSTA et al., 2003), sedentarismo, obesidade abdominal (COSTA et al., 2011; MORAES; FAYH, 2011; SABERI et al., 2011), pressão arterial (CHAVES et al., 2008; SOUZA et al., 2009; SABERI et al., 2011), problemas cardiovasculares (WINKLEB et al., 1988; DEUS, 2005; BATTISTON; CRUZ; HOFFMANN, 2006; FARIA; AMORIM; VANCEA, 2007; COSTA et al., 2011; MORAES; FAYH, 2011;) dano mental e físico (COSTA, 2006) e estilo de vida (DEUS, 2005; FARIA; AMORIM; VANCEA, 2007; SOUZA et al., 2009; COSTA et al., 2011; SCHILLING, 2016).

Além disso, a exposição constante a agentes estressores, como o trânsito pesado das grandes cidades, longas jornadas de trabalho, exigências quanto ao cumprimento dos horários, exposição a gases tóxicos, altos níveis de responsabilidade e condições de trânsito são outros fatores que estão presentes no dia a dia dos motoristas de ônibus e podem agravar o estado de saúde (WINKLEB et al., 1988)

Desta forma, é plausível afirmar que o motorista do transporte coletivo está diariamente exposto a diversas situações que são desfavoráveis ao seu bem estar, fomentando a realização de pesquisas com o intuito de compreender a relação entre causa e efeito de comportamento e doenças nesta população específica.

No entanto, apesar de existir uma gama relativamente grande de estudos com motoristas do transporte coletivo na literatura, o presente estudo torna-se pertinente

por realizar associação entre o escore total do estilo de vida com indicador antropométrico de obesidade abdominal e também, analisar separadamente quais domínios do estilo de vida possui maior associação com o referido marcador de obesidade abdominal. Neste sentido, analisar a associação destas variáveis se justifica pelo possível poder de impacto do estilo de vida sobre a quantidade de tecido adiposo abdominal/visceral, no qual, em altas quantidades é considerado forte preditor de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas (BJORNTORP, 1992; NCEP, 2001; OMS, 2003; ABESO, 2009).

Desta forma, a presente monografia visa contribuir com a construção de conhecimento científico acerca de aspectos que compõem o estilo de vida e se associam com a obesidade abdominal e conseqüentemente o risco aumentado para o desenvolvimento de doenças metabólicas e cardiovasculares. Neste sentido, mostra-se necessário que profissionais da área da saúde elaborem programas para a promoção de hábitos de vida saudáveis, alterando ou diminuindo a prevalência de comportamentos que são considerados deletérios a saúde dos motoristas. Principalmente no que diz respeito à atuação do profissional de educação física, agindo como facilitador para a diminuição das elevadas taxas de sedentarismo, sobrepeso/obesidade (DEUS, 2005; CHAVES et al., 2008; COSTA et al., 2011; MORAES; FAYH, 2011), dores osteomusculares (DEUS, 2005; CARNEIRO et al., 2007; COSTA et al., 2011) e inatividade física (CARNEIRO et al., 2007; SABERI et al., 2011; SCHILLING, 2016).

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir serão apresentados oito tópicos da revisão de literatura que foram utilizados para fundamentar o presente manuscrito. São eles; “Composição corporal”, “Estilo de vida”, “Atividade física”, “Álcool, tabaco e tóxicos”, “Comportamento sedentário”, “Estresse e sono”, “Introspecção e tipo de comportamento”, “Nutrição”.

2.1 COMPOSIÇÃO CORPORAL

A composição corporal pode ser brevemente definida como o conjunto de elementos que formam o corpo (ABESO, 2009). Neste sentido, avaliar a composição corporal das pessoas tem sido considerado de necessidade elementar, pois a relação entre as partes do corpo e suas proporções possui boa correlação com a saúde humana (CERCATO et al., 2004).

Quanto às formas de avaliação, vários são os métodos descritos na literatura utilizados para mensurar a composição corporal. Sendo que, alguns métodos são mais sofisticados e possuem alta correlação com o método considerado referência, a dissecação de cadáver (HEYWARD, 2001; ABESO, 2009). Dentre os métodos mais precisos e utilizados para quantificar componentes corporais como massa gorda e livre de gordura, destacam-se a pesagem hidrostática e a absorção de raio X de dupla energia (DXA). Enquanto a tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética são utilizados para verificar a distribuição da gordura (HEYWARD, 2001; ABESO, 2009).

No entanto, estes métodos sofisticados são caros, o que os torna inviáveis para a utilização em estudos populacionais (ABESO, 2009). Com isso, nos modelos de estudos populacionais têm sido utilizados métodos que possuam um menor custo e maior aplicabilidade (ABESO, 2009; PITANGA, 2011). Desta forma, apesar de uma classificação menos precisa, os indicadores antropométricos tem se mostrado uma boa ferramenta para o estudo de grandes populações (OMS, 2003; PITANGA, 2011), Dentre esses indicadores, o índice de massa corporal e o perímetro da cintura tem sido considerados bons avaliadores de obesidade generalizada e obesidade abdominal, respectivamente (REZENDE et al., 2007; ABESO, 2009, PITANGA, 2011).

Desta forma, a relevância prática do perímetro da cintura é suportada no sentido de que a obesidade abdominal é considerada um importante fator de risco para doença cardiovascular, aterosclerose, morte cardíaca súbita (OMS, 2003; KONING, 2007; ABESO, 2009), diabetes, resistência à insulina e síndrome metabólica (NCEP, 2001; KONING, 2007; ABESO, 2009). Sendo mais nociva a homeostase da glicose-insulina do que a obesidade generalizada (NCEP, 2001; MARTINS; MARINHO, 2007). Além disso, há evidências de que indicadores antropométricos de obesidade abdominal são capazes de prever a mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares (KONING, 2007; WELBORN; DHALIWAL, 2007).

Segundo Després (2006), o excesso de tecido adiposo na região abdominal tem potencial para influenciar diretamente o metabolismo e aumentar o risco cardiovascular por meio de alterações na secreção de adipocinas. Desta forma, a obesidade abdominal promove aumento da secreção de algumas substâncias biologicamente ativas, como os ácidos graxos livres e secreção de citocinas pró-inflamatórias, como fator de necrose tumoral alfa, interleucina-6, inibidor-1 do ativador do plasminogênio e proteína C-reativa (DESPRÉS, 2006). De modo geral, estas substâncias possuem a função de aumentar a resistência a insulina, aterogênese, inflamação vascular e a secreção de outras substâncias pró-inflamatórias, além de diminuir a função endotelial (DESPRÉS, 2006). Além disso, a obesidade abdominal é capaz de reduzir os níveis de adiponectina, uma adipocina considerada anti-inflamatória e cardioprotetora (DESPRÉS, 2006).

Neste sentido, o ponto de corte do perímetro de cintura para classificação de risco aumentado para doenças cardiovasculares e metabólicas em homens brasileiros é de 94 centímetros, enquanto para risco muito aumentado e diagnóstico de obesidade abdominal é de 102 centímetros (NCEP, 2001; OMS, 2003; ABESO, 2009).

Deste modo, o excesso de peso e a obesidade são considerados fatores de risco para a saúde, tendo em vista que ambos elevam o aumento da pressão arterial, colesterol de baixa densidade e aumentam a resistência à insulina. Como consequência, elevam-se os riscos de doença coronária, acidente vascular encefálico, diabetes mellitus tipo II, e alguns tipos de câncer (NCEP, 2001; ABESO, 2009).

2.2 ESTILO DE VIDA

O estilo de vida reflete os valores e as ações cotidianas de uma pessoa ou grupo populacional, estando intimamente relacionado às condições de saúde do indivíduo (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000). Neste sentido, a categorização do estilo de vida é realizada com base em aspectos comportamentais, geralmente expressos sob a forma e padrões de consumo, rotinas em geral e hábitos de vida (PIANA et al., 2012).

Após a segunda metade do século XX, o processo de globalização tem culminado em recorrentes alterações nos padrões do estilo de vida das pessoas (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000). Deste modo, as mudanças comportamentais oriundas do processo de globalização têm promovido alterações nos padrões de doenças das populações, contribuindo para o aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis e regresso das doenças infecciosas (MALTA et al., 2006), visto que, as doenças crônicas não transmissíveis são de etiologia multifacetada e possuem fatores de risco modificáveis como inatividade física, má alimentação, alcoolismo e tabagismo (OMS, 2005). Além disso, os referidos fatores podem influenciar na composição corporal dos indivíduos, resultando em quadros de sobrepeso, obesidade e condições deletérias de saúde (PAFFENBARGER et al., 1993).

No entanto, até meados da década de 90 o modelo de promoção de saúde visava à necessidade de mudança nos níveis de aptidão física para o alcance de benefícios à saúde (MIELKE, 2012). Atualmente, a incorporação do estilo de vida ativo parece ser suficiente para promover estes benefícios, independentemente do nível de aptidão física (MIELKE, 2012). Neste sentido, cada vez mais tem se buscado investigar questões relacionadas ao estilo de vida e educação em saúde como meio de minimizar a prática de comportamentos considerados ruins para a saúde e promovendo benefícios nos diferentes domínios do comportamento (GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008).

Na esfera da avaliação das condições de saúde, existe grande interesse em identificar de que forma os aspectos comportamentais podem influenciar no quadro de saúde individual ou coletivo (KNUTH et al., 2011). Neste sentido, correlacionar às condições de trabalho e saúde tem apresentando grande relevância (NAHAS et al., 2010), visto que, trabalhadores que mantêm estilo de vida ativo e saudável tendem a

adoecer com menor frequência e ter menor incidência de doenças cardiovasculares, metabólicas e alguns tipos de câncer (PRONK; KOTTKE, 2009). Além disso, possuem maior tendência a serem mais produtivos e possuem menor risco de desenvolverem doenças ocupacionais (RATZLAFF; GILLIES; KOEHOORN, 2007).

Neste sentido, o estilo de vida ativo tem apresentado correlação com saúde positiva, prevenção de mortalidade prematura e eventos cardiovasculares em indivíduos de meia idade e idosos (CHARANSONNEY, 2011), suportando a teoria de que o estilo de vida ativo possui efeito benéfico em relação ao envelhecimento, pois apresenta relação com maior expectativa e qualidade de vida (CHARANSONNEY, 2011).

2.3 ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulta em um gasto energético (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

No contexto geral de atividade física a literatura tem recomendado a utilização de quatro domínios para melhor investigar este fenômeno, sendo eles; domínio do deslocamento, trabalho, lazer e tarefas domésticas (OMS, 2010).

Comprovadamente, a prática regular de atividade física é capaz de manter a saúde e reduzir o risco de doenças e morte prematura (OMS, 2010). Desta forma, recomendações de atividade física foram elaboradas para garantir esses benefícios (HASKELL et al., 2007; OMS, 2010).

Portanto, a referida recomendação sugere que seja realizado um mínimo de 150 minutos por semana de atividades aeróbias com intensidade moderada a vigorosa ou 75 minutos semanais de atividade aeróbia vigorosa, ambas por um período mínimo de dez minutos por sessão (HASKELL et al., 2007; OMS, 2010).

Para obter benefícios adicionais à saúde, é recomendado que seja realizado 300 minutos de atividades físicas por semana em moderada intensidade ou 150 minutos de atividades vigorosas (OMS, 2010).

Além das atividades de cunho aeróbio, é recomendado a realização de trabalhos para o desenvolvimento da força muscular, com frequência mínima de duas vezes por semana buscando trabalhar o maior número de grupos musculares possíveis (HASKELL et al., 2007; OMS, 2010).

As recomendações de atividades físicas supracitadas suportam benefícios em relação a diferentes aspectos, dentre eles: a capacidade funcional, saúde cardiorrespiratória, metabólica, musculoesquelética, prevenção de alguns tipos de câncer e depressão (OMS, 2010).

No entanto, apesar de haver forte relação entre a prática regular de atividade física e benefícios para a saúde, um grande número de pessoas não atingem as recomendações de atividade física, sendo classificadas como inativas fisicamente (HASKELL et al., 2007; OMS, 2010).

A inatividade física é considerada a principal causa para o desenvolvimento de doenças como diabetes, acidente vascular encefálico, doenças coronarianas, câncer de cólon e mama e é o quarto maior fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (HASKELL et al., 2007; OMS, 2010). Por conseguinte, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por quase metade da carga global de doença, onde a cada dez mortes aproximadamente seis são atreladas a algum tipo de doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2010).

Buscando saber o quão ativos fisicamente são os brasileiros no domínio do lazer, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), verificou que apenas 43,4%, das pessoas atingem a recomendação mínima de atividade física no Distrito Federal e 26 capitais brasileiras (BRASIL, 2017). Além disso, estes valores tendem a cair com o avanço da idade, principalmente nos homens.

2.4 ÁLCOOL, TABACO E TÓXICOS

As bebidas alcoólicas são produzidas mediante a fermentação e destilação de produtos agrícolas e consumidas em todo o mundo com propósito recreacionais (JACOBS; FEHR, 1987 apud OMS, 2005). A ingestão da bebida alcóolica é realizada por via oral e rapidamente absorvida pelo organismo e transportada para a corrente sanguínea.

Em relação à quantidade de álcool presente na corrente sanguínea, este fenômeno pode ser modificado em decorrência da característica genética do indivíduo e quantidade de alimento presente no estômago, o que retarda a absorção desta substância (OMS, 2005). Existe ainda, a variabilidade da quantidade de álcool no sangue de indivíduo para indivíduo, no qual os efeitos agudos do consumo de

álcool também apresentam influencia genética e alguns fatores modificáveis, tais como; quantidade, tempo e ritmo de ingestão, sexo e massa corporal (OMS, 2005).

Relacionado aos efeitos oriundos da ingestão de álcool, os mesmos podem apresentar particularidades em relação às diferentes pessoas. Porém, de modo geral, as pessoas sob o efeito de álcool apresentam características comportamentais semelhantes (JACOBS; FEHR, 1987 apud OMS, 2005).

Desta forma, quando ingerido em baixa quantidade, o álcool faz com que o indivíduo fique mais desinibido e apresente uma inquietação tênue. Contudo, em doses elevadas, o álcool provoca a diminuição significativa da função cognitiva, perceptiva e motora. Além de ter efeitos variados nas questões que envolvem o estado emocional e de ânimo (JACOBS; FEHR, 1987 apud OMS, 2005).

O consumo excessivo de álcool vem sendo considerado importante contribuinte para o surgimento de doenças como a cirrose hepática, pancreatite e alguns tipos de câncer. Dentre eles, câncer de fígado, boca, garganta, laringe e esôfago (OMS, 2002).

Além disso, o consumo global de álcool tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, principalmente em países em desenvolvimento (OMS, 2002). Em todo o mundo o álcool é responsável por um total de 4% da carga total de doenças global e aproximadamente 1.8 milhões de mortes por ano (OMS, 2002).

Nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi de 16,7%. Apresentando maior consumo entre os homens (24,3%) do que quando comparados com as mulheres (10,7%). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente em indivíduos jovens (18 e 34 anos). Em Florianópolis o consumo abusivo médio de álcool foi de 26,1% (BRASIL, 2017).

Em relação ao tabagismo, sabe-se que inúmeras são as substâncias presentes no cigarro, contudo, a nicotina é a substância presente que causa maior dependência psíquica. A dependência ocorre principalmente pelo poder da nicotina em alterar o estado de ânimo, reduzindo o estresse, ansiedade, apetite e aumentando a concentração e a memória (OMS, 2005).

Juntamente com o álcool, o tabaco está entre os dez mais importantes fatores de risco modificáveis para a saúde em todo o mundo (OMS, 2002) e ambas as substâncias são consumidas legalmente e comercializadas de forma exacerbada pelas empresas multinacionais que vendem estes produtos (RUBIO, 2008).

Deste modo, tabagismo é considerado o principal fator de risco para as causas de mortes evitáveis e um importante agravante de saúde, sendo responsável pelo desenvolvimento de alguns tipos de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares (OMS, 2011).

O tabagismo mata cerca de seis milhões de pessoas anualmente, e aproximadamente 80% dessas mortes ocorrem em pessoas e países de baixa e média renda. Caso o tabagismo continue a progredir nessas proporções, estima-se que até 2030 o tabaco seja responsável pela morte de oito milhões de pessoas anualmente (OMS, 2011).

Nas capitais brasileiras e Distrito Federal a prevalência de adultos fumantes foi de 7,2%, apresentando maior grau em indivíduos do sexo masculino (9,5%) do que do sexo feminino (5,4%) (BRASIL, 2017). A frequência de adultos que relataram fumar mais de 20 cigarros por dia foi de 4,2% em Florianópolis (BRASIL, 2017).

Referente ao uso de tóxicos estima-se que a nível global, aproximadamente, 246 milhões de pessoas com idade entre 15 e 64 anos teriam feito uso de algum tipo de droga ilícita no ano de 2013. No qual, estes números representaram pelo menos 5,2% da população mundial nesta faixa etária (OMS, 2015). Proporcionalmente, no mesmo ano de 2013 foi constatada a morte prematura de 187 mil pessoas em decorrência do uso de drogas, tendo a overdose como principal agente causador (OMS, 2015).

O efeito das drogas no organismo humano é dependente do tipo de droga no qual se faz uso. Gravíssimos danos à saúde podem ocorrer após um único uso destas substâncias (NIH, 2017). Como efeito agudo, alterações do estado de vigília, frequência cardíaca, apetite, pressão arterial, humor e risco aumentado para acidente vascular encefálico e ataque cardíaco (NIH, 2017).

Além disso, o uso frequente de drogas ilícitas pode acarretar no desenvolvimento de algumas psicopatologias importantes, tais como, depressão, transtornos de ansiedade, diversos tipos de fobias, déficit de aprendizagem e memória, transtorno de estresse, paranoias, alucinações e comportamento agressivo (GLANTZ et al., 2008; LOPEZ-QUINTERO et al., 2011).

2.5 COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

O comportamento sedentário é caracterizado por atividades que não promovam gastos energéticos significativos, tais como, o tempo em frente ao computador, televisão, tempo sentado no trabalho e deslocamento passivo (HAMILTON et al., 2008; MIELKE, 2012).

Contudo, em uma perspectiva evolucionária, o movimento sempre foi de fundamental importância para a sobrevivência e desenvolvimento humano (OWEN et al., 2010). No entanto, após a revolução industrial, os adventos tecnológicos têm facilitado à realização das tarefas cotidianas e laborais, refletindo em maior tempo despendido em atividades sedentárias e menor tempo, intensidade e execução de atividades físicas (HAMILTON; HAMILTON; ZDERIC, 2007; OWEN et al., 2010).

Visto isso, inúmeras evidências têm demonstrado que o tempo total gasto em horas assistindo televisão e tempo de comportamento sedentário total aumenta significativamente o risco de obesidade, obesidade abdominal, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares e síndrome metabólica independente do nível de atividade física (DUNSTAN et al., 2005; OWEN et al., 2010; WIJNDAELE et al., 2010; INOUE et al., 2012). Reiterando que a classificação de sedentarismo não está necessariamente atrelada ao cumprimento das recomendações de atividade física (MIELKE, 2012).

Neste sentido, a imobilização provocada pelo tempo demasiado em comportamento sedentário ocasiona em atrofia muscular e reduz a utilização de glicose e aumento da resistência à insulina (CHARANSONNEY; DESPRÉS, 2010; CHARANSONNEY, 2011). Deste modo, a energia proveniente deste menor gasto energético é realocada para o fígado, que realiza a lipogênese com tendência de estes adipócitos se alocarem na região abdominal do corpo (CHARANSONNEY, 2011). Ainda, a centralização do tecido adiposo está relacionada a maior secreção de substâncias pró-inflamatórias em detrimento das anti-inflamatórias (CHARANSONNEY, 2011).

Em contrapartida, o comportamento sedentário é considerado menos maléfico quando realizado de forma intermitente ou substituído por atividades físicas de cunho leve, diminuindo a taxa de glicose circulante na corrente sanguínea (HEALY et al., 2007), acarretando em menores agravos à saúde como quando comparados a prática contínua do sedentarismo (HAMILTON et al., 2008). Visto isso, o simples ato

de ficar de pé não pode ser caracterizado como uma atividade sedentária, pois promove a contração muscular necessária para manutenção da postura, acarretando em maior dispêndio energético quando comparado à atividades na posição sentada (HAMILTON; HAMILTON; ZDERIC, 2007; HAMILTON et al., 2008).

Ainda assim, políticas de promoção de saúde devem se atentar de que os crescentes avanços tecnológicos continuam a aumentar com o passar dos anos, refletindo em taxas ainda maiores de comportamento sedentário, inatividade física, corroborando para o crescente aumento da prevalência de diversas doenças crônicas não transmissíveis e mortalidade (PROPER et al., 2011).

2.6 ESTRESSE E SONO

O estresse é um agravante de saúde, que pode facilmente ser observado em pessoas que vivem nos grandes centros urbanos, principalmente em decorrência das atividades desempenhadas durante a jornada de trabalho, especialmente quando se exige prazos e as condições de trabalho são desapropriadas para o desenvolvimento das tarefas (LEE; JOO; CHOI, 2012; VIANA et al., 2010).

Segundo o trabalho de Viana et al. (2010), as primeiras pesquisas a abordarem o estresse no trabalho e o impacto na saúde surgiram na década de 60. Nestas primeiras investigações foi verificado que elevado nível de estresse laboral estava altamente associado com doenças físicas, principalmente as cardiovasculares.

Com o passar dos anos e os avanços da ciência, foi percebido que este fenômeno não afetava apenas a saúde física, mas também comprometia a saúde mental. Desta forma, quanto mais estudos são desenvolvidos neste campo de pesquisa, mais se sabe que o estado de saúde mental do trabalhador tem forte impacto na saúde física, visto que cada vez mais tem se associado elevados níveis de estresse com o desenvolvimento de distúrbios psicológicos e fisiológicos (PALÁCIOS; DUARTE; CÂMARA, 2002; BATTISTON; CRUZ; HOFFMANN 2006).

De acordo com Glaser e Kiecolt-Glaser (2005), o estresse pode contribuir para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis por meio de efeitos fisiológicos diretos, diminuindo a força imune e aumentando a severidade das doenças infecciosas, cicatrização lenta e maior produção de citocinas pró-inflamatórias.

Visto a magnitude de impacto do estresse no equilíbrio fisiológico do indivíduo, este fenômeno tem sido considerado uma questão de saúde pública e motivo de estudo por diversos pesquisadores (GLANZ; RIMER; VISWANATH, 2008; LEE; JOO; CHOI, 2012).

De acordo com o trabalho realizado por Reiche, Nunes e Morimoto (2004), o estresse crônico decorrente de uma variabilidade de fatores pode sobrecarregar o sistema responsável pelo controle e resposta ao estresse, o sistema hipotálamo-hipófise-adrenal. Em decorrência da exposição a várias situações estressantes, o sistema imune acaba ficando debilitado, favorecendo o desenvolvimento de certos tipos de câncer (REICHE; NUNES; MORIMOTO, 2004).

Por conseguinte, o estresse no trabalho está frequentemente associado a eventos no qual o indivíduo enxerga o ambiente de trabalho como um problema para a realização profissional e pessoal, além de exigências variadas em relação a prazos, contas, cobranças e entre outros (VIANA et al., 2010).

Desta forma, o estresse relacionado às atividades desenvolvidas no domínio do trabalho apresenta alta correlação com os sintomas de depressão, insônia, baixa capacidade de concentração, indisposição e sentimentos de inutilidade (LEE; JOO; CHOI, 2012). Com isso, o estresse pode representar capacidade diminuída de trabalho e impactar seriamente na qualidade do serviço prestado (BATTISTON; CRUZ; HOFFMANN, 2006).

Além disso, o estresse é considerado um dos maiores desencadeadores de insônia. Visto que tanto o estresse quanto a vigília provocam a atividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, sistema responsável despertar o indivíduo e mantê-lo acordado (PALMA et al., 2007). Por conseguinte, na ausência de estresse a atividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal permanece reduzida e o indivíduo consegue ter uma boa noite de sono.

Neste sentido, cada vez mais se tem buscado compreender a influência do sono na (UTSUGI et al., 2005). Entre os achados, foi descoberto que uma boa noite de sono tem papel crucial na reposição das energias diárias, no equilíbrio fisiológico e no desenvolvimento mental e físico (MARTINO, 2009).

A privação de uma noite de sono pode acarretar em insônia e sonolência excessiva durante o dia. Enquanto a privação de sono crônica pode acarretar o desenvolvimento de câncer de mama, doenças cardiovasculares, gastrointestinais e

debilidade do sistema imune (UTSUGI et al., 2005; PALMA et al., 2007; MARTINO, 2009).

Além disso, Taheri et al. (2004) mostra em seu estudo que poucas horas de sono estão fortemente associados a obesidade em estudos populacionais. De acordo com os achados, os autores afirmam que poucas horas de sono podem provocar o descontrole de hormônios responsáveis pelo controle da fome e saciedade, grelina e leptina, respectivamente.

2.7 INTROSPECÇÃO E TIPO DE COMPORTAMENTO

Estudar o comportamento humano tem apresentado relevância no sentido de identificar características psicológicas que se relacionam com a saúde física e mental. Já que tipos de personalidades atuam de forma divergente em diferentes componentes do comportamento humano (CUFFA, 2016).

Estas diferenças refletem na maneira com que as pessoas se comportam frente a determinadas situações, principalmente nos âmbitos emocional, interpessoal, atitudinal e motivacional (ASSUNÇÃO; SILVA, 2013; CUFFA, 2016).

Dentre as formas de avaliar a saúde psicológica, o método introspectivo é considerado o pioneiro na área da psicologia científica. Sendo descrito como o ato de refletir sobre si mesmo ou reflexão do interior (LYRA, 2007). Segundo Almada (2008), este método consiste em coletar, relatar e por fim, interpretar as informações descritas pelo paciente ao expor seu estado de consciência interior.

Com os avanços científicos na área da psicologia, o método introspectivo deixou de ser utilizado na psicologia clínica e passou a servir apenas como base para fundamentar teorias mais recentes (ALMADA, 2008).

Para melhor compreender a saúde psicológica, Almada (2008) descreve sobre a necessidade de observar o que ocorre no interior, assumindo a necessidade de compreender o desencadear dos acontecimentos, tendo em vista que, o que é sentido internamente possui consistente ação sobre as relações externas, da mesma forma, o ambiente externo exerce forte influência sobre o estado interno do indivíduo (ALMADA, 2008), formando um círculo de fenômenos biológicos com influência sobre o estado interno e externo do indivíduo, assumindo função importante na saúde psíquica e fisiológica (ALMADA, 2008).

Além disso, fortes evidências apontam que o trabalho em si é um elemento que possui grande influência na construção dos traços de personalidade. Neste contexto, a interação entre indivíduo e ambiente laboral no qual ele está inserido pode contribuir de forma negativa ou positiva para esta formação (ASSUNÇÃO; SILVA, 2013).

Desta forma, os determinantes de saúde e dos transtornos mentais estão fortemente associados a fatores sociais, políticos, ambientais, culturais, econômicos e interpessoais, principalmente no que diz respeito à capacidade de administrar os pensamentos, emoções e comportamentos (OMS, 2017). Além disso, a característica genética individual, carga total de estresse, nutrição e exposição a perigos ambientais também são fatores que contribuem para os distúrbios mentais e influenciam o comportamento (CUFFA, 2016).

Por conseguinte, estes fatores contribuem para que os distúrbios mentais aumentem no mundo todo. Sendo que a depressão e distúrbios de ansiedade estão entre os distúrbios mais comuns. Uma vez que no período entre os anos de 1990 a 2013, o número de pessoas acometidas por depressão e/ou ansiedade aumentou em quase 50% (OMS, 2016). Deste modo, estima-se que cerca de 10% da população mundial é afetada por algum transtorno mental e os mesmos respondem por cerca de 30% da carga global de doenças não letais (OMS, 2016).

Separadamente, a depressão teve aumento representativo de 18,4% na prevalência entre o período de 2005 a 2015, chegando a atingir 4,4% da população mundial no último ano (OMS, 2017). Quanto a ansiedade, entre o período de 2005 a 2015 o número de pessoas que vivem com o referido distúrbio psicológico cresceu cerca de 14,9% e representa parcela de 3,6% da população mundial (OMS, 2017)

Por conseguinte, Teixeira (2007) afirmou que os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre todas as causas de concessão de benefícios previdenciários, do mesmo modo que, de todos os afastamentos por distúrbios mentais, aproximadamente, 46% correspondem a quadros depressivos e 17% estresse.

2.8 NUTRIÇÃO

A alimentação e nutrição saudável compõem elementos básicos para o pleno crescimento e desenvolvimento humano (BRASIL, 2012) com fortes evidências na

promoção e prevenção de saúde durante todo o ciclo de vida (OMS, 2002). No entanto, a exposição a dietas pouco nutritivas apresentam relação direta com o desenvolvimento de algumas doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2002).

Nas últimas décadas, a população brasileira sofreu grandes transformações sociais que resultaram em transformações do padrão alimentar e de saúde. Essas transformações contribuíram para a diminuição da pobreza, fome e escassez de alimentos (BRASIL, 2012). Contudo, a melhora desta ressecação alimentar vem sendo acompanhada de um aumento vertiginoso da obesidade nas diferentes classes populacionais, expondo uma nova esfera de problemas alimentares e nutricionais (BRASIL, 2012). O fenômeno resultante da influência que a globalização impõe sobre os padrões dietéticos atuais é conhecido como transição nutricional (OMS, 2002).

Ou seja, as dietas pós-transição nutricional apresentam tendência de serem compostas por alimentos com alta densidade energética, excesso de gordura, açúcares simples, sal e sódio em detrimento da ingestão de carboidratos complexos, fibras alimentares, frutas e vegetais (OMS, 2002).

No Brasil a influência da transição nutricional é facilmente observada, pois a dieta dos brasileiros é composta por uma combinação alimentar referida como tradicional, baseada no consumo de arroz e feijão, associados a alimentos ultra processados com altos teores de gorduras, sódio, açúcar e com baixo teor nutritivo e alto valor calórico (BRASIL, 2012).

Devido à influência do referido fenômeno na saúde da população mundial, diretrizes foram elaboradas com recomendações sobre diferentes aspectos que abrangem aspectos da alimentação saudável (OMS, 2002; OMS, 2003; BRASIL, 2012).

Referente à ingestão de sal e sódio, a recomendação é que o consumo de sódio em adultos seja menor que dois gramas ao dia, o que equivalente a até cinco gramas de sal (OMS, 2012). Existem fortes evidências de que o consumo exacerbado de sal e sódio aumentam o colesterol de baixa densidade e consideravelmente o risco de acidente vascular cerebral, doença cardiovascular e hipertensão (OMS, 2012).

Relacionado ao consumo de frutas e verduras, recomenda-se que as pessoas criem hábito de comer pelo menos 400 gramas dos referidos alimentos diariamente, fracionando-os em cinco porções diárias (OMS, 2003). Comer adequadamente esse

tipo de alimento ajuda a prevenir certos tipos de câncer e evitar a morte de aproximadamente três milhões de pessoas por ano (OMS, 2002).

Como recomendação geral de ingestão de determinados nutrientes, é recomendado que a ingestão energética total contemple o recomendado para o grupo dos macronutrientes, sendo eles, gorduras totais, carboidratos e proteínas (OMS, 2003).

Visto o aumento significativo do consumo de gorduras após o processo de transição nutricional, recomenda-se que o consumo desse nutriente seja de aproximadamente 20% do valor energético total. Sendo que, em populações que costumam ingerir bastantes vegetais, legumes, frutas e cereais integrais esse valor possa chegar a 35% do valor total da dieta sem acarretar danos à saúde (OMS, 2003).

Para os carboidratos, é recomendado que os mesmos sejam ingeridos na proporção de 55 a 75% do valor energético total diário, sendo que menos de 10% da porcentagem total seja de açúcares simples (OMS, 2003). O açúcar simples é um alimento que cada vez mais está presente nas dietas atuais e é considerado um vilão nutricional, pois apresenta alto valor energético e não agrega valor nutritivo específico a dieta (OMS, 2003). A presença dos açúcares simples em bebidas como os refrigerantes aumentam ainda mais ingestão energética total e reduzem o controle da saciedade, provocando duplo efeito na ingestão calórica total (OMS, 2003).

Quanto às proteínas, a recomendação sugere que a ingestão deste macronutriente seja de 10 a 15% da ingestão total de calorias, podendo ser consumido em alimentos como ovos, legumes, peixes e carnes vermelhas e brancas (OMS, 2003).

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, a combinação de pequenas quantidades de alimentos de origem animal e vegetal com vários tipos de grãos, raízes, farinhas, tubérculos, legumes, verduras, castanhas e frutas servem como base para a composição de uma alimentação saborosa, nutricionalmente adequada e culturalmente admissível (BRASIL, 2014).

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

De acordo com Gil (2010) a presente pesquisa foi definida como descritiva, pois teve como objetivo descrever características antropométricas e de estilo de vida dos motoristas do transporte público de uma empresa da Grande Florianópolis. Os dados coletados nesse estudo possuem característica com cunho de estudo de campo e de natureza quantitativa com delineamento transversal.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) porque ao entrar em contato com a empresa, somente foi permitida a coleta de dados na mesma semana em que a empresa emitira a declaração de autorização da realização da pesquisa (Anexo A). Ao argumentar com os diretores sobre tal posicionamento e sobre a necessidade de tal documento ser emitido ao CEPSH/UFSC juntamente com o projeto de pesquisa, os diretores informaram que somente poderiam permitir a coleta de dados naquela semana devido à demanda diária da empresa. Nesse sentido, optou-se pela realização da coleta de dados. De qualquer modo, ao convidar os motoristas a participarem da pesquisa foi explicado para os mesmos que em nenhum momento o nome deles seria veiculado ou tornar-se-ia público em nenhum meio de divulgação. Ainda, os motoristas foram informados que o trabalho se tratava, unicamente, do trabalho monográfico de um estudante do curso de graduação em Educação Física da UFSC. Os motoristas foram informados que em qualquer momento poderiam recusar ou não aceitar mais participar da pesquisa. Os motoristas foram informados do risco da participação da pesquisa que, se restringiu ao preenchimento do questionário e que nesse momento eles poderiam se sentir constrangidos em repassar informações de cunho pessoal. Sobre as mensurações antropométricas foi informado a eles que o constrangimento residiria no fato de eles terem que ficar descalços para subirem na balança e ser aferida a estatura. Ainda, outro constrangimento residiria no fato de eles levantarem a camisa, até a altura da costela para a aferição do perímetro da cintura.

3.3 PARTICIPANTES

Foram convidados a participar da pesquisa todos os motoristas que estavam estáveis e assíduos no quadro da empresa, independente do período que desempenhavam suas atividades laborais (manhã, tarde, noite). Com exceção de dois motoristas que alegaram estar com pressa, todos os demais aceitaram participar do estudo, totalizando um quantitativo de 103 sujeitos que representam 43% dos 240 motoristas que compunham o quadro da empresa no período da coleta dos dados.

Todos os participantes possuíam jornada de trabalho mínima de seis horas e vinte minutos por dia, com uma hora de intervalo, durante seis dias na semana. Além disso, alguns desses trabalhadores faziam horas extras e conseqüentemente, tinham sua jornada de trabalho estendida.

Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados elegíveis os motoristas do sexo masculino, com idade entre 22 e 65 anos, que responderam o instrumento de pesquisa por completo, não estavam em período de férias ou licença médica nos últimos 30 dias e aceitaram participar do estudo.

3.4 INSTRUMENTOS E PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram uma fita antropométrica maleável, balança portátil, estadiômetro portátil e a versão brasileira do questionário canadense Estilo de vida Fantástico (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Foi utilizada a fita antropométrica da marca Cescorf® (Porto Alegre, Brasil) para mensurar o perímetro da cintura dos motoristas, sendo aferida no ponto médio entre a última costela palpável e a borda superior da crista ílíaca após uma expiração comum (OMS, 2008; ABESO, 2009).

Para quantificar a massa corporal, os motoristas foram solicitados a retirarem os calçados e qualquer objeto que pudesse interferir significativamente na precisão da medida, no qual, foi utilizada uma balança portátil da marca Tech Line® (São Paulo, Brasil) com escala de graduação de 100 gramas e capacidade para mensurar a massa de indivíduos de até 150 quilogramas.

Para verificar a estatura dos sujeitos, foi utilizado um estadiômetro portátil da marca Sanny® (São Paulo, Brasil) com escala de grandeza de um milímetro e os

sujeitos foram mantidos em posição ortostática, pés livres de calçados e unidos, buscando manter os calcanhares alinhados simultaneamente com a cintura pélvica, escapular, região occipital da cabeça e orientado no plano de Frankfurt (AÑEZ; PETROSKI, 2007).

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A seguir serão apresentadas as principais variáveis do estudo, divididas em; “Variável dependente”, “Variável independente” e “Variáveis de controle”.

3.5.1 Variável dependente

A variável dependente foi a obesidade abdominal, investigada por meio do perímetro da cintura, visto que, para os homens da população brasileira e indivíduos caucasianos o ponto de corte para classificação de risco aumentado de doenças cardiovasculares e metabólicas é de 94 centímetros, enquanto para risco muito aumentado e diagnóstico de obesidade abdominal é de 102 centímetros (NCEP, 2001; OMS, 2003; ABESO, 2009).

3.5.2 Variável independente

A variável independente foi o estilo de vida dos motoristas investigado por meio da versão brasileira do questionário Canadense “Estilo de vida Fantástico” (Anexo B), que é um instrumento que explora nove domínios do estilo de vida, englobando fatores físicos, psicológicos e sociais (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Deste modo, o instrumento é subdividido em nove domínios, em que a primeira letra de cada um deles dá origem ao nome na versão inglesa, “*FANTASTIC*”, sendo que os mesmos estão expostos sequencialmente em “*Family and friends*”, “*Activity*”, “*Nutrition*”, “*Tobacco and tóxicos*”, “*Acohol*”, “*Sleep, seatbelts, stress, safe sex*”, “*Type of behavior*”, “*Insight*” e “*Carrer*”, que representa na língua portuguesa “Família e amigos”, “Atividade física”, “Nutrição”, “Tabaco e tóxicos”, “Álcool”, “Sono, sinto de segurança, estresse e sexo seguro”, “Tipo de comportamento”, “Introspecção” e “Trabalho”, respectivamente (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Para explorar os referidos domínios, o questionário possui ao todo 25 questões fechadas que pontuam de zero a quatro, das quais, 23 possuem cinco opções de resposta, permitindo que o entrevistado pontue de zero a quatro, enquanto as outras duas são dicotômicas e permitem que se pontue zero ou quatro (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Neste sentido, para facilitar a identificação dos resultados, as questões estão dispostas em forma de coluna, no qual, a alternativa da esquerda é sempre a de menor valor (zero) e tem menor associação com o estilo de vida saudável, enquanto a alternativa da direita é a que possui maior valor (quatro) e apresenta maior associação com o estilo de vida positivo (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008). Deste modo, a primeira coluna corresponde à zero, a segunda coluna a um, a terceira coluna a dois, a quarta coluna a três e a quinta corresponde a quatro. Quanto às dicotômicas, a opção da esquerda pontua zero e da direita quatro (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Referente à classificação geral do estilo de vida, a soma de todos os pontos representa o escore final e classifica os indivíduos de acordo com a pontuação, sendo que, quem pontua de 85 a 100 é classificado como “Excelente”, 70 a 84 como “Muito Bom”, 55 a 69 como “Bom”, 35 a 54 como “Regular”, e zero a 34 pontos como “Necessita melhorar” (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008). A categoria necessita melhorar é relatada como a que apresenta um estilo de vida não saudável (CSEP, 1998).

Para cada um dos domínios é possível fazer a classificação em estilo de vida saudável, o que seria o adequado e/ou estilo de vida não saudável, o que seria o inadequado. Tal classificação é feita conforme a possibilidade de pontos possíveis em cada um dos domínios (Tabela1). Para o presente estudo, a categoria necessita melhorar é a relatada como a que apresenta um estilo de vida não saudável, ou inadequado (CSEP, 1998).

Tabela 1 - Intervalo de classificação do questionário Estilo de vida Fantástico a partir da possibilidade de pontos em cada um dos domínios.

Possibilidade de pontos	Necessita melhorar	Classificação			
		Regular	Bom	Muito bom	Excelente
04	0	1	2	3	4
08	0 – 3	4	5 – 6	7	8
12	0 – 4	5 – 6	7 – 8	9 – 10	11 – 12
16	0 – 5	6 – 9	10 – 11	12 – 13	14 – 16
20	0 – 7	8 – 11	12 – 14	15 – 17	18 – 20

Fonte: CSEP, 1998.

3.5.3 Variáveis de controle

As variáveis de controle foram as sociodemográficas, como a idade, investigada em anos completos, renda familiar em que foi questionado sobre a renda familiar dos motoristas em salários mínimos - SM ($< 1 \text{ SM}$; $\geq 1 \text{ SM} < 3 \text{ SM}$; $\geq 3 < 6 \text{ SM}$; $\geq 6 \text{ SM}$); estado civil (solteiro; casado; separado/divorciado; viúvo).

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Empregou-se a estatística descritiva com os valores de média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa das variáveis investigadas. Para verificar a associação entre o estilo de vida e a obesidade abdominal empregou-se a regressão logística binária com estimativas de *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foram construídos um modelo bruto e um modelo ajustado para cada um dos domínios do estilo de vida e para a classificação geral do estilo de vida. O modelo foi ajustado pelas variáveis idade, renda familiar e estado civil. O valor de p foi proveniente do teste de Wald. A análise dos dados foi realizada no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 20.0.

4 RESULTADOS

Foram investigados 103 motoristas de ônibus com idade de 40,97 (\pm 8,46) anos. As informações descritivas das variáveis idade, antropométricas, renda familiar e estado civil encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Valores descritivos das variáveis idade, antropométricas, renda familiar e estado civil dos motoristas de ônibus.

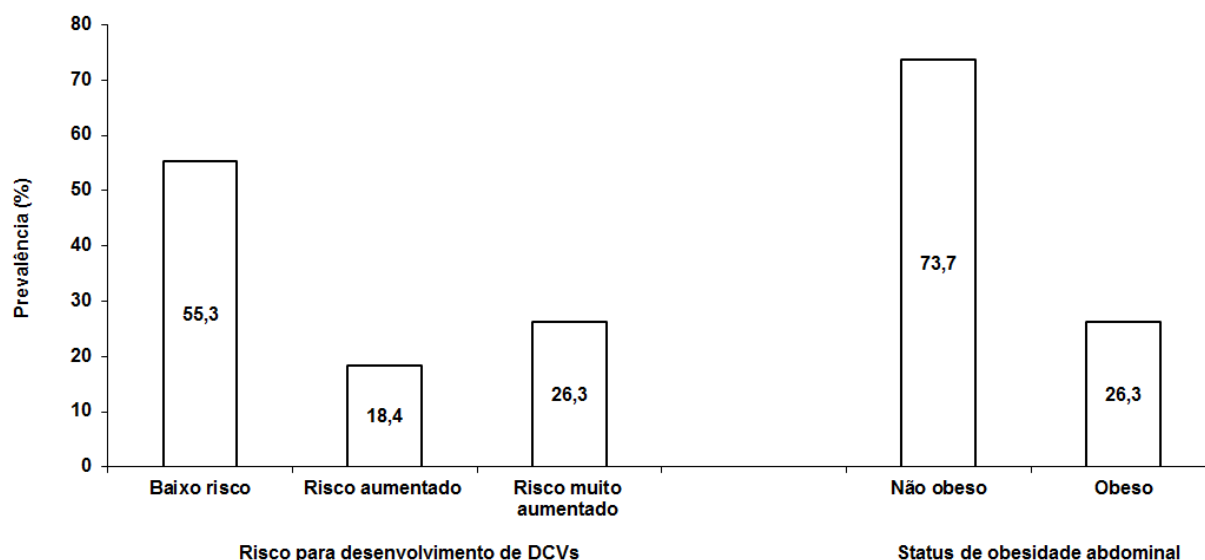
Variáveis	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	40,97	8,46
Massa corporal (kg)	85,84	13,85
Estatura (cm)	174,54	7,04
IMC (kg/m ²)	28,12	3,83
Perímetro da cintura (cm)	94,48	11,10
	n	%
Renda familiar		
< 1 SM	1	1
\geq 1 < 3 SM	33	32
\geq 3 < 6 SM	67	65
\geq 6 SM	2	2
Estado civil		
Solteiro	15	14,6
Casado	81	78,6
Separado/Divorciado	7	6,8

Fonte: Dados do autor.

Notas: IMC: índice de massa corporal; SM: salário mínimo (durante a coleta de dados o valor do SM era de R\$ 937,00).

Em relação à classificação de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas a partir dos valores do perímetro da cintura, 18,4% e 26,3% dos motoristas foram classificados como tendo um risco aumentado e muito aumentado, respectivamente. Esse quantitativo revelou que 26,3% dos motoristas apresentavam obesidade abdominal (Figura 1).

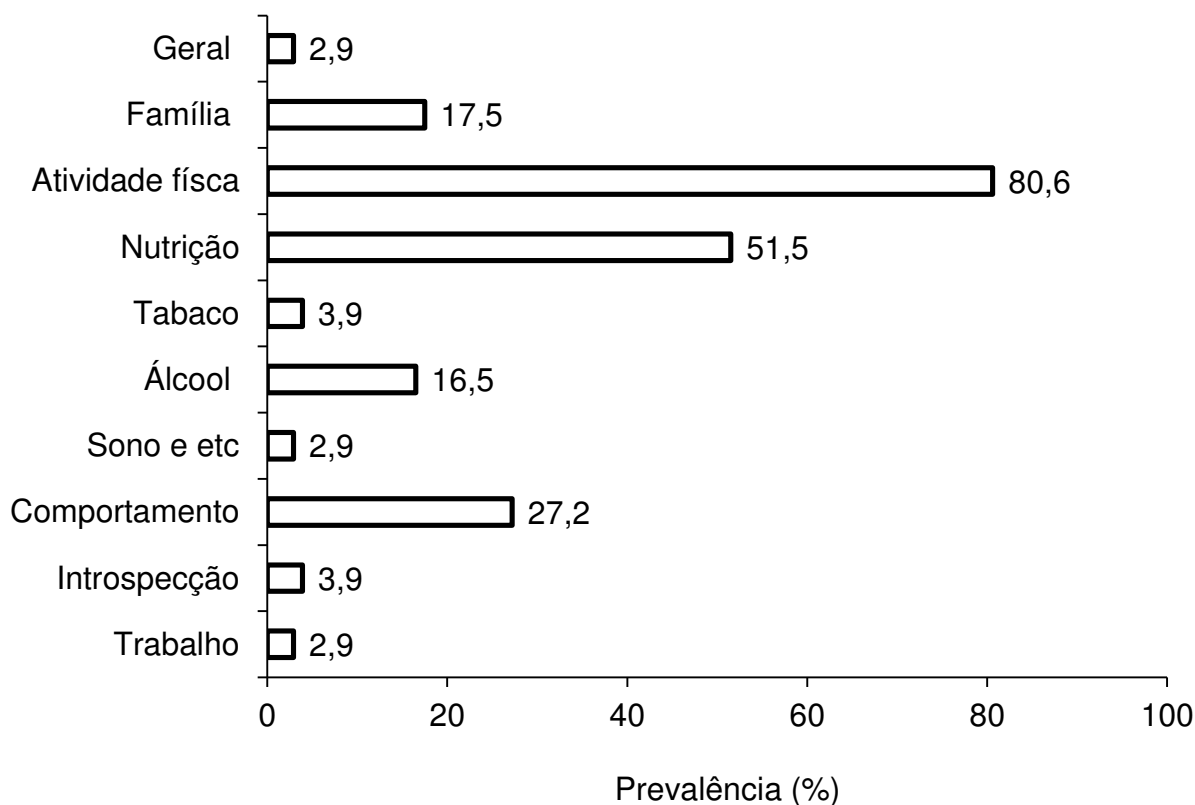
Figura 1 - Prevalência de risco aumentado e de risco muito aumentado para doenças cardiovasculares e metabólicas em motoristas de ônibus.



Fonte: Dados do autor.

Na Figura 2 encontram-se as prevalências do estilo de vida inadequado ao considerar a análise geral e por domínios do instrumento utilizado. Do quantitativo de motoristas investigados, 2,9% apresentaram estilo de vida geral inadequado. Ao se estratificar por domínios do estilo de vida, 80,6% dos motoristas de ônibus apresentaram inadequação para atividade física, ou seja, relataram baixos escores de atividade física. Na sequência, o domínio mais prevalente foi a Nutrição, em que 51,5% dos motoristas estavam inadequados nesse hábito de vida. Ainda, 27,2% dos motoristas relataram um tipo de comportamento inadequado (aparentando-se estar com pressa diariamente e sentir-se frequentemente com raiva e hostil).

Figura 2 - Prevalência do estilo de vida inadequado para a classificação geral e de acordo com os domínios do questionário Estilo de vida Fantástico em motoristas do transporte coletivo de uma empresa da Grande Florianópolis.



Fonte: Dados do autor.

A prevalência de obesidade abdominal por inadequação no estilo de vida está apresentada na Tabela 3. Tanto na análise bruta quanto ajustada, os motoristas que estavam inadequados no domínio “Nutrição” apresentaram quase quatro vezes mais chances de terem obesidade abdominal quando comparados àqueles com a Nutrição adequada. Além disso, os motoristas que estavam inadequados no domínio “Tipo de comportamento” apresentaram quase três vezes mais chances (análise bruta e ajustada) de terem obesidade abdominal quando comparados àqueles com tipo de comportamento adequado.

Tabela 3 - Associação entre obesidade abdominal e estilo de vida inadequado nos motoristas de ônibus do transporte coletivo de uma cidade da Grande Florianópolis.

Estilo de vida Inadequado	Obesidade abdominal n (%)	Análise bruta		Análise ajustada†	
		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Geral	02 (66,7)	6,0 (0,5-69,0)	0,15	5,7 (0,4-67,1)	0,16
Família	06 (33,3)	1,5 (0,5-4,5)	0,45	1,5 (0,5-4,7)	0,45
Atividade Física	22 (26,5)	1,1 (0,4-3,3)	0,89	1,2 (0,4-3,9)	0,73
Nutrição	20 (37,7)	3,7 (1,4-9,8)	<0,01*	3,6 (1,3-9,5)	0,01*
Tabaco	01 (25,0)	0,9 (0,1-9,4)	0,95	0,6 (0,1-6,9)	0,68
Álcool	06 (35,3)	1,6 (0,5-5,1)	0,35	1,5 (0,5-4,8)	0,43
Sono e etc.	02 (66,7)	6,0 (0,5-69,0)	0,15	5,9 (0,5-70,6)	0,15
Comportamento	11 (39,3)	2,5 (0,9-6,0)	0,05*	2,6 (1,1-6,7)	0,04*
Introspecção	02 (50,0)	2,9 (0,3-22,1)	0,29	2,7 (0,3-21,3)	0,32
Trabalho	00 (0,0)	‡	‡	‡	‡

Fonte: Dados do autor.

Notas: OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança; * $p \leq 0,05$; †Análise ajustada pelas variáveis idade, renda familiar e estado civil; ‡OR e IC95% não estimados porque nenhum sujeito com obesidade abdominal estava inadequado no domínio trabalho.

5 DISCUSSÃO

A obesidade abdominal é considerada importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas (BJORNTORP, 1992; NCEP, 2001; OMS, 2003; ABESO, 2009). Neste sentido, o presente estudo revelou que 26,3% dos motoristas foram classificados com obesidade abdominal, enquanto 18,4% da amostra apresentou valores de perímetro da cintura maior ou igual a 94 e menor que 102 centímetros, o que os classificam com risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas, sendo um passo anterior ao diagnóstico da obesidade abdominal.

Corroborando com estes achados, o trabalho desenvolvido por Costa et al. (2011) com 306 motoristas da cidade de Joinville, Brasil, encontrou prevalência de obesidade abdominal de 28,8%. O trabalho realizado por Hirata et al. (2012) investigou 659 motoristas de ônibus da cidade de Curitiba, Brasil e verificou que a prevalência de obesidade abdominal foi de 18,8%. Em outro estudo, realizado na cidade de São Paulo, Brasil, com motoristas de diversas categorias, verificou-se que 27% da amostra apresentou risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas e 31% foram classificados com obesidade abdominal (CAVAGIONI et al., 2008).

Outros estudos encontraram prevalências de risco aumentado (perímetro da cintura ≥ 94 cm < 102 cm) e obesidade abdominal (perímetro da cintura > 102 cm) que diferem do que foi verificado no presente estudo. Deste modo, o estudo realizado por Saberi et al. (2011) que investigou 429 motoristas da cidade de Kashan, Irã, encontrou prevalência de obesidade abdominal de 68,3%. Em outro estudo, Ferraz (2012) investigou amostra de 308 motoristas do transporte coletivo da cidade de Pelotas, Brasil e encontrou prevalência de 32,5% da amostra com risco aumentado e 37,6% com obesidade abdominal. Em estudo realizado com motoristas de caminhão que trafegavam pelo centro-sul do estado do Paraná, Brasil, verificou-se que 58,2% foram classificados com obesidade abdominal (SANGALETI et al., 2014).

Comparando estes achados com o estudo de base amostral realizado na zona urbana da cidade de Pelotas, Brasil foi encontrado prevalência de obesidade abdominal em 18,5% dos homens adultos da cidade (OLINTO et al., 2006), dez anos depois a prevalência encontrada foi de 19,5% (LINHARES et al., 2012). Desta forma,

estes achados sustentam a hipótese de que os motoristas do transporte coletivo estão mais propensos a desenvolverem a obesidade abdominal do que a população como um todo. Isso se dá em virtude, por exemplo, do elevado tempo sentado que eles dispõem na atividade laboral.

Faria, Amorim e Vancea (2007) investigaram 55 motoristas da cidade de Palhoça, Brasil por meio de auto relato e verificaram que os motoristas de ônibus após ingressarem na profissão, possuem tendência de aumentar o consumo de lanches *Fast Food*, tempo de comportamento sedentário e diminuir a prática de atividade física. Neste sentido, a tríade do estilo de vida supracitada parece estar associada ao ganho de peso, visto que, os mesmos autores verificaram que 69,1% dos motoristas apresentaram ser eutróficos antes de ingressarem na profissão, e após o exercício da mesma, 67,3% deles apresentaram estar com sobrepeso (FARIA; AMORIM; VANCEA, 2007).

Em decorrência do balanço energético positivo provocado pela ingestão de alimentos com alta densidade calórica, inatividade física e comportamento sedentário, a energia acumulada proveniente desses três fatores é realocada para o fígado que aumenta a lipogênese e os novos adipócitos formados possuem tendência de se alocar na região abdominal, originando a adiposidade abdominal (CHARANSONNEY, 2011). Corroborando com isto, Després (2006) e Hirata et al. (2012) afirmaram que hábitos sedentários e ingestão excessiva de alimentos com alta densidade energética são promotores da obesidade abdominal.

O presente estudo verificou que a amostra de motoristas estudada apresentou maiores prevalências de inadequações nos domínios do estilo de vida “Nutrição”, “Atividade física” e “Tipo de comportamento”. Em relação ao domínio da “Nutrição”, Faria, Amorim e Vancea (2007) relataram que os motoristas aumentavam o consumo de comidas do tipo *Fast Food* após iniciarem o trabalho. Apoiando este achado, grande parte destes trabalhadores realizam as refeições nas lanchonetes anexadas aos terminais de transporte e estabelecimentos próximos, o que favorece o aumento do consumo de alimentos rápidos com alto teor calórico (SCHILLING, 2016). Além disso, 18,2% deles relataram ter mudado o horário das refeições em detrimento da especificidade da carga de trabalho (FARIA; AMORIM; VANCEA, 2007), contribuindo para que alguma refeição principal seja substituída por lanches, favorecendo a ingestão de alimentos com alta densidade energética, alto teor de gordura e açúcares simples (SUMMERBELL et al., 1995).

Outro fator que pode contribuir para a má alimentação é a variabilidade de tempo que os motoristas possuem para alimentar-se, visto que estes trabalhadores sofrem influência de fatores externos que podem atrasá-los no dia a dia da atividade laboral, como o trânsito pesado das grandes cidades, o que dificulta a organização alimentar e diminui o tempo disponível para realizar as refeições (SCHILLING, 2016).

Apoiando estes achados, Faria, Amorim e Vancea (2007) verificaram que 40% dos motoristas relataram consumir frituras diariamente, 30,9% consomem de quatro a seis vezes na semana lanches como salgadinhos, pizzas, cachorro quente e 47,3% referiram ingerir diariamente açúcar refinado. Moraes e Fayh (2011) verificaram que 48,8% dos motoristas consumiam frituras regularmente e, aproximadamente, 83% não consumiam frutas e vegetais adequadamente. Nesse sentido, os hábitos alimentares dos motoristas de transporte público parece ser um dos principais aspectos do estilo de vida prejudicado.

Referente à prática de atividade física, o presente estudo verificou que 80,6% dos motoristas apresentaram inadequações neste domínio, sendo classificados como pouco ativos. Apesar disso, o domínio de atividade física não apresentou correlação com os indicadores de obesidade abdominal. O domínio de atividade física pode não ter apresentado associação com a obesidade abdominal pelo fato de que os baixos níveis de atividade física estiveram presentes em mais de três quartos da amostra, independente da composição corporal. Ou seja, a amostra era praticamente insuficientemente ativa, independente dos níveis de gordura abdominal.

Assim como no presente estudo, Cavagioni (2006) verificou que 74% dos motoristas de São Paulo, Brasil, foram classificados como pouco ativos. Quando questionados quanto à prática de esportes, Costa et al. (2003) verificou que 71,9% dos motoristas de São Paulo, Brasil, não praticavam quaisquer tipo de esporte, enquanto que na cidade de Belo Horizonte, Brasil, 57% não praticavam esportes.

Apoiando a alta prevalência de pouca atividade encontrada em grande parte dos estudos apresentados, Faria, Amorim e Vancea (2007) verificaram por meio de auto relato que antes de ingressarem na profissão de motorista, 29,1% não praticavam nenhum tipo de atividade física, após ingressarem, esta prevalência aumentou para 56,4%. Assim, a profissão de motorista do transporte coletivo parece ser importante promotor da inatividade física. Outro fator que pode contribuir para

alta prevalência de pouca atividade física nesse grupo populacional é que parte dos motoristas possuem outros vínculos empregatícios formais e/ou informais, diminuindo a disponibilidade de tempo para a realização destas atividades no tempo de lazer (SCHILLING 2016).

O presente estudo revelou que 27,2% da amostra apresentou inadequações no domínio tipo de comportamento e associação com a obesidade abdominal. Esse resultado se assemelhou com o estudo de Assunção e Silva (2013) que encontraram prevalência de transtornos emocionais, psicológicos e somáticos em 19,2% de motoristas do transporte coletivo de Belo Horizonte, Brasil. Tavares (2010) ao verificar sintomas psicológicos de 134 motoristas de ônibus de Uberlândia, Brasil observou que 25,4% deles apresentaram estar excessivamente irritados na última semana e, 19,4% tinham dúvidas quanto a si próprio. Quando indagados sobre os sintomas psicológicos sentidos nos últimos 30 dias, foi observado que 24,6% tinham vontade de fugir de tudo, 20,1% sentiam angústia, medo e ansiedade diariamente e, 14,9% sentiam depressão, apatia e raiva prolongada (TAVARES, 2010).

A referida correlação entre tipo de comportamento e obesidade abdominal pode ser explicada pelo fato de que o motorista de ônibus é exposto a diversas situações que o exigem mentalmente, tais como, boa relação com os passageiros, descontentamento dos usuários com o transporte, pouco tempo para a realização do percurso em meio a trânsito intenso, condições da estrada, responsabilidade quanto a segurança dos passageiros e regulamentos de trânsito (KOMPIER; MARTINO, 1995). A frequente exposição do motorista a situações de pressão e estresse podem aumentar a atividade do hipotálamo, resultando em maior secreção de cortisol em resposta ao estresse, menor atividade das gonadotrofinas, menor produção de hormônios sexuais (BJÖRNTORP, 1991) e hormônio do crescimento (SILVA et al., 2002). Visto isso, concentrações aumentadas de cortisol, baixas concentrações dos hormônios sexuais e do hormônio do crescimento parecem promover a centralização do tecido adiposo, visto que a gordura visceral é composta por um grande número de receptores de glicocorticoides, fazendo com que este tecido seja alvo do cortisol (BJÖRNTORP, 1991).

Apoiando estes achados, Silva et al. (2002) verificaram que a secreção livre de cortisol na urina possui associação positiva com os indicadores de obesidade abdominal e os níveis plasmáticos e pulso de hormônio do crescimento são baixos em indivíduos com obesidade abdominal (JOHANNSSON et al., 1997). Neste

sentido, Johannsson et al. (1997) ao administrarem de forma exógena o hormônio do crescimento em pacientes com obesidade abdominal por nove meses, verificou que este hormônio foi capaz de reduzir os níveis de adiposidade geral e visceral nesses indivíduos. Deste modo, indivíduos diagnosticados com obesidade abdominal possuem maiores disfunções endócrinas e menores concentrações dos hormônios sexuais e de crescimento (BJÖRNTORP, 1991).

Deste modo, praticar regularmente atividade física tem apresentado benefícios significantes em relação a mudanças no estado de humor, reduzindo os níveis de ansiedade, depressão e raiva, aumentando o bem estar psicossocial e a resistência individual frente a situações estressoras (NUNOMURA; TEIXEIRA; FERNANDES, 2004). Além disso, o exercício físico parece ser mais eficiente no controle do estresse do que algumas drogas (NUNOMURA; TEIXEIRA; FERNANDES, 2004).

O presente estudo não observou associação estatística entre o estilo de vida geral e os outros seis domínios com a obesidade abdominal. Este fato pode ser explicado pela baixa prevalência de inadequações nos domínios do Tabaco e tóxicos (3,9%), Sono, cinto de segurança, *stress* e sexo seguro (2,9%), Introspecção (3,9%) e Trabalho (2,9%). Quanto ao domínio de Família e amigos, 17,5% apresentaram inadequações, no entanto, o número de indivíduos casados (78,6%) pode ter atenuado a prevalência de inadequações neste domínio e mascarado a relação com a obesidade abdominal. Visto que, o suporte familiar fornece importante apoio em relação às atividades do dia a dia, sendo elas rotineiras ou não (RIBEIRO, 1999). Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a prevalência de 16,5% encontrada não apresentou correlação com a obesidade abdominal e isto pode ser explicado pelo fato de que a pesquisa foi realizada com motoristas profissionais no ambiente de trabalho e os motoristas podem ter encarado algumas perguntas do questionário como “eu dirijo após beber” uma ameaça ao emprego ou habilitação de trânsito.

O estudo apresenta limitações no sentido de que o instrumento utilizado foi desenvolvido para investigar adultos em geral e não motoristas em específico. Deste modo, alguns pontos que estão inseridos nos domínios apresentaram pouca relevância para esta população, enquanto que alguns outros poderiam ter apresentado resultados mais significantes se tivessem outra abordagem, por exemplo, o aspecto Sono é abordado no questionário juntamente com Cinto de

segurança, *Stress* e Sexo seguro e pode ter sido suprimido pelo fato de que os motoristas são obrigados a usar o cinto de segurança e mais de três quartos deles são casados e possuem uma única parceira. Além disso, não ter quantificado o tempo total de comportamento sedentário pode ter sido outra limitação, visto que, apesar de jornada de trabalho sedentária ser comum a todos, o comportamento fora do ambiente de trabalho também pode influenciar na quantidade de adiposidade visceral. O tempo de trabalho como motorista também não foi mensurado e talvez apresentasse alguma relação com a obesidade abdominal. O tipo de estudo empregado também pode ser considerado limitação do trabalho, visto que, no estudo transversal as medições são feitas em um único período, sem haver acompanhamento periódico desses indivíduos.

Como ponto forte, o presente estudo verificou que os motoristas de ônibus apresentam maior prevalência de obesidade abdominal que a população geral. A utilização de nove domínios, mais o contexto geral do estilo de vida forneceu bons indícios de quais fatores influenciam negativamente o estilo de vida destes trabalhadores. A razão de chances entre domínios inadequados e obesidade abdominal apresentou significativa relevância para a discussão e entendimento dos resultados encontrados.

6 CONCLUSÃO

Concluiu-se que mais de um quarto dos motoristas de uma empresa da Grande Florianópolis, Brasil possuía obesidade abdominal. Os domínios do estilo de vida que mais apresentaram inadequações foram a “Atividade física”, “Nutrição” e “Tipo de comportamento”, respectivamente. Os motoristas que estavam inadequados no domínio nutrição e tipo de comportamento apresentaram maiores chances de terem obesidade abdominal.

Neste sentido, os resultados encontrados remetem a acreditar que o trabalho do motorista de ônibus favorece a má alimentação, inatividade física e transtornos comportamentais. Deste modo, a promoção de hábitos de vida saudáveis para estes trabalhadores pode atenuar ou reverter graves quadros de obesidade abdominal.

Desta forma, o profissional de Educação Física pode assumir papel relevante na redução e controle dos níveis de adiposidade visceral destes trabalhadores, orientando para a importância de hábitos alimentares saudáveis e promoção de atividade física, visto que, a prática regular de atividade física pode atuar auxiliando no controle do balanço energético e saúde mental.

REFERÊNCIAS

ABESO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 3. ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009.

ALMADA, Leonardo. Psicologia como ciência: comportamento, introspecção e consciência. **Revista Adverbum**, Limeira, v. 1, n. 3, p.66-85, jul. 2008.

AÑEZ, Ciro Romelio Rodriguez; PETROSKI, Edio Luiz. Antropometria para postos de trabalho. In: PETROSKI, Edio Luiz. **Antropometria: técnicas e padronizações**. 3. ed. Blumenau: Nova Letra, 2007. Cap. 6. p. 83-105.

AÑEZ, Ciro Romélio Rodriguez; REIS, Rodrigo Siqueira; PETROSKI, Edio Luiz. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p.102-109, ago. 2008.

NTU - Associação Nacional das Empresas de Transporte Urbano. **Fique por dentro do transporte público urbano por ônibus no Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://www.ntu.org.br/novo/AreasInternas.aspx?idArea=7>>. Acesso em: 08 maio 2017.

BENVEGNÚ, Luís Antônio et al. Prevalência de hipertensão arterial entre motoristas de ônibus em Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 118, p.32-39, jun. 2008.

BJÖRNTORP, P. Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease? **Journal of Internal Medicine**, Solna, v. 230, n. 3, p. 195-201, set. 1991.

BJÖRNTORP, Per. Abdominal obesity and the metabolic syndrome. **Annals of Medicine**, Stockholm, v. 24, n. 6, p.465-468, jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2017.

CARNEIRO, Lélia Renata das Virgens et al. Sintomas de distúrbios osteomusculares em motoristas e cobradores de ônibus. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 3, n. 9, p.277-283, jan. 2007.

CASPERSEN, Carl; POWELL, Kenneth; CHRISTENSON, Gregory. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Boston, v. 100, n. 2, p.126-131, abr. 1985.

CAVAGIONI, Luciane Cesira. **Perfil dos riscos cardiovasculares em motoristas profissionais de transporte de cargas da Rodovia BR-116 no trecho Paulista-Régis Bittencourt**. 2006. 230 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2006.

CERCATO, Cintia et al. Systemic hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia in relation to body mass index: evaluation of a brazilian population. **Revista Hospital das Clínicas**, São Paulo, v. 3, n. 59, p.113-118, jan. 2004.

CHARANSONNEY, Olivier L. Physical activity and aging: a life-long story. **Discovery Medicine**, Maryland, v. 64, n. 12, p.177-185, set. 2011.

CHARANSONNEY, Olivier L.; DESPRÉS, Jean-pierre. Disease prevention—should we target obesity or sedentary lifestyle. **Nature Reviews Cardiology**, New York, v. 7, n. 8, p.468-472, maio 2010.

CHAVES, Daniel Bruno Resende et al. Fatores de risco para hipertensão arterial: investigação em motoristas e cobradores de ônibus. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 16, p.370-376, set. 2008.

COSTA, Leticia B. et al. Morbidade declarada e condições de trabalho: o caso dos motoristas de São Paulo e Belo Horizonte. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 2, n. 17, p.54-67, jan. 2003.

COSTA, Marilda M. da et al. Excesso de peso em motoristas de ônibus da rede urbana. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 1, n. 19, p.42-51, jan. 2011.

CRUZ, Marcus Vinicius Gonçalves da. Produção do serviço de transporte público urbano por ônibus: aspectos da organização do trabalho. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.45-65, dez. 1998.

CSEP - CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY. **The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's plan for healthy living**. 2 ed. Ottawa: CSEP, 1998.

CUFFA, Marina de. **Construção e evidências de validade de uma escala de personalidade para o contexto do trânsito**. 2016. 130 f. Tese (Doutorado) - Curso

de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

DESPRÉS, Jean-Pierre. Abdominal obesity: the most prevalent cause of the metabolic syndrome and related cardiometabolic risk. **European Heart Journal Supplements**, Oxford, v. 8, n. 4, p. 1-8, maio 2006.

DEUS, Maria José de. **Comportamentos de risco à saúde e estilo de vida em motoristas de ônibus urbanos: recomendações para um programa de promoção de saúde**. 2005. 175 f. Tese (Doutorado) - Curso de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DONAHUE, Richard P. Central obesity and coronary heart-disease in men. **The Lancet**, London, v. 329, n. 8537, p.821-824, abr. 1987.

DUNSTAN, D. W. et al. Associations of TV viewing and physical activity with the metabolic syndrome in Australian adults. **Diabetologia**, Britsol, v. 48, n. 11, p.2254-2261, out. 2005.

FARIA, Bianca Karla de; AMORIM, Gisele; VANCEA, Denise Maria Martins. Perfil alimentar e antropométrico dos motoristas de ônibus da empresa de transporte coletivo JOTUR / Palhoça – SC. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.11-20, jan. 2007.

FERRAZ, Marisa Teresinha Costa. **Perfil alimentar e antropométrico de motoristas do transporte coletivo urbano da cidade de Pelotas/RS**. 2012. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pelotas, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLANTZ, Meyer D. et al. Mental disorders as risk factors for later substance dependence: estimates of optimal prevention and treatment benefits. **Psychological Medicine**, New York, v. 39, n. 08, p.1-19, dez. 2008.

GLANZ, Karen; RIMER, Barbara K; VISWANATH, K. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**. 4. ed. San Francisco: Jossey Bass, 2008.

GLASER, Ronald; KIECOLT-GLASER, Janice K. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. **Nature Reviews Immunology**, New York, v. 5, n. 3, p. 243-251, 2005.

HAMILTON, M. T; HAMILTON, D. G; ZDERIC, T. W. Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. **American Diabetes Association**, Arlington, v. 56, n. 11, p.2655-2667, set. 2007.

HAMILTON, Marc T. et al. Too little exercise and too much sitting: Inactivity physiology and the need for new recommendations on sedentary behavior. **Current Cardiovascular Risk Reports**, Charleston, v. 2, n. 4, p.292-298, jul. 2008.

HASKELL, William L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Michigan, v. 116, n. 9, p.1081-1093, set. 2007.

HEALY, G. N. et al. Objectively measured light-intensity physical activity is independently associated with 2-h plasma glucose. **Diabetes Care**, Arlington, v. 30, n. 6, p.1384-1389, maio 2007.

HEYWARD, Vivian. Asep methods recommendation: body composition assessment. **Journal of Exercise Physiology**, Osakis, v. 4, n. 4, p.1-12, nov. 2001.

HIRATA, Raquel Pastréllo et al. General characteristics and risk factors of cardiovascular disease among interstate bus drivers. **The Scientific World Journal**, London, v. 2012, n. 8, p. 1-7, nov. 2012.

INOUE, Shigeru et al. Television viewing time is associated with overweight/obesity among older adults, independent of meeting physical activity and health guidelines. **Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 50-56, maio 2012.

JOHANNSSON, Gudmundur et al. Growth hormone treatment of abdominally obese men reduces abdominal fat mass, improves glucose and lipoprotein metabolism, and reduces diastolic blood pressure. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, Oxford, v. 82, n. 3, p. 727-734, mar. 1997.

KOMPIER, Michiel A. J.; MARTINO, Vittorio di. Review of stress bus drivers' occupational and stress prevention. **Stress Medicine**, Geneva, v. 11, n. 1, p.253-262, jan. 1995.

KONING, L. de et al. Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta-regression analysis of prospective studies. **European Heart Journal**, Oxford, v. 28, n. 7, p.850-856, mar. 2007.

LEE, Jong-sun; JOO, Eun-jeong; CHOI, Kyeong-sook. Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression. **Stress and Health**, Singapore, v. 29, n. 1, p.75-81, maio 2012.

LINHARES, Rogério da Silva et al. Distribution of general and abdominal obesity in adults in a city in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 438-447, mar. 2012.

LOPEZ-QUINTERO, Catalina et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). **Drug and Alcohol Dependence**, Maryland, v. 115, n. 1, p.120-130, maio 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 1, n. 15, p.47-65, jan. 2006.

MARTINO, Milva Maria Figueredo de. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros no turno de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 1, n. 43, p.194-199, mar. 2009.

MARTINS, Ignez Salas; MARINHO, Sheila Pita. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 37, p.760-767, jan. 2007.

MIELKE, Grégoire Iven. **Comportamento sedentário em adultos**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

NAHAS, Markus Vinicius et al. Lazer ativo: um programa de promoção de estilos de vida ativos e saudáveis para o trabalhador da indústria. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 15, n. 4, p. 260-264, jun. 2010.

NAHAS, Markus Vinicius; BARROS, Mauro VG de; FRANCALACCI, Vanessa. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, jun. 2000.

NCEP - National Cholesterol Education Program. **Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults: adult treatment panel III**. 3. ed. Bethesda: National Institutes of Health, 2001.

NIH - National Institute on Drug Abuse. **Health consequences of drug misuse**. 2017. Disponível em: <<https://www.drugabuse.gov/related-topics/health-consequences-drug-misuse>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

NUNOMURA, Myrian; TEIXEIRA, Luis Antonio Céspedes; FERNANDES, Mara Regina Caruso. Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 125-134, jan. 2004.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo et al. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1207-1215, jun. 2006.

OWEN, Neville et al. Sedentary behavior: emerging evidence for a new health risk. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 85, n. 12 p. 1138-1141, dez. 2010.

PAFFENBARGER, Ralph S. et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 328, n. 8, p.538-545, fev. 1993.

PALÁCIOS, Marisa; DUARTE, Francisco; CÂMARA, Volney de Magalhães. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, p.843-851, maio 2002.

PALMA, Beatriz Duarte et al. Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como fator modulador. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 1, n. 29, p.533-538, jan. 2007.

PITANGA, Francisco José Gondim. Antropometria na avaliação da obesidade abdominal e risco coronariano. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p.5-8, 28 abr. 2011.

PIANA, N. et al. Multidisciplinary lifestyle intervention in the obese: its impact on patients perception of the disease, food and physical exercise. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, Napoli, v. 23, n. 4, p. 337-343, abr. 2012.

PROPER, Karin I. et al. Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. **American Journal of Preventive Medicine**, Ann Arbor, v. 40, n. 2, p. 174-182, fev. 2011.

PRONK, Nicolaas P.; KOTTKE, Thomas E. Physical activity promotion as a strategic corporate priority to improve worker health and business performance. **American Journal of Preventive Medicine**, Ann Arbor v. 49, n. 4, p. 316-321, jul. 2009.

RATZLAFF, C. R.; GILLIES, J. H.; KOEHOORN, M. W. Work-related repetitive strain injury and leisure-time physical activity. **Arthritis Care and Research**, Atlanta, v. 57, n. 3, p. 495-500, abr. 2007.

REICHE, Edna Maria Vissoci; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas; MORIMOTO, Helena Kaminami. Stress, depression, the immune system, and cancer. **The Lancet**, London, v. 5, n. 1, p.617-625, jan. 2004.

REZENDE, Fabiane et al. Revisão crítica dos métodos disponíveis para avaliar a composição corporal em grandes estudos populacionais e clínicos. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**, Caracas, v. 57, n. 4, p.327-344, out. 2007.

RIBEIRO, José Luis Pais. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise psicológica**, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 547-558, mar. 1999.

RUBIO, Carolina Rivero. **Estudo sobre o uso de Tabaco e de álcool por estudantes da área da saúde da universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2007**. 2008. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SABERI, Hamid R et al. Prevalence of metabolic syndrome in bus and truck drivers in Kashan, Iran. **Diabetology and Metabolic Syndrome**, London, v. 8, n. 3, p.1-5, maio 2011.

SANGALETI, Carine Teles et al. Prevalence of cardiovascular risk factors among truck drivers in the South of Brazil. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 1, p. 1-9, out. 2014.

SCHILLING, Everton. **Estilo de vida de motoristas e cobradores do transporte coletivo da cidade de Florianópolis**. 2016. 58 f. TCC (Graduação) - Curso de Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SILVA, José Luciano Tavares da et al. Obesidade centrípeta e disfunções metabólicas: patogenia, mensuração e papel profilático do exercício físico. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 23, n. 1, p. 49-66, dez. 2002.

SOUZA, Maria das Graças Caus de et al. Correlação de alguns hábitos de estilo de vida e da jornada de trabalho com a pressão arterial aferida em motoristas de transporte coletivo urbano. **Revista Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 1, n. 4, p.28-38, fev. 2009.

SUMMERBELL, C. D. et al. Sources of energy from meals versus snacks in 220 people in four age groups. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 49, n. 1, p. 33-41, jun. 1995.

TAHERI, Shahradsad et al. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. **PLOS Medicine**, San Francisco, v. 1, n. 3, p.210-217, dez. 2004.

TAVARES, Flávia de Andrade et al. **Estresse em motoristas de transporte coletivo urbano por ônibus**. 2010. 88 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2010.

TEIXEIRA, Sueli. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região**, Belo Horizonte, v. 46, n. 72, p.27-44, dez. 2007.

UTSUGI, Megumi et al. Relationships of occupational stress to insomnia and short sleep in Japanese workers. **Sleep**, Oxford, v. 28, n. 6, p.728-735, fev. 2005.

VIANA, Maick da Silveira et al. Nível de atividade física, estresse e saúde em bancários. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 1, n. 6, p.19-32, jan. 2010.

WANG, Pair Dong; LIN, Ruey S. Coronary heart disease risk factors in urban bus drivers. **Public Health**, London, v. 115, n. 4, p. 261-264, jul. 2001.

WELBORN, T. A; DHALIWAL, S. S. Preferred clinical measures of central obesity for predicting mortality. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 1, n. 61, p.1373-1379, fev. 2007.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2005. Disponível em: <http://cdrwww.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>>. Acesso em: 01 maio 2017.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. WHO Global Report. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2017.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco**. 27. ed. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813_eng.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2017.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2010. 60 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: Sodium intake for adults and children**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77985/1/9789241504836_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 abr. 2017.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION: **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 out. 2016.

WINKLEB, Marilyn et al. Excess risk of sickness and disease in bus drivers: a review and synthesis of epidemiological studies. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 2, n. 17, p.255-262, jan. 1988.

APÊNDICE A – Variáveis sociodemográficas e antropométricas**QUESTIONÁRIOS****Aferir as seguintes medidas antropométricas:**

Massa corporal _____(kg)

Estatura _____(cm)

Perímetro da Cintura _____(cm)

Informações gerais

a. Qual a sua idade? _____anos

b. Qual seu sexo?

(1) - Masculino

(2) - Feminino

c. Qual seu estado civil?

(1) - Solteiro

(2) - Casado

(3) - Separado/Divorciado

(4) - viúvo

d. Qual a renda de sua família?

(1) - até 01 salário mínimo

(2) - de 01 a 03 salários mínimos

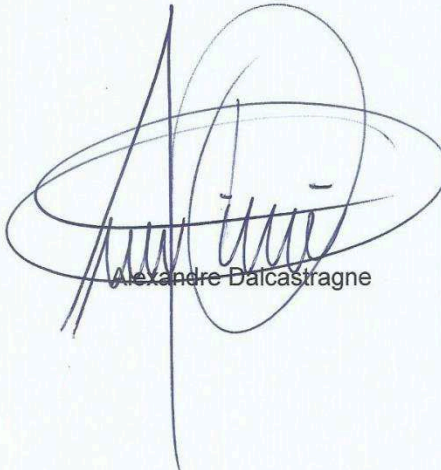
(3) - de 03 a 06 salários mínimos

(4) - de 06 a 10 salários mínimos

(5) - superior a 10 salários mínimos

ANEXO A – Autorização**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins e a quem possa interessar que a pesquisa intitulada “ESTILO DE VIDA E CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA DE MOTORISTAS DO TRANSPORTE COLETIVO DE UMA CIDADE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS” proveniente da Universidade Federal de Santa Catarina, tem autorização para acontecer nas dependências da JOTUR, cujo endereço é na Avenida Elza Lucchi, 50 Jardim Eucaliptus - Palhoça/SC - CEP: 88130-600 - Fone: (48) 3279-3200.



Alexandre Dalcastragne

ANEXO B – Estilo de vida Fantástico

Estilo de vida Fantástico – Marque com um X dentro da alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no mês passado.

1	Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa freqüência	Quase sempre
2		Eu dou e recebo afeto	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa freqüência	Quase sempre
3	Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
4		Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
5	Nutrição	Eu como uma dieta balanceada (ver explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa freqüência	Quase sempre
6		Eu freqüentemente como em excesso 1) açúcar 2) sal 3) gordura animal 4) bobagens e salgadinhos	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
7		Eu estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável	Mais de 8 Kg	8 Kg	6 Kg	4 Kg	2 Kg
8	Tabaco e tóxicos	Eu fumo cigarros	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos
9		Eu uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes				Nunca
10		Eu abuso de remédios ou exagero	Quase diariamente	Com relativa freqüência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
11		Eu ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou coca-cola)	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
12	Álcool	A minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (veja explicação)	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
13		Eu bebo mais de 4 doses em uma ocasião	Quase diariamente	Com relativa freqüência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
14		Eu dirijo após beber	Algumas vezes				Nunca

15	Sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro	Eu durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
16		Eu uso cinto de segurança	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
17		Eu sou capaz de lidar com o stress do meu dia-a-dia	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
18		Eu relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
19		Eu pratico sexo seguro (veja explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
20	Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
21		Eu me sinto com raiva e hostil	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
22	Introspecção	Eu penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
23		Eu me sinto tenso e desapontado	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
24		Eu me sinto triste e deprimido	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
25	Trabalho	Eu estou satisfeito com meu trabalho ou função	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

Grãos e cereais	Frutas e vegetais	Derivados do leite	Carnes e semelhantes	Outros alimentos
Escolha grãos integrais e produtos enriquecidos com maior frequência	Escolha vegetais verde-escuro e alaranjado com maior frequência	Escolha produtos com baixo conteúdo de gordura	Escolha carnes magras, aves e peixes assim como ervilhas, feijão e lentilha com mais frequência.	Outros alimentos que não estão em nenhum dos grupos possuem altos conteúdos de gordura e calorias e devem ser usados com moderação
Porções recomendadas por dia				
05-12	05-10	Crianças (4-9 anos) 2-3 Jovens (10-16 anos) 3-4 Adultos 2-4 Grávidas e amamentando 3-4	02-03	

Notas: Álcool: 1 dose= 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml).
Sexo seguro: Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção.