

**PREVALÊNCIA DA INATIVIDADE FÍSICA
E OUTROS FATORES DE RISCO RELACIONADOS À SAÚDE
NA POPULAÇÃO ADULTA URBANA DE MAFRA**

por

Ademir Flores

Dissertação apresentada à Coordenadoria de Pós-Graduação
em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina
como Requisito Parcial para Obtenção do Título de Mestre em Educação Física

Florianópolis, SC
2002

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

A dissertação: **PREVALÊNCIA DA INATIVIDADE FÍSICA E OUTROS FATORES DE RISCO RELACIONADOS À SAÚDE NA POPULAÇÃO ADULTA URBANA DE MAFRA**

elaborada por: **ADEMIR FLORES**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Curso de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Área de Concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde

Data: 12 de setembro de 2002

Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento
Coordenador do Mestrado em Educação Física

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas – Orientador

Prof. Dr. Sérgio Gregório da Silva

Prof^ª. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte

Prof. Dr. Adair da Silva Lopes - Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à pessoas muito especiais:

Ao meu pai, Getúlio, que foi um homem que me ensinou o caminho da honestidade, da responsabilidade e da dedicação pelo que nos propomos à fazer.

À Carlos Alberto Flores, Nego, meu irmão, que sinto imensa saudade, mas que continua sendo minha referência como educador, como pessoa.

Karen, Pedro Henrique, João Victor minhas jóias raras, razões das minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Universidade do Contestado, Mafra, por ter apoiado a realização desse estudo;

Ao Prof. Markus, que de uma maneira muito especial soube amenizar as dificuldades naturais dessa jornada, um novo amigo, meus sinceros agradecimentos;

A minha mãe dona Chica, que a cada dia me surpreende, superando obstáculos, dando exemplos, demonstrando ser uma pessoa de fibra e ensinando o verdadeiro valor da família;

Aos meus irmãos, Jussara, Almir e Conrado mesmo longe, sempre estiveram preocupados e incentivando;

À Arlete e Edi, que me socorreram quando precisava de auxílio para cuidar dos meus filhos.

Ao André meu sobrinho, que nas minhas viagens, fazia companhia para sua tia e primos;

Aos amigos que ajudaram na coleta e tabulação dos dados, Vivian, Paulo, João, Daine, Jardel, Carlos, Jaqueline, Adriana, Eliane, Keila, Marcelo, Tarcísio, Cláudia;

A Paola, que organizou meu banco de dados, e em especial ao amigo Mauro, pessoa ímpar, sempre disposto e disponível a contribuir, meus sinceros agradecimentos;

Aos Professores, Sérgio Gregório, Maria de Fátima e Adair pelas contribuições nesta nova etapa da minha formação;

Aos Professores do Mestrado, em especial aos professores Adair coordenador do Mestrado Interinstitucional, Juarez Nascimento profissional dedicado e competente e ao Jairo eternamente feliz;

Aos amigos da turma do Mestrado Interinstitucional, em especial, Furquim, Cíntia, João Henrique e Tito por todos os momentos compartilhados.

RESUMO

PREVALÊNCIA DA INATIVIDADE FÍSICA E OUTROS FATORES DE RISCO RELACIONADOS À SAÚDE NA POPULAÇÃO ADULTA URBANA DE MAFRA

Autor: Ademir Flores

Orientador: Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas

O objetivo deste estudo epidemiológico descritivo foi investigar, mediante entrevista domiciliar, a prevalência da inatividade física e outros fatores de risco relacionados à saúde na população adulta residente na área urbana central de Mafra, Santa Catarina. Os dados foram coletados através de um questionário previamente testado em estudo piloto, com informações pessoais demográficas, aspectos do estilo de vida (fumo, álcool e percepção do nível de estresse), nível de atividade física habitual (IPAQ-8), controle do peso e hábitos alimentares. A pesquisa foi desenvolvida na área central do município de Mafra, que é dividida em centro I – Baixada e centro II – Alto de Mafra. A amostra foi selecionada através de amostragem por domicílios, incluindo 612 sujeitos (372 residentes no centro I – baixada, 194 homens e 178 mulheres; 240 no centro II – alto de Mafra, 119 homens e 121 mulheres). Foram utilizados os programas Epi info (versão 6.04b) e SPSS for Windows (versão 10.0) para análise dos dados. Características demográficas: 53,8% eram casados e 37,6% solteiros; 45,3% tinham mais de oito anos de estudo e 63,2% pertenciam aos níveis socioeconômicos A e B. A maioria (83,0%) dos sujeitos consideraram o nível atual de saúde excelente ou bom (saúde positiva). A prevalência de tabagismo foi de 21,3%, sendo que desses, 78,4% fumam diariamente. O consumo de álcool, em qualquer quantidade, foi referido por 51,3% dos respondentes (67% dos homens e 35,6% das mulheres). Apenas 17,4% referiram níveis elevados de estresse. O índice de massa corporal (IMC) foi utilizado para avaliar a prevalência de sobrepeso e obesidade e foi interpretado de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde: 4,2% apresentaram baixo peso (IMC<18.5), 58 % peso normal (IMC entre 18.5 e 24.9), 26% apresentaram sobrepeso (IMC entre 25 e 29.9) e 11,3% são classificados como obesos (IMC≥30). A prevalência de sobrepeso e obesidade foi maior entre os homens. Na avaliação do nível de atividade física, foi utilizado o Questionário Internacional da Atividade Física (IPAQ – versão 8, forma longa, semana típica), mostrou níveis médio elevados, segundo critério do Colégio Americano de Medicina do Esporte e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (ACSM/CDC), 89% atendem ao critério mínimo para a saúde – 450 MET.minuto/semana – considerando as atividades nas quatro dimensões (trabalho, transporte, lar e lazer). O lazer contribuiu com apenas 17% do dispêndio energético total (MET.minuto/semana) e 35,7% referiram não fazer atividade física no lazer. Os resultados demonstraram que a exposição ao fumo é inferior à média nacional. O nível sobrepeso e obesidade foi semelhante a outros estudos, mas com inversão da tendência quanto ao sexo: os homens neste estudo apresentaram IMC superior às mulheres. Identificou-se, nesta amostra, que os homens estão mais expostos ao consumo excessivo de bebidas alcóolicas, fumo, consumo reduzido de frutas e verduras, sobrepeso e obesidade. Nas mulheres, níveis elevados de estresse e inatividade física no lazer foram os fatores de risco mais prevalentes.

Palavras chaves: Promoção da saúde; atividade física; estilo de vida.

ABSTRACT

PREVALENCE OF PHYSICAL INACTIVITY AND OTHER HEALTH-RELATED RISK FACTORS IN THE URBAN ADULT POPULATION OF MAFRA

Author: Ademir Flores

Advisor: Prof. Dr. Markus Vinícius Nahas

The objective of this descriptive epidemiological study was to investigate, by means of home interviews, the prevalence of physical inactivity and other health-related risk factors in the resident adult population in the central urban area of Mafra, Santa Catarina. The data were collected through an interview, previously tested in the pilot study, containing demographic, personal information, lifestyle (tobacco, alcohol, and perception of the stress level), the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-8), weight control and nutrition habits. The research was carried out in the central, urban area of Mafra, that is divided in area I - lowland and area II – upper parts of Mafra. The sample was selected through household, including 612 subjects (372 residents in the area I, 194 men and 178 women; 240 in the center II – upper parts of Mafra, 119 men and 121 women). The programs Epi info (6.04b version) and SPSS for Windows (version 10.0) were used for data analysis. Demographic characteristics: 53.8% of the subjects were married, 37.6% were single; 45.3% had more than eight years of study, and 63.2% belong to the socioeconomic levels A and B. Most of the subjects (83,0%) considered their current level of health as being excellent or good (positive health). The prevalence of smoking was 21.3%, and 78.4% of them smoke daily. The consumption of alcohol, in any amount was referred by 51.3% of the interviewed people (67% of the men and 35.6% of the women). Only 17.4% of them referred to high levels of stress. Body mass index (BMI) was used to evaluate the prevalence of overweight and obesity, according to the World Health Organization criteria. Low weight was reported by 4.2% (BMI <18.5), 58% normal weight (BMI between 18.5 and 24.9), 26% presented overweight (BMI between 25 and 29.9), and 11,3% were classified as obese (BMI ≥30). The prevalence of overweight and obesity was larger among men ($p < 0.05$). The International Physical Activity Questionnaire was used (IPAQ – 8 version, long form, typical week) to assess physical activity levels, which showed, following the ACSM/CDC criteria, that 89% reached the minimum criteria for health - 450 MET.minute/week - considering the activities in the four dimensions (work, transport, home, and leisure). Leisure-time activities only contributed with 17% of the total energy expenditure (MET. minute/week); only 35.7% referred any physical activity during leisure. The results demonstrated that the exposition to the smoking habit is inferior to the national data, overweight and obesity showed an inversion of the tendency concerned with sex: men in this study had higher BMI compared to women. It was concluded from this study that men are more exposed to the excessive consumption of alcoholic beverages, smoking, reduced consumption of fruit and vegetables, and presenting overweight and obesity. Women, on the other hand, referred to high levels of stress and leisure-time physical inactivity.

Key-words: health promotion; physical activity; lifestyle.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE ANEXOS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE FIGURAS	x
Capítulo	
I . INTRODUÇÃO	01
Formulação do Problema	
Questões Investigadas	
Definição de Termos	
II. REVISÃO DA LITERATURA	07
Promoção da Saúde, componentes de risco, o papel do Estilo de Vida	
Atividade Física e Saúde evidência	
Epidemiologia da Atividade Física	
III. MATERIAL E MÉTODOS	14
Caracterização do Estudo	
População e Amostra	
Instrumentos	
Procedimentos para Coleta e Análise de Dados	
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	48

LISTA DE ANEXOS

Anexo	Página
I. Termo de consentimento.....	50
II. Roteiro de entrevista.....	52
III. Estudo Piloto.....	62
IV. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFSC...	64

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1. Composição da amostra.....	15
2. Características sócio-demográficas.....	20
3. Proporção de sujeitos segundo condição socioeconômica, por divisão da área da cidade.....	21
4. Proporção de sujeitos com percepção “excelente” ou boa” do nível atual de saúde.....	22
5. Prevalência de fumantes.....	24
6. Prevalência de fumantes após estratificação por sexo.....	25
7. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas por sexo.....	26
8. Prevalência de níveis elevados de estresse.....	27
9. Características antropométricas relatadas pelo entrevistados no presente estudo	28
10. Proporção de sujeitos por faixa da IMC, segundo variáveis demográficas.....	29
11. Proporção de sujeitos por classificação de IMC e sexo na PPV e PE.....	30
12. Prevalência de sobrepeso ou obesidade por sexo.....	30
13. Proporção de sujeitos por sexo e estado civil, com risco metabólico aumentado	31
14. Proporção de sujeitos com circunferência de cintura superior ao critério recomendável, IMC e circunferência de cintura.....	31
15. Proporção de sujeitos por sexo que não consomem frutas diariamente.....	32
16. Proporção de sujeitos por sexo que não consomem legumes.....	33
17. Proporção de sujeitos por frequência de consumo de alimentos ricos em gordura.....	34
18. Proporção de sujeitos que atendem ao critério mínimo de atividade Física (critério ACSM/CDC: Pate et al., 1995).....	35
19. Prevalência de inatividade física no lazer.....	36
20. Prevalência de inatividade física no lazer estratificação por sexo.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Percepção de saúde “Regular” e “Ruim” por faixa etária e sexo	23
2. Prevalência de sobrepeso/obesidade, Industriários SC x PPV x Presente Estudo	29
3. Contribuição das diferentes formas de atividades físicas (AF) para o dispêndio energético semanal (MET. Minuto/semana).....	34

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Formulação do Problema

Uma das principais características da população humana no século passado, foi o processo permanente de intensas mudanças na sua composição, destacando-se o aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos nas sociedades contemporâneas. Nos países desenvolvidos a expectativa média de vida é de aproximadamente 80 anos e a proporção de idosos já chega a 20% da população. Nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, a expectativa de vida é, em média, de 60 anos, e nos países de extrema pobreza é de 40 anos e a proporção de idosos não ultrapassa 5% (World Bank, 1993). No Brasil, a expectativa de vida dobrou no último século, passando de 34 anos em 1900, para 67 anos (Censo 2000), com previsão de chegar a 72 anos em 2020. Em 1940 a população brasileira com mais de 60 anos correspondia a 4,8% do total; no início dos anos 90, passou a representar 7%, com a previsão de chegar a 14% em 2025 (Veras & Dutra, 1993).

Outro aspecto importante, é que as décadas de 40 e 50 assinalam, na América, o momento da transição do perfil de morbidade das doenças infecciosas e parasitárias para problemas crônicos e degenerativos (Lessa, 1998).

No Brasil, no tocante às causas de morte, o fato mais notável nas últimas décadas tem sido a queda acentuada dos óbitos decorrentes de doenças infecciosas e o grande aumento das “doenças da civilização” (Lessa, 1998), principalmente das doenças cardiovasculares (Bayer & Paula, 1984). Para o país como um todo, as quatro principais causas básicas de óbito são representadas por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), também referidas como crônico-degenerativas (DCD). A de maior incidência tem sido o infarto agudo do miocárdio, seguido da doença cerebrovascular aguda, insuficiência cardíaca e a diabetes.

De um modo geral, as DCNT acometem a população adulta, com 75% dos casos ocorrendo entre os 15 e os 65 anos de idade (Jeniceck & Cleroux, 1987),

período em que estabelecem-se desvios negativos importantes dos hábitos de vida e do comportamento, propiciando a aquisição dos chamados *fatores de risco auto-determinantes* ou do estilo de vida, principais determinantes conhecidos para as doenças crônicas mais comuns na população adulta. Exposições específicas no ambiente de trabalho, também estão associadas às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho. Processos de trabalho diversificados, resultantes da intensa rotatividade da mão de obra, como acontece no Brasil, expõe as pessoas a fatores de risco variados (Possas, 1989). Ainda no ambiente de trabalho, exposições a fatores que acentuam ou interagem com outros preexistentes, propiciam sinergismo dos fatores de risco para algumas doenças, como no caso de ruído excessivo.

Rothman (1981), admite quatro etapas na história natural das doenças crônicas não-transmissíveis, sendo que a primeira se refere ao início da etiologia como “ataque da primeira causa”, ou seja, o momento da aquisição do primeiro fator de risco. As demais etapas sobrepõem-se à anteriormente descrita: início do processo patológico com irreversibilidade (manifestação inevitável da doença); detecção da doença por meio de sinais e sintomas clínicos; resultado da doença, incluindo recuperação, remissão, mudança de gravidade ou morte.

No modelo epidemiológico para doenças crônicas não transmissíveis, no início da década de 70, surgiu o conceito de “Campo de Saúde”, desenvolvido por Lalonde & Lafromboise (1973, 1978), e posteriormente adaptado por Dever, (1984, citado por Lessa, 1998), para análise de políticas de saúde.

O Modelo do Campo de Saúde compõe-se de quatro elementos, a saber: (a) biologia humana (idade, sexo, raça, herança, etc.); (b) estilo de vida (tabagismo, consumo inadequado de álcool, alimento, medicações, inatividade física, etc.); (c) ambiente físico: (ar, água, clima etc.); e social: (escolaridade, nível sócioeconômico, trabalho, etc.); (d) organização do sistema de atenção à saúde - medicina preventiva, curativa, reabilitação, etc. (Dever, 1984, citado por Lessa, 1998).

Cada um dos elementos é constituído por fatores conhecidos e por outros ainda não estudados. Os efeitos cumulativos ou as interações entre estes fatores, determinam a ocorrência e o prognóstico, assim como a morte por DCNT (Lessa, 1998).

A remoção ou reversão da exposição a estes fatores implica na redução da mortalidade, da prevalência e do surgimento mais tardio das patologias em estudo (Bierman, 1980; Levy & Feinleib, 1987). Assim, a intervenção sobre as doenças

crônicas não-transmissíveis tem como uma de suas vertentes a remoção ou diminuição da exposição a fatores de risco.

Enquanto alguns fatores que podem influenciar os comportamentos são difíceis de remover ou reverter, como a hereditariedade, a escolaridade e o nível sócioeconômico, outros são modificáveis através de informações, de experiências agradáveis, do desenvolvimento de habilidades para tais comportamentos e pela redução de barreiras que dificultam ou impedem essas mudanças (Nahas, 2001).

Pesquisas em diversos países, inclusive o Brasil, têm mostrado que o estilo de vida, mais do que nunca, passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades. O estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção de saúde e redução da mortalidade por todas as causas (Nahas, 2001).

Estima-se que pequenos aumentos de atividade física em populações sedentárias, teriam um impacto maior na redução das DCNT do que a redução do tabagismo (U.S. Preventive Service Task Force, 1996). Este impacto decorre do fato de que o sedentarismo associa-se a várias doenças e condições metabólicas adversas, como: obesidade, doença coronariana, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, câncer de cólon, depressão (Bouchard, 1996), perfil lipídico e tolerância à glicose (Duncan, Gordon & Scott, 1991; Kohl, Gordon, Villegas & Blair, 1992).

Embora reconhecida em sua importância para a manutenção da saúde, a atividade física nas sociedades modernas tem sido reduzida ou mantida em níveis abaixo do recomendável, principalmente nos grupos de menor nível sócioeconômico. Nos Estados Unidos, em 1985, 56% dos homens e 61% das mulheres não realizavam nenhuma atividade física de lazer, não tendo havido grande variação destes percentuais na década de 90 (Kriska & Caspersen, 1997).

No mais recente inquérito de âmbito nacional americano (NHANES III - *Third National Health and Nutrition Examination Survey*, 1988-1994), o sedentarismo foi mais freqüente entre as minorias étnicas e raciais. Entre a população branca, 18% referiram não fazer atividade física no tempo de lazer, contra 35% dos negros e 40% dos latinos. Indicadores de classe social não explicaram as diferenças observadas segundo grupo étnico, no referido estudo, tendo sido sugerido que outras variáveis como suporte social, segurança e barreiras ambientais deveriam ser mais exploradas na explicação da inatividade (Crespo, Smit, Andersen, Carter-Pokras & Ainsworth, 2000).

A despeito dos problemas existentes com a metodologia e os instrumentos que medem atividade física habitual, diferentes estudos têm mostrado que o sedentarismo é mais freqüente entre as mulheres, os idosos e nos indivíduos com menor nível de escolaridade (Crespo et al, 2000 ; Miscogoj-Durakovic Misigoj-Durakovic, M., Heimer, S., Matkovic, B. R., Ruzic, L. and Prskalo, I., 2000; MMWR, 2000).

No Brasil, embora várias tentativas tenham sido feitas para determinar o nível de atividade física da população, muitas das informações não são precisas porque os instrumentos não levam em conta as diferentes características dos diversos grupos populacionais, como idade, sexo, origem étnica, nível social e educacional, ou porque a metodologia (e a amostragem) não são adequadas (Nahas, 2001).

Entretanto, as informações existentes indicam que, seguindo a tendência dos dados internacionais, a inatividade física no país parece estar aumentando e, sendo esta condição um fator de risco para patologias importantes, decidiu-se realizar a presente investigação para determinar sua prevalência, fatores determinantes e associação a outros fatores de risco. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral abordar a prevalência da inatividade física e outros fatores de risco relacionados à saúde, as características pessoais e ambientais, como sexo, nível sócioeconômico, dados demográficos e culturais, morbidade referida e variáveis da alimentação na população adulta do município de Mafra, em Santa Catarina.

Questões Investigadas

Esta pesquisa procurou responder às questões a seguir, tendo como população de referência os moradores da região urbana da cidade de Mafra, de ambos os sexos, com idades entre 20 e 64 anos.

- (a) Qual a prevalência da inatividade física nesta população?
- (b) Qual a prevalência de outros fatores de risco à saúde, como: obesidade, alimentação inadequada, percepção de estresse, consumo de cigarros e álcool?
- (c) Qual a condição de saúde referida, doenças diagnosticadas e queixas principais (dores e incapacidades) nesta população?
- (d) Que fatores (demográficos/biológicos, comportamentais ou ambientais) aparecem como determinante da inatividade física?

(e) Qual o grau de associação entre a atividade física habitual e outros comportamentos de risco nesta população?

Definição de Termos

Atividade Física: qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética – portanto voluntária, que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso (Caspersen, C.J.; Powell, K.E. & Christensen, G.M., 1985).

Comportamentos Relacionados à Saúde (CRS): opções e atitudes que definem um estilo de vida pessoal concorrente com melhores índices da saúde e redução dos riscos modificáveis para prevalência de doenças (Barros, 1999).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis(DCNT): são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizados pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pela não-transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade (Lessa, 1998)

Epidemiologia: estudo da distribuição e determinantes de eventos e estados relacionados à saúde em populações humanas e a aplicação desse estudo para controlar problemas de saúde (adaptado de Pereira, 1995).

Estilo de Vida: representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo. Os comportamentos podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas (Nahas, 2001).

Estudos Epidemiológico: são estudos populacionais que investigam a ocorrência de doenças ou comportamentos relacionados à saúde, servindo para avaliação das tendências de saúde num determinado período. Os dados epidemiológicos também servem de base para a identificação de grupos de risco, planejamento e implementação de programas de promoção de saúde (Jekel, J.F.; Elmor, J.G. & Katz, D.L, 1999).

Fatores de Risco: situações ou condições que contribuem para a ocorrência de doenças ou problemas de saúde específicos (Jekel et al., 1999).

Inatividade Física: é definida como níveis de gasto energético de lazer ou ocupacionais (por exemplo, <500 kcal/semana em atividades de lazer - Paffenbarger et al., 1990). Neste estudo definiu-se inatividade física como um gasto energético inferior a 450 MET.minuto/semana (critério ACSM/CDC - Pate, R.R.; Pratt, M.; Blair, S.N.; Haskell; W.L.; Macera, C.A.; Bouchard,C.; Buchner, D.; Ettinger, W.; Heath, G.W.; King, A.C.; Kriska, A.; Leon, A.S.; Marcus, B.H.; Morris, J.; Paffenbarger, R.S.; Patrick, K.; Pollock, M.L.; Rippe, J.M.; Salles, J., & Wilmore, J.H,1995).

Prevalência: é o número de pessoas, em uma determinada população, que tem uma doença específica ou condição em um ponto do tempo, geralmente o tempo em que um inquérito é feito (Jekel, et al., 1999).

Promoção da Saúde: como área de estudo, pode ser considerada como ciência e a arte de ajudar as pessoas a modificarem seu estilo de vida para uma condição ótima de saúde (Nahas, 2001).

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

Promoção da Saúde, Componentes de Risco e o Papel do Estilo de Vida

A preocupação com a promoção da saúde tem suas raízes no movimento sanitário do final do século dezenove e tem integrado sucessivos compromissos internacionais, sejam os especificamente relacionados à questão da saúde, como a Declaração de Alma Ata (1978), a carta de Ottawa (1986), a Conferência de Adelaide (1988), a Declaração de Jacarta (1997) e a Carta de Bogotá (1992), seja relacionados às questões mais amplas de direitos sociais e desenvolvimento sustentável, como a Agenda 21(1992), Carta do Caribe (1993) e a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente, COPASAD (1995).

As discussões sobre promoção à saúde foram iniciadas a partir da década de 70 e consolidadas na Carta de Ottawa, marco referencial, tanto do ponto de vista conceitual, quanto de princípios (Ottawa Charter for Health, 1987). Este documento foi o produto final da I Conferência Internacional sobre Promoção à saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde, em 21 de novembro de 1986, em Ottawa, Canadá.

A Carta de Ottawa define cinco pontos básicos de ações interdependentes para a consecução dos seus objetivos:

- 1) desenvolvimento de políticas saudáveis organizadas pelo setor público,
- 2) reforço à ação comunitária,
- 3) desenvolvimento de habilidades pessoais,
- 4) preocupação com o meio ambiente,
- 5) reorientação dos serviços de saúde.

Estes pontos têm uma dimensão social transformadora e questionadora, que se apoia no desenvolvimento individual e coletivo, na solidariedade e ajuda mútua, destacando a participação e o controle social como fundamentais para implementar e consolidar ações em promoção à saúde.

Green & Raeburn (1988), analisando a definição de Promoção à saúde elaborada na Carta de Ottawa, quer no seu significado epistemológico, quer no ideológico, sugerem que ela expressa, em si, a essência do poder legal de controle a ser exercido pela comunidade, foco pontual de integração e equilíbrio entre o sistema e o indivíduo. O caráter de interdisciplinaridade e de participação torna indispensável práticas cujas responsabilidades devem ser necessariamente compartilhadas por todos profissionais técnicos dos diversos setores envolvidos e a população.

Essas Conferências Internacionais, vêm estabelecendo consensos a respeito da promoção da saúde. Os marcos apontados de promoção de saúde e a tentativa de articulá-los aos movimentos de transformação das políticas de saúde surgidas em países desenvolvidos, pretendem estabelecer pontos de aproximação à realidade brasileira considerando elementos de contexto capaz de estabelecer essas conexões.

No Brasil, a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (MS,1986), muito tem sido falado sobre promoção da saúde. Na realidade brasileira, por mais avanços que se pode ter desde a conferência, com a nova legislação em seu capítulo da saúde, com as Normas Operacionais Básicas do SUS, ainda estão centrados dentro do próprio setor saúde na tentativa de organização dos serviços e na adequação dos recursos disponíveis para o financiamento do sistema.

Os princípios da promoção em saúde caracterizam-se pelo envolvimento das ações no cotidiano da população, focalizando riscos para doença específicas; pelas ações diretas sobre os determinantes ou causas da saúde; pela combinação de diversos métodos complementares, incluindo comunicação, educação, legislação, fiscalização, mudanças organizacionais, desenvolvimento da comunidade e atividades locais espontâneas contra os riscos para a saúde; pela participação efetiva e concreta da população, pela atuação sobre os fatores sociais determinantes da saúde, não somente serviços médicos, mas sim através dos cuidados primários com a saúde, envolvendo profissionais da saúde em geral (WHO,1986).

A promoção de saúde, além de incluir a educação em saúde, que se caracteriza-se por quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, refere-se a mudanças muito mais amplas de ordem estrutural, que incluem ações políticas e econômicas, que dificilmente acontecem nas ações de educação em saúde.

Uma forma de se analisar a qualidade de vida, pode ser através do grau de acesso em cada conceito do campo de saúde determinado pelo ambiente, estilo de vida, biologia humana e serviços de saúde.

Parece não haver mais dúvida de que o hábito de fumar, o consumo de álcool e a obesidade, estes últimos por meio da elevação dos níveis de pressão arterial, são preditores da mortalidade por todas as causas (Kornitzes & Goldberg, 1993). Além destes fatores, também o colesterol sérico, que na maioria das vezes está elevado em função da dieta, prediz a mortalidade por doença coronariana (Keys, 1970).

A ocorrência da maioria das doenças está relacionada com que as pessoas comem e bebem, com suas atividades diárias, e seu ambiente físico e social. Neste caso, a promoção da saúde, a prevenção de algumas enfermidades, ou pelo menos, seu aparecimento mais tardio, poderiam ser alcançados por meio de redução da prevalência destes fatores, que são, teoricamente, passíveis de modificações (Florindo, 1998).

Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimentação, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos naturais, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.

As tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas. Essa mudanças moldam os valores, os estilos de vida durante toda a vida das pessoas e as condições de vida em todo o mundo.

O estilo de vida compreende hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente, individual ou em grupos. Incluem-se entre eles: tabagismo, padrões inadequados de consumo (calorias, álcool, sódio, potássio, medicações, etc.), inatividade física, não utilização de serviços de saúde ou de equipamentos de proteção no setor ocupacional, etc. O estilo de vida pressupõe que o indivíduo tenha controle dos seus hábitos e atitudes. Entretanto as grandes mudanças no padrão de vida dos seres humanos nestes últimos anos, tem levado as pessoas adotarem um estilo de vida pouco saudável, sendo influenciadas pelos

fatores ambientais e comportamentais, este último, o que mais tem afetado a saúde do homem contemporâneo (Floyd et al., 1995, citado Nahas, 2000).

Haskell (1988), demonstrou que o estilo de vida inativo é um importante fator de risco de morte por cardiopatia, acidente vascular cerebral, câncer e diferentes fatores.

Pesquisas demonstram que a adoção de um estilo de vida mais ativo ajudam a controlar e diminuir o sedentarismo e os outros fatores de risco. O estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas (Nahas, 2001, p.12).

Atividade Física e Saúde: Evidências de Associação

A última década do século XX será lembrada pelo reconhecimento da medicina de que a atividade física é vital para saúde do corpo (Wilmore & Costill, 2001). O primeiro reconhecimento da medicina moderna ocorreu em julho de 1992, quando a American Heart Association declarou que a inatividade física colocava as pessoas sobre um maior risco de doença coronariana, junto com o tabagismo, as concentrações séricas anormais de lipídios, a hipertensão como fator de risco (Fletcher et al., 1992). Em 1994, o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* em colaboração com o *American College of Sports Medicine (ACSM)*, realizaram conferência de imprensa para anunciar ao público americano a importância da atividade física como uma iniciativa de saúde pública (Pate et al., 1995). Em julho de 1996, o *Surgeon General* dos Estados Unidos divulgou um relatório sobre os benefícios da atividade física à saúde (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Sendo este relatório fundamental para o reconhecimento da importância da atividade física na redução do risco de doenças crônicas não transmissíveis, o qual concluía que:

1. pessoas da qualquer idade, tanto do sexo masculino quanto do feminino, beneficiam-se com a atividade física regular;
2. benefícios significativos à saúde podem ser obtidos mediante a inclusão de uma quantidade moderada de atividade física (por exemplo, 30 minutos de caminhada acelerada ou de coleta de folhas com um ancinho, 15 minutos de corrida ou 45 minutos de voleibol), na maioria dos dias da semana, quando não em todos. Mediante um aumento discreto da atividade diária, a maioria dos americanos pode melhorar sua saúde e sua qualidade de vida;

3. benefícios adicionais à saúde podem ser obtidos por quantidades maiores de atividade física. As pessoas que conseguem manter um regime regular de atividade de duração mais prolongada ou de intensidade mais vigorosa podem obter maiores benefícios;
4. a atividade física reduz o risco de mortalidade prematura, em geral, e de doença coronariana, hipertensão, câncer do cólon e diabetes mellitus, em particular. A atividade física também melhora a saúde mental, sendo importante para a saúde dos músculos, dos ossos e das articulações;
5. mais de 60% dos americanos adultos não se encontram ativos fisicamente de modo regular. De fato, 25% de todos os adultos são completamente inativos;
6. aproximadamente metade dos jovens americanos, entre 12 a 21 anos de idade, não são vigorosamente ativos de forma regular. Além disso, a atividade física diminui consideravelmente durante a adolescência;
7. a participação diária em aulas de educação física diminuiu, entre os estudantes secundaristas, de 42%, em 1991 para 25% em 1995;
8. a pesquisa sobre a compreensão e a promoção da atividade física encontram-se em seu estágio inicial, mas algumas intervenções para promover a atividade física nas escolas, nos locais de trabalho e nos serviços de saúde foram avaliadas e revelaram ser bem sucedidas.

O fato de a atividade física moderada conferir benefícios à saúde está fundamentada em considerável quantitativo de evidências. Diversos estudos registraram um menor índice de mortalidade por outras causas, em indivíduos engajados na prática regular de atividades físicas moderadas (Morris, J.M.; Clayton, D.G.; Everett, M.G.; I., 1990; Paffenbarger, R.S.; Hyde, R.T.; Wing, R.T.; Wing, A.L., 1986; Blair, S.N.; Kohl, H.W., Paffenbarger, R.S., 1989; Shapiro, S.; Weinblatt, E.; Frank, C.W., 1969).

Pesquisas (ACSM, 2000; Pate, 1995; Tremblay, 1998; Paffenbarger, 1993) mostram que uma atividade física regular resulta em um perfil lipoproteico mais favorável, de um melhor gerenciamento do peso corporal e de um aumento na sensibilidade à insulina. Existem evidências de que em pessoas ativas, a coagulação sanguínea são quebradas muito mais rapidamente quando eles são formados. Uma atividade física regular tende a reduzir a pressão arterial naqueles com pressão elevada e naqueles que são hipertensos limítrofes. Também colabora nos programas de controle de tabagismo e pode melhorar o padrão de gordura aterogênica. Este padrão é caracterizado por um aumento nos depósitos de gordura

mais na região do tronco do que nas extremidades e distribuído internamente ao redor das vísceras ao invés de estar no tecido celular subcutâneo (Skinner, 1997).

A despeito do crescente reconhecimento da importância da atividade física, as informações disponíveis apontam uma elevada prevalência de inatividade física, sobretudo, entre as pessoas de menor nível educacional, menor renda, entre idosos e mulheres. Hooper & Leoni (1996) dedicaram especial atenção a essa questão, procurando explicar alguns motivos para inatividade física na população americana. Dentre as que foram apresentadas, destacam-se: a) ênfase na importância dos exercícios de alta intensidade; b) orientação corrente que induz muitos indivíduos a pensarem que existe apenas uma forma de ser ativo (fazer “exercícios”); c) grande número de sujeitos deixam de se exercitar porque as atividades físicas que iniciaram não atendem aos seus interesses pessoais e ou níveis de habilidade.

O que se pode extrair, do atual estágio do conhecimento sobre a inter-relação atividade física saúde é que estudos epidemiológicos têm demonstrado um efeito protetor, de magnitude variada, da atividade física em relação ao risco de diversas doenças crônicas (Barros, 1999). Em adição outros trabalhos reforçaram as evidências de que baixos níveis de atividade física estão associados a um aumento nas taxas de mortalidade por todas as causas (Pate et al., 1995).

Epidemiologia da Atividade Física

A maioria das pessoas se considera saudável até que apresente alguns sinais claros de uma doença. Nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as cardíacas, grande parte da população não têm consciência de que o processo patológico está progredindo até que ele cause complicações importantes, inclusive a morte (Wilmore & Costill, 2001). A detecção precoce e o tratamento adequado de várias doenças pode reduzir substancialmente a sua gravidade e, freqüentemente, evitar a morte. Mais importante ainda é que a redução dos fatores de risco de uma doença pode, muitas vezes, impedir ou retardar seu início.

Inúmeros artigos de pesquisa (Shephard, 1997; Tremblay, 1998, Pate, 1995) trataram da relação epidemiológica entre a inatividade física e a doença coronariana. Os estudos observaram, em geral, que o risco de infarto do miocárdio entre as populações masculinas sedentárias era aproximadamente de duas a três vezes maior do que aquele dos homens fisicamente ativos, seja nas suas atividades profissionais, seja nas suas atividades esportivas (Powell, 1987). Os estudos iniciais do Dr. Morris et al, realizados na Inglaterra na década de 1950, estão entre os

primeiros a demonstrar essa relação (Morris, 1953, citado por Wilmore & Costill, 2001). Nesses estudos, motoristas de ônibus sedentários foram comparados com os cobradores de ônibus; e a trabalhadores do correio sedentários foram comparados com os carteiros ativos que andavam a pé por seus itinerários. A taxa de mortalidade por doença coronariana foi aproximadamente duas vezes maior no grupo sedentário em comparação com o grupo ativo.

A maioria desses estudos epidemiológicos iniciais ocupou-se exclusivamente da atividade ocupacional. Somente na década de 1970 é que os pesquisadores começaram a investigar também as atividades de lazer.

Powell et al (1987), no CDC (*Center for Disease Control*), em Atlanta, realizaram uma ampla revisão de todos os estudos epidemiológicos publicados sobre a inatividade e a doença coronariana até meado da década de 1980. Observaram que o risco médio relativo de doença coronariana associado à inatividade variava de 1,5 a 2,4, com um valor mediano de 1,9, significando que as pessoas inativas apresentavam quase o dobro de risco em comparação com as pessoas mais ativas. Os pesquisadores observaram que o risco relativo da inatividade física é similar ao risco da doença coronariana. Esses estudos epidemiológicos tiveram um papel importante, em 1992, na decisão da "*American Heart Association*" de declarar que a inatividade física é um fator de risco primário da doença coronariana. No entanto, está igualmente claro, atualmente, que a atividade de baixa intensidade é suficiente para reduzir o risco da doença coronariana, e que os benefícios à saúde não exigem exercícios de alta intensidade.

Também na década de 1990, foi descoberta uma importante relação que sugere um outro benefício substancial do condicionamento e da atividade física. Para pessoas que apresentam sobrepeso ou obesidade, o risco global de morte por uma doença é bastante reduzido se eles forem fisicamente ativos e estiverem condicionados (Chesholm, 1992). Um estilo de vida ativo e níveis moderados a elevados de condicionamento físico podem reduzir bastante o risco de morte por doenças degenerativas crônicas, como a doença coronariana e o diabetes.

Embora estudos como o de Barros (1999), apontem os comportamentos relacionados à saúde e atividades de lazer de trabalhadores na indústria catarinense, ainda existe ausência significativa de dados epidemiológicos da atividade física em Santa Catarina.

CAPÍTULO III

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização do Estudo

Este estudo teve como objetivo analisar, mediante entrevistas domiciliares, a prevalência da inatividade física e outros fatores de risco relacionados à saúde, em indivíduos com idades entre 20 e 64 anos, no município de Mafra, Santa Catarina. A abrangência e a natureza dos dados deste levantamento populacional, associados aos critérios descritos por Thomas & Nelson (1996) e Pereira (1995), configuram o trabalho como um estudo epidemiológico descritivo. Pretende-se com os dados coletados de forma transversal, utilizá-los como base referencial para um acompanhamento de intervenções e mudanças de comportamentos neste grupo populacional.

População e Amostra

Segundo dados do IBGE (Censo,2000) a população da Mafra é composta por 49.940 habitantes (24.978 homens e 24.962 mulheres), 75,5% residem na zona urbana do município.

A cidade de Mafra situa-se ao norte do Estado de Santa Catarina, divisa com o município de Rio Negro, Paraná. A cultura predominante é européia, notadamente alemã, italiana, ucraniana e polonesa. A economia da região tem como principais setores industriais o processamento da madeira, móveis, cerâmica, couro, borracha e vestuário. Na área agrícola Mafra baseia-se no reflorestamento e indústrias voltadas para recursos materiais: milho, soja, aves, leite, mel, fumo e feijão. Em grande ascensão, o turismo rural vem demonstrando potencial, rica em recursos naturais com uma flora bastante diversificada e cachoeiras espalhadas por todo o interior do município.

O levantamento dos dados foi efetuado na área central urbana, que é dividida em duas zonas: Centro I – Baixada com 3.692 moradores, e Centro II – Alto de Mafra com 2498 habitantes.

Utilizou-se uma amostragem domiciliar estratificada, por idade e sexo, considerando um erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%.

A participação dos sujeitos no estudo foi voluntária, mediante consentimento livre e informado, assegurando-se o sigilo das informações individuais. Os dados coletados foram utilizados apenas para divulgação dos resultados neste estudo.

O estudo abrangeu 612 sujeitos, sendo 372 residentes no Centro I – Baixada (194 homens e 178 mulheres); 240 sujeitos no Centro II – Alto de Mafra (119 homens e 121 mulheres), seguindo a proporção entre homens e mulheres determinada no Censo 2000 (IBGE, 2001).

Em cada uma das áreas sorteou-se a amostra em três estágios: a) sorteio da rua; b) sorteio do lado da rua, e c) sorteio do domicílio, conforme tabela 1.

Tabela 1
Composição da Amostra

Área	nº de ruas	Lado da Rua	nº de domicílios
Centro I – Baixada	12	Direito/esquerdo	180
Centro II – Alto de Mafra	18	Direito/esquerdo	250

Foram entrevistados, em cada domicílio selecionado, um ou dois indivíduos, com idade entre 20 e 64 anos, desde que não pertencessem ao mesmo grupo etário.

Instrumentos

Utilizou-se um roteiro de entrevista (anexo II) para coleta dos dados. Antes do início da coleta, foi realizado um treinamento com o pessoal envolvido na aplicação da entrevista. Os entrevistadores foram acadêmicos do curso de Educação Física da Universidade do Contestado, Campus de Mafra. Esse instrumento, previamente testado em estudo piloto (anexo III), foi construído

mediante composição de partes de outros instrumentos utilizados em estudos similares:

- a) The Behavioral Risk Factor Surveillance System – BRFSS (US. Department of Health and Human Services, 1998a);
- b) International Physical Activity Questionary – IPAQ (www.ipaq.ki.se/ipaq);
- c) Questionário do Estilo de Vida e Hábitos de Lazer – Industriários Catarinenses (Barros, 1999);
- d) Carmen/Cindi, (Leparski, F. & Nüssel, E., 1987);
- e) Pesquisa Nutri-EF, UFSC (Nahas et al., 2001).

As partes que compõem o instrumento do presente estudo são:

- a) Informações sócio-demográficas: idade, sexo, número de filhos, estado civil, grupo étnico, escolaridade, trabalho e nível socioeconômico.
- b) Fatores de risco: fumo, consumo de bebidas alcoólicas, controle do estresse, obesidade e alimentação.
- c) Percepção do estado de saúde geral.
- d) Atividade física habitual: no trabalho, como forma de transporte, doméstica, de lazer, e o tempo gasto sentado.

Coleta de Dados

Foram coletadas informações referentes aos fatores genético/biológicos, fatores ambientais e fatores comportamentais, segundo as categorias acima descritas. No Quadro 1 estão as categorias ou unidades das variáveis de estudo e, quando necessário, os respectivos critérios de classificação das medidas.

A pesquisa de campo foi executada no período de dezembro de 2001 à fevereiro de 2002, seguindo o cronograma previamente estabelecido.

Quadro 1

Descrição das variáveis de estudo em categorias/unidades e respectivos critérios de medidas.

a. Sócio-demográficas

Variáveis	Categoria/Unidade	Critério
Idade	Anos completos	Referido
Sexo	Masculino / feminino	Referido
Estado Civil	(1) solteiro (2) casado / vivendo com parceiro (3) viúvo (4) separado / divorciado	Referido
Origem Étnica	(1) Portuguesa (2) Alemã (3) Polonesa (4) Ucraniana (5) Italiana (6) outra	Referido
Massa Corporal/Estatura	Quilograma e metros	Referido/medido quando o entrevistado não sabia
Circunferência da Cintura	centímetros	Medido
Escolaridade	0 – 3 anos 4 – 7 anos ≥ 8 anos	Baseado no número de anos de escolarização formal
Nível sócio-econômico	A,B, C, D, E	Classificação (ABA/ABIPEME)

b. Fatores de Risco à Saúde

Variáveis	Categoria/Unidade	Critério
Fumo	(11) nunca fumei (12) parei há menos de um ano (13) parei há menos de dois anos (14) parei há mais de dois anos (21) sim, diariamente (22) às vezes	Referido
Consumo de bebidas alcoólicas	(1) não (2) sim	Consome bebida alcoólica
IMC (índice de massa corporal)	(1) baixo peso (2) peso normal (3) sobrepeso (4) obesidade	(1) < 18.5 Kg/m ² (2) 18.5 – 24.9 Kg/m ² (3) 25.0 – 29.9 Kg/m ² (4) ≥ 30.0 Kg/m ²
Nível de Estresse	(1) raramente estressado (2) às vezes (3) quase sempre (4) excessivamente	Referido

c. Percepção do Estado de Saúde Geral

Variáveis	Categoria/Unidade	Critério
Percepção do estado de saúde geral	(1) excelente (2) bom (3) regular (4) ruim	Referido

d. Atividade Física (AF) Habitual

Variáveis	Categoria/Funcional	Critério
AF no trabalho	Frequência, duração e intensidade das Atividades	Gasto energético (METs. Minuto/semana)
AF como meio de transporte		
AF em casa		
AF de recreação, esporte, exercício e de lazer		
Tempo gasto sentado		

Análise de dados

Para análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS (versão-10.0). Aplicaram-se os procedimentos da estatística descritiva, distribuição de frequência, cálculo de medidas de tendência central (média) e de dispersão (amplitude de variação, desvio-padrão e intervalo de confiança).

Para análise de associação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste de associação Qui-quadrado (X^2). Para testar diferenças entre médias, utilizou-se a análise de variância simples (ANOVA One-Way). Foi adotado o nível de significância de 5%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para sistematizar a apresentação e discussão dos resultados do presente estudo, este capítulo foi subdividido nas seguintes partes:

1. características sócio-demográficas (idade, número de filhos, estado civil, grupo étnico, escolaridade, trabalho e nível socioeconômico);
2. percepção do nível de saúde, como medida do nível de qualidade de vida relacionada à saúde e condição de saúde referida, doenças diagnosticadas e queixas principais (dores e incapacidades) nesta população;
3. prevalência de fatores de risco à saúde como: tabagismo, consumo de álcool, percepção de estresse, obesidade, alimentação inadequada;
4. fatores determinantes de comportamentos de risco, principalmente da inatividade física; (demográficos/biológicos, comportamentais ou ambientais)
5. qual o grau de associação entre a atividade física habitual e outros comportamentos de risco nesta população.

Características Sócio-demográficas

A amostra do estudo constituiu-se de 612 sujeitos, sendo 51,1% (n=313) homens e 48,9% (n=299) mulheres.

A média de idade entre os homens foi de 36,69 anos (DP=12,75) e das mulheres 35,9 anos (DP=12,87). Outras características estão na tabela 2.

Na análise dos resultados, a idade foi considerada como variável contínua, entretanto, quando pertinente, utilizou-se a categorização dos dados em três grupos etários. A análise de variância simples (ANOVA One-Way), não foi significativa.

Tabela 2
Características sócio-demográficas

Variável	%	n
Sexo		
Homens	51,1	313
Mulheres	48,9	299
Idade (anos)		
20 – 34	49,8	305
35 – 50	31,7	194
50 – 64	18,5	113
Número de Filhos		
Não tem filhos	27,6	169
1 – 2 filhos	38,2	234
3 – 4 filhos	14,6	89
> 4 filhos	4,8	29
Estado Civil		
Solteiro	37,6	230
Casado/vivendo com parceiros	53,8	329
Viúvo	3,6	22
Separado/divorciado	5,1	31
Grupo Étnico*		
Português	22,9	140
Alemão	41,8	256
Polonês	21,4	131
Ucraniano	9,6	59
Italiano	22,2	136
Outro	8,2	50
Escolaridade		
0 – 3 anos	16,7	102
4 – 7 anos	38,0	232
≥ 8 anos	45,3	277
Trabalho		
Remunerado ou voluntário	76,6	467
Não trabalha	23,4	143
Nível sócio econômico (ABA/ABIPEME)		
A	10,3	63
B	52,9	324
C	28,8	176
D/E	8,0	49

* 24,5% (150) dos sujeitos referiram mais de uma origem étnica.

Indicadores Sócio-econômicos

A maioria dos sujeitos reside em casa própria 81,9% (n=501). Dos sujeitos investigados, em relação à posse de bens, observou-se que aproximadamente 97,7% dos sujeitos possuem televisão à cores, 97,9% tem rádio, 89,2% tem máquina de lavar roupas, 75,3% possuem carro, 99,2% tem geladeira, e apenas 14,5% tem empregada doméstica mensalista.

A distribuição dos sujeitos segundo a condição socioeconômica (critério ABA/ABIPEME), por divisão da área da cidade está descrita na tabela 3.

Tabela 3

Proporção de sujeitos segundo condição socioeconômica, por divisão da área da cidade, %(n)

Classificação sócio-econômica	Divisão da área da cidade	
	Centro I Baixada	Centro II Alto de Mafra
A	8,6(32)	12,9(31)
B	49,7(185)	57,9(139)
C	33,3(124)	21,7(52)
D/E	8,4(31)	7,5(18)

Percepção do Nível de Saúde

A percepção do nível de saúde (condição de saúde referida) foi avaliada considerando uma escala Likert de quatro pontos (excelente, bom, regular e ruim).

Em geral, os sujeitos, classificam o seu estado de saúde atual como sendo “bom” (63,4%; n=388). Aproximadamente 19,6% (n=120) julgaram o seu estado de saúde “excelente”, 15,8% (n=97) classificaram como regular e apenas 1,1% (n=7) o consideram “ruim”. Assim, observou-se que 83% dos sujeitos avaliam positivamente seu estado de saúde atual (tabela 4).

Esses resultados são semelhantes ao relatório da Pesquisa de Padrão de Vida - PPV (IBGE, 1998), segundo o qual 80% da população das regiões Sudeste e Nordeste do país consideram seu estado de saúde atual como sendo “bom” ou “muito bom”. Índice semelhante foi encontrado em levantamento realizado por Barros (1999) com trabalhadores da indústria de Santa Catarina, 85,2% tem a percepção de saúde positiva (excelente, boa).

A percepção do estado atual de saúde (positiva ou negativa) foi significativamente associada ($p < 0,05$) às variáveis idade, escolaridade e nível

socioeconômico. A proporção de sujeitos que classificam o estado de saúde como excelente ou bom reduziu com a idade, escolaridade e nível socioeconômico.

Tabela 4
Proporção de sujeitos com percepção “excelente” ou “boa” do nível atual de saúde

Variável	%	(n)	χ^2
Sexo			
Homens	84,7	265	1,24
Mulheres	81,3	243	(p=0,26)
Idade (anos)			
20 – 34	88,9	271	29,59 *
35 – 50	83,5	162	(p<0,01)
50 – 64	66,4	75	
Estado Civil			
Casado/vivendo com parceiros	81,5	268	1,20
Outros	84,8	240	(p=0,27)
Área da Cidade			
Centro I – Baixada	82,3	306	0,37
Centro II – Alto de Mafra	84,2	202	(p=0,53)
Escolaridade			
0 – 3 anos	66,7	68	25,14 *
4 – 7 anos	83,6	194	(p<0,01)
≥ 8 anos	88,4	245	
Nível socioeconômico			
A	85,7	54	17,58 *
B	87,7	284	(p<0,01)
C	77,8	137	
D,E*	67,34		

* apenas 2 sujeitos pertencem ao nível sócio-econômico “E”

* p<0,05

A figura 1 demonstra uma tendência de aumento na proporção de sujeitos com percepção de saúde “regular” / “ruim” associada ao avanço da idade, independente de sexo, sobretudo no grupo com idade entre 50 a 64 anos.

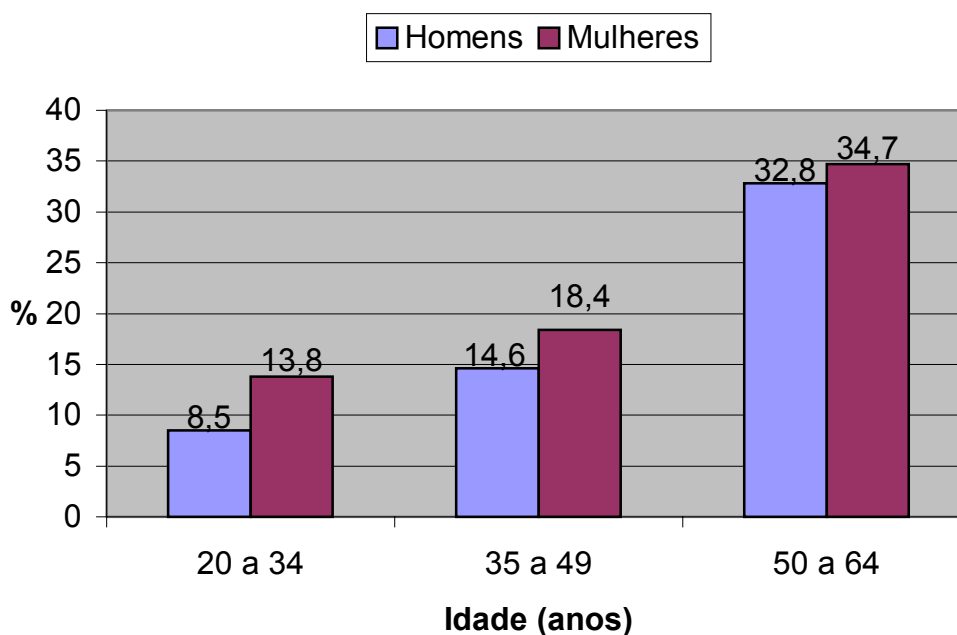


Figura 1 Percepção de saúde “Regular” e “Ruim” por faixa etária e sexo

Além da condição de saúde referida, os sujeitos informaram sobre doenças diagnosticada e queixas principais de saúde. Os maiores de 50 anos de idade (30%), casados (15%), residentes no Centro I – Baixada (15%) e as mulheres (14%) indicaram que tinham algum tipo de problema (incapacidade e limitação), que dificultavam a sua vida diária. Identificou-se que, dos respondentes que referiram ter doença diagnosticada por um médico, 3,8%(n=23) têm artrite, 1,6%(n=10) câncer, 3,8%(n=23) diabetes, 15%(n=92) pressão alta, 5,2%(n=32) referiram ter problema cardíaco e 1,8%(n=11) acidente vascular cerebral (AVC).

Comportamentos Relacionados à Saúde

No presente estudo, analisou-se a exposição dos sujeitos a três fatores comportamentais de risco à saúde, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e estresse.

Tabagismo

O fumo é um fator de risco perigoso, primário e com efeito de longo prazo, principalmente para as pessoas com menos de 50 anos e especialmente, no que se refere ao surgimento de doença coronária. Nos Estados Unidos, é causa líder de morte prematura (McGennis & Forge, 1993).

Na amostra pesquisada identificou-se uma prevalência de exposição ao fumo de 21,3% (n=130), sendo que, 16,7 % (n=102) fumam diariamente, e, em média o consumo é de 12,39 cigarros por dia (DP=8,53; IC=95%: 11,89-12,89). Entre os não fumantes, observou-se que 63,9% (n=390) nunca fumaram; 2% (n=12) pararam há menos de um ano, 1,0% (n=06) pararam há menos de dois anos e 11,8% (n=72) pararam há mais de dois anos (tabela 5).

Verificou-se que a exposição é inferior à prevalência nacional (39%) e, também menor que os (37, 9%), verificados por Rego, R.A., Berardi, F.A.N. Rodrigues, S.S.R. , (1990). Entretanto os números entre os sujeitos da pesquisa são semelhantes à prevalência de fumantes (22%) entre trabalhadores da Universidade Federal de Santa Catarina (Nahas et al.,1997) e entre industriários catarinenses (20,7%) (Barros,1999).

A proporção de fumantes foi maior entre os homens, (23,7%) do que entre as mulheres (18,9%). Observou-se que o hábito de fumar, independente do sexo, foi significativamente ($p < 0,05$) mais prevalente no grupo com idade de 35 e 50 anos.

Tabela 5
Prevalência de fumantes

Variável	%	(n)	χ^2
Sexo			
Homens	23,7	74	13,29 *
Mulheres	18,8	56	($p < 0,05$)
Idade (anos)			
20 – 34	21,3	65	90,91 *
35 – 50	27,3	53	($p < 0,01$)
50 – 64	10,8	12	
Estado Civil			
Casado/vivendo com parceiros	22,8	75	30,03 *
Outros	19,5	55	($p < 0,01$)
Área da Cidade			
Centro I – Baixada	20,3	75	10,92 *
Centro II – Alto de Mafra	22,9	55	($p < 0,05$)
Escolaridade			
0 – 3 anos	29,0	29	48,78 *
4 – 7 anos	19,4	45	($p < 0,01$)
≥ 8 anos	20,2	56	
Nível socioeconômico			
A	22,2	14	66,59 *
B	19,8	64	($p < 0,01$)
C	25,3	44	
D,E	17,0	8	

* $p < 0,05$

Os dados indicam, portanto, que o tabagismo é mais prevalente entre os casados, de menor escolarização e os pertencentes ao nível socioeconômico “C”. Números semelhantes aos encontrados por Barros (1999). Os resultados após estratificação por sexo %(n) estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6
Prevalência de fumantes após estratificação por sexo, %(n)

Variável	Homens	χ^2	Mulheres	χ^2
Idade (anos)				
20 – 34	22,9 (35)	65,44 *	19,7 (30)	35,30 *
35 – 50	34,3 (33)	(p<0,01)	20,4 (20)	(p<0,01)
50 – 64	9,5 (6)		12,5 (6)	
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	26,8 (50)	26,35 *	17,7 (25)	7,74
Outros	19,2 (24)	(p<0,01)	19,8 (3,1)	(p=0,17)
Área da Cidade				
Centro I – Baixada	22,3 (43)	10,45	18,1 (32)	10,89 *
Centro II – Alto de Mafra	26,0 (31)	(p=0,06)	19,8 (24)	(p=0,05)
Escolaridade				
0 – 3 anos	26,2 (11)	24,29 *	31,0 (18)	40,26 *
4 – 7 anos	22,3 (29)	(p<0,01)	15,7 (16)	(p<0,01)
≥ 8 anos	24,2 (34)		16,1 (22)	
Nível socioeconômico				
A	26,7 (8)	65,51 *	18,2 (6)	14,52
B	18,1 (32)	(p<0,01)	15,6 (23)	(p=0,48)
C	27,8 (22)		23,1 (22)	
D,E	12,5 (3)		21,7 (5)	

* p<0,05

As pessoas que estão em maior proporção expostas ao fumo são os homens dos 35 aos 50 anos de idade, as pessoas com menor escolaridade, e com nível sócio-econômico “C” (homens 27,87% e mulheres 23,1%).

Consumo de Bebidas Alcoólicas

Pesquisas têm demonstrado que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas provocam efeitos adversos agudos e crônicos à saúde.

Verificou-se que a prevalência de pessoas que ingerem bebidas alcoólicas é de 51,6% (n=315), que 41,31% (n=252) referiram ter consumido entre uma a quatorze doses nos últimos sete dias, e apenas 4% (n=25) informaram ter consumido mais de quatorze doses. A maior proporção está entre os homens 67,0% (n=209), enquanto o percentual da mulheres foi 35,6% (n=186) (tabela 7).

Entre os homens, 38,5% (n=120) referiram não ter ingerido nenhuma dose nos últimos sete dias, 53,8% (n=168) referiram ter ingerido entre uma à quatorze doses, e, apenas 7,7% (n=24) admitiu ter consumido mais de quatorze doses na semana. Entre as mulheres, observou-se que 71,5% (n=213) não ingeriu nenhuma dose, 28,2% (n=84) teve um consumo entre uma a quatorze doses e, somente 0,3% (n=1) relatou consumo superior a quatorze doses.

Foram considerados alcoolistas em potencial aqueles que referiram ingerir mais de quatorze doses por semana. Esse procedimento é compatível com a metodologia empregada em grandes levantamentos de dados.

Os resultados são superiores aos encontrados nos estudos de Rego et al., (1990) e Barros (1999).

Tabela 7

Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas por sexo %(n).

Variável	Homens	χ^2	Mulheres	χ^2
Idade (anos)				
20 – 34	69,3 (106)	3,29	46,1 (70)	18,19 *
35 – 50	62,5 (60)	(p=0,51)	28,6 (28)	(p<0,05)
50 – 64	68,3 (43)		16,7 (8)	
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	70,1 (131)	2,86	29,1 (41)	6,01 *
Outros	62,4 (78)	(p=0,23)	41,4 (65)	(p<0,04)
Área da Cidade				
Centro I – Baixada	62,2 (120)	5,65 *	37,9 (67)	1,75
Centro II – Alto de Mafra	74,8 (89)	(p=0,05)	32,2 (39)	(p=0,41)
Escolaridade				
0 – 3 anos	47,6 (20)	10,24 *	13,8 (8)	18,71 *
4 – 7 anos	70,0 (91)	(p<0,03)	29,4 (30)	(p<0,01)
≥ 8 anos	70,0 (98)		49,6 (68)	
Nível socioeconômico				
A	60,0 (18)	16,78 *	33,3 (11)	18,80 *
B	75,1 (133)	(p<0,05)	43,5 (64)	(p<0,05)
C	54,2 (13)		13,0 (3)	
D,E				

* p<0,05

Observou-se que os sujeitos com idade entre 20 e 34 anos, com mais anos de estudos e os homens de maior nível socioeconômico estão em maior proporção expostos a um consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Nível de estresse

Identificou-se uma prevalência de 17,4% (n=106) de sujeitos com níveis elevados de estresse. A maior parte dos sujeitos 57,4% (n=350) às vezes sente-se

estressado, mas vivendo razoavelmente bem e 25,2% (n=154) relataram que raramente se sentem estressados. Na divisão da cidade por área encontramos no Centro II – Alto de Mafra uma maior concentração de pessoas que às vezes encontram-se estressados 62,1% (n=149), o mesmo ocorrendo com 54,3% (n=201) dos residentes no Centro I – Baixada.

Tabela 8

Prevalência de níveis elevados de estresse, por sexo %(n)

Variável	Homens	χ^2	Mulheres	χ^2
Idade (anos)				
20 – 34	19,6(30)	11,52	11,9(18)	21,82 *
35 – 50	16,7(16)	(p=0,07)	21,4(21)	(p<0,01)
50 – 64	11,1(7)		29,2(14)	
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	18,7(35)	10,77 *	21,3(30)	2,41
Outros	14,4(18)	(p<0,01)	14,7(23)	(p=0,49)
Área da Cidade				
Centro I – Baixada	18,6(36)	14,21 *	14,7(26)	2,98
Centro II – Alto de Mafra	14,3(17)	(p<0,01)	22,4(27)	(p=0,39)
Escolaridade				
0 – 3 anos	11,9(5)		31,0(18)	
4 – 7 anos	12,3(16)	8,63	10,8(11)	15,77 *
≥ 8 anos	22,9(32)	(p=0,19)	16,8(23)	(p<0,01)
Nível socioeconômico				
A	30,0(9)		15,2(5)	
B	11,9(21)	20,28	15,6(23)	7,81
C	22,8(18)	(p=0,06)	18,9(18)	(p=0,55)
D,E	10,6(5)		30,4(7)	

* p<0,05

Verificou-se que as mulheres com idade entre 50 e 64 anos, baixo nível socioeconômico e com baixa nível de escolaridade, e, os homens casados, residentes no Centro I – Baixada referiram níveis elevados de estresse (tabela 8).

Controle da Massa Corporal e Hábitos Alimentares

A maioria das pesquisas produzidas nos últimos dez anos no Brasil apontaram para o crescimento da prevalência da obesidade em todas as regiões do país, nas diferentes classes sociais e atingindo de forma importante a população mais pobre (Anjos, Silva & Serrão, 1992; Mondeni & Monteiro, 1994; Sichieri, R., Coitinho, P.C.; Leão, M.M.; Recine, E.; Everhart, J., ; Monteiro Yunes & Torres, 1995).

O índice de massa corporal (IMC) tem sido uma medida amplamente utilizada em estudos populacionais para verificar se a massa corporal (peso) de uma pessoa está dentro do recomendável à saúde. A tabela 9 mostra as características antropométricas relatadas pelos sujeitos envolvidos neste estudo.

Tabela 9

Características antropométricas relatadas pelos entrevistados no presente estudo

Variável	Homens		Mulheres	
	Média (DP)	IC 95% (n)	Média (DP)	IC 95% (n)
Massa Corporal(kg)	77,1 (15,2)	75,37-78,76 (313)	61,7 (10,4)	60,55-62,92 (299)
Estatura(m)	1,73 (7,96)	1,72-1,74 (313)	1,62 (6,28)	1,61-1,63 (299)
IMC(kg/m ²)	25,55 (4,62)	25,03-26,06 (313)	23,41 (4,18)	22,94-23,89 (299)

No presente estudo, o Índice de Massa Corporal (IMC) foi empregado a fim de estimar a prevalência de sobrepeso (IMC de 25 a 29.9 kg/m²) e obesidade (IMC a partir de 30kg/m²). Foram os seguintes os resultados encontrados: 4,2% (n=26) apresentaram baixo peso (IMC<18.5 kg/m²); 58% (n=355) apresentaram peso normal (IMC entre 18.5 e 24.9 kg/m²); 26% (n=159) apresentaram sobrepeso, e, 11,3% (n=69) eram obesos. Observou-se entre as mulheres mais jovens (até 34 anos), uma proporção surpreendente de baixo peso: 11,2%, com destaque entre as mulheres de nível socioeconômico mais alto (12,1%). Essas médias são superiores às médias da Pesquisa de Padrão de Vida (IBGE, 1998).

A proporção de sujeitos com sobrepeso ou obesidade foi semelhante aos estudos de Barros (1999) e PPV (1998), (figura 2).

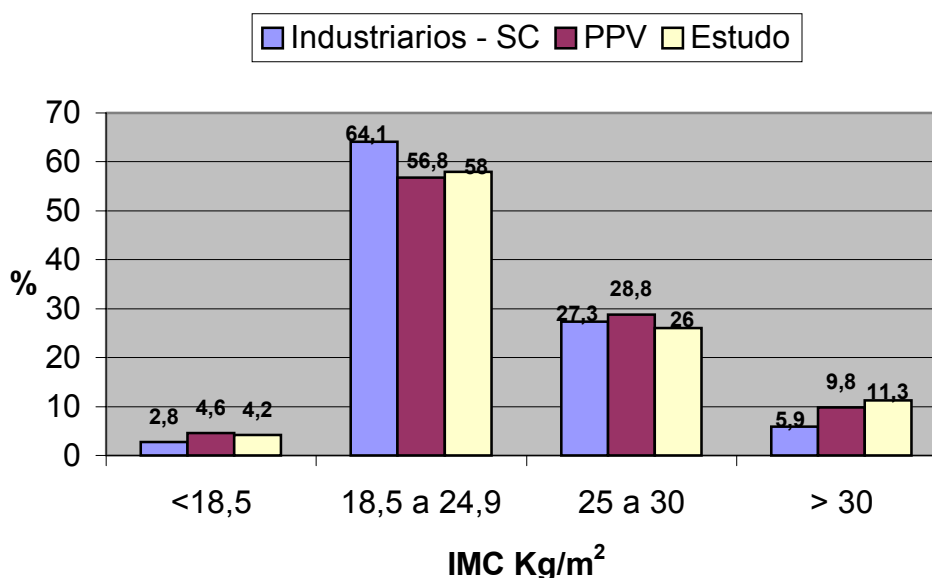


Figura 2 Prevalência de sobrepeso/obesidade (Industriários SC x PPV x Maфра)

Tabela 10

Proporção de sujeitos por faixa de IMC, segundo variáveis demográficas, %(n)

Variável	IMC			
	<18.5	18.5-24.9	25.0-29.9	≥ 30
Sexo				
Homens	1,6(5)	53,4(167)	29,4(92)	15,7(49)
Mulheres	7,4(22)	62,9(188)	22,7(68)	7,0(21)
Idade (anos)				
20 – 34	6,9(21)	68,2(208)	19,7(60)	5,2(16)
35 – 50	1,5(3)	52,1(101)	29,4(57)	17,0(33)
50 – 64	2,7(3)	40,7(46)	38,1(43)	18,6(21)
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	2,4(8)	50,8(167)	31,3(103)	15,5(51)
Outros	6,7(19)	66,4(188)	57,0(20,1)	6,7(19)
Área da Cidade				
Centro I – Baixada	3,5(13)	59,7(222)	26,3(98)	10,5(39)
Centro II – Alto de Maфра	5,8(14)	55,4(133)	25,8(62)	12,9(31)
Escolaridade				
0 – 3 anos	2,9(3)	46,1(47)	30,4(31)	20,6(21)
4 – 7 anos	3,4(8)	58,2(135)	24,6(57)	13,8(32)
≥ 8 anos	5,8(16)	62,1(172)	26,0(72)	6,1(17)
Nível socioeconômico				
A	6,3(4)	60,3(38)	31,7(20)	1,6(1)
B	4,9(16)	56,5(183)	26,9(87)	11,7(38)
C	2,3(4)	59,7(105)	25,0(44)	13,1(23)
D,E	6,1(3)	59,1(29)	18,3(9)	16,3(8)

A proporção entre o presente estudo e a pesquisa de padrão de vida (IBGE,1998), foi semelhante, tendo a obesidade apresentada uma proporção superior a PPV.

Tabela 11

Proporção de sujeitos por classificação do IMC e sexo na PPV (pesquisa de padrão de vida) e na população de Mafra, SC - %(n)

IMC (kg/m ²)	Homens		Mulheres	
	PPV	MAFRA	PPV	MAFRA
Baixo peso < 18,5	3,0	1,6 (5)	6,0	7,4 (22)
Adequado: 18,5 – 24,9	58,7	53,4 (167)	55,3	62,9 (188)
Sobrepeso: 25 – 29,9	31,3	29,4 (92)	26,5	22,7 (68)
Obesidade: ≥ 30	7,0	15,7 (49)	12,2	7,0 (21)

Na estratificação por sexo identificou-se prevalência de obesidade superior a da PPV (IBGE,1998), nos homens do presente estudo. Com maior proporção entre os casados e com idade superior a 50 anos.

Tabela 12

Prevalência de sobrepeso ou obesidade por sexo, %(n)

Variável	Homens	χ^2	Mulheres	χ^2
Idade (anos)				
20 – 34	34,6(53)	19,23 *	15,2(23)	39,38 *
35 – 50	52,1(50)	(p<0,01)	40,8(40)	p<0,01
50 – 64	59,4(38)		53,1(26)	
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	53,7(101)	16,79 *	37,6(53)	9,37 *
Outros	32,0(40)	(p<0,01)	22,8(36)	(p<0,05)
Área da Cidade				
Centro I – Baixada	36,8(137)	4,69	27,5(49)	1,61
Centro II – Alto de Mafra	48,7(93)	(p=0,19)	33,1(40)	(p=0,65)
Escolaridade				
0 – 3 anos	48,8(21)	11,61	52,6(31)	24,91 *
4 – 7 anos	46,1(60)	(p=0,07)	28,4(29)	(p<0,01)
≥ 8 anos	42,9(60)		21,2(29)	
Nível socioeconômico				
A	53,3(16)	19,63	19,2(5)	10,93
B	46,8(83)	(p=0,07)	28,5(42)	(p=0,28)
C	41,3(33)		35,4(24)	
D,E	34,6(9)		34,8(8)	

* p<0,05

A prevalência de sobrepeso e obesidade, mostrou-se significativamente associada $p < 0,05$ às variáveis, idade, estado civil, independente de sexo.

O acúmulo excessivo de gordura abdominal está associada ao aumento do risco de doença cardíaca coronariana, em função de diversas complicações metabólicas como: intolerância à glicose, diabetes e alterações nas concentrações de lipídios e lipoproteínas plasmáticas (Després & Pouliot, 1991).

Tabela 13

Proporção de sujeitos por sexo e estado civil, com risco metabólico aumentado, %(n)

Variável	Homens	χ^2	Mulheres	χ^2
Idade (anos)				
20 – 34	9,8(15)	23,26 *	13,2(20)	34,09 *
35 – 50	18,8(18)	$p < 0,01$	29,6(29)	$p < 0,01$
50 – 64	37,5(24)		54,2(26)	
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	23,9(45)	10,36 *	31,4(44)	5,49 *
Outros	9,6(12)	$p < 0,05$	19,6(31)	$p < 0,05$

A circunferência de cintura igual ou superior a 102 cm para homens e 89 cm para mulheres é um preditor de risco metabólico (Nieman,1999). Entre os homens do presente estudo (45%,n=141), apresentaram sobrepeso ou e circunferência de cintura igual ou maior que 102 cm. Entre as mulheres a proporção de IMC superior a 25 kg/m² e circunferência de cintura maior ou igual a 89 cm foi de 30% (n=89).

Tabela 14

Proporção de sujeitos com circunferência de cintura superior ao critério recomendável Índice de massa corporal e circunferência de cintura, %(n)

IMC (kg/m²)	Homens		Mulheres	
	%(n)	χ^2	%(n)	χ^2
Baixo Peso: < 18,5	---		---	
Peso normal: 18,5 – 24,9	---	140,06	9,1(17)	126,38
Sobrepeso: 25 – 30	22,8(21)	$p < 0,01$	54,4(37)	$p < 0,01$
Obesidade: > 30	73,5(36)		100 (21)	

Regularidade das Refeições

A regularidade das refeições, variedade dos alimentos consumidos e o consumo reduzido de gorduras constituem importantes atributos de uma alimentação saudável. Neste estudo observou-se que 41,3% (n=252) referiram que sempre realizam as três principais refeições; 65,8% (n=403) tomam o café da manhã, 92,6% (n=567) sempre almoçam, 59,8% (n=365) jantam regularmente e que entre as refeições intermediárias (lanches), o da tarde com 46,5% (n=283) é o mais presente. A frequência de refeições realizadas foi significativamente diferenciada em sujeitos casados/vivendo com parceiros.

Hábitos Alimentares

Verificou-se que 5,7% (n=35) não consomem frutas diariamente e 59,3% (n=360) tem consumo irregular/eventual, 7,4%(n=46) não comem verduras, 52,2% (n=319) não as consomem de forma regular.

Tabela 15

Proporção de sujeitos que não consomem frutas diariamente, após estratificação por sexo %(n)

Variável	Homens	χ^2	Mulheres	χ^2
Idade (anos)				
20 – 34	7,8(12)	16,77 *	5,5(9)	16,77 *
35 – 50	36,0(9)	(p<0,05)	---	(p<0,05)
50 – 64	6,3(4)		3,3(10)	
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	9,0(17)	9,23 *	2,8(4)	11,09 *
Outros	6,4(8)	(p<0,05)	3,8(6)	(p<0,05)
Área da Cidade				
Centro I – Baixada	8,2(16)	4,63	3,9(7)	0,63 *
Centro II – Alto de Mafra	7,6(9)	(p=0,09)	2,5(3)	(p<0,05)
Escolaridade				
0 – 3 anos	20,9(9)	16,51 *	1,7(1)	10,2 *
4 – 7 anos	8,5(11)	(p<0,05)	3,9(4)	(p<0,05)
≥ 8 anos	3,6(5)		8,0(25)	
Nível socioeconômico				
A,B	1,7(11)	15,19 *	1,4(9)	9,56
C	12,5(10)	(p<0,05)	---	(p=0,14)
D	16,7(4)		4,3(1)	
E				

* p<0,05

Com relação ao consumo de legumes, 61,0% consomem de forma irregular/eventual e 5,9% (n=36) não comem legumes.

Tabela 16
Proporção de sujeitos por sexo que não consomem legumes %(n)

Variável	Homens	χ^2	Mulheres	χ^2
Idade (anos)				
20 – 34	12,4(19)	12,07 *	4,6(7)	4,47
35 – 50	3,1(3)	(p<0,05)	3,1(3)	(p=0,35)
50 – 64	4,7(3)		2,0(1)	
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	6,4(12)	2,407	2,9(4)	0,647
Outros	10,4(13)	(p=0,30)	4,5(7)	(p=0,72)
Área da Cidade				
Centro I – Baixada	8,8(17)	1,56	2,8(5)	1,095
Centro II – Alto de Mafra	6,7(8)	(p=0,45)	5,0(6)	(p=0,58)
Escolaridade				
0 – 3 anos	9,3(4)	4,73	3,4(2)	1,75
4 – 7 anos	6,9(9)	(p=0,31)	4,9(5)	(p=0,78)
≥ 8 anos	8,6(12)		2,9(4)	
Nível socioeconômico				
A	10,0(3)	19,12 *	0,4(3)	11,05
B	5,1(9)	(p<0,05)	6,3(6)	(p=0,09)
C	8,8(7)		8,7(2)	
D,E	25,0(6)		---	

O refrigerante, apontado no Estudos Multicêntrico sobre o Consumo Alimentar (Ministério da Saúde, 1997) como um dos 20 itens que mais pesam no valor calórico da dieta, é consumido diariamente por 10,5% (n=65) dos sujeitos. Com relação aos alimentos ricos em açúcares simples, como doces e bolos, 67% (n=409) referiram consumir esses alimentos de forma irregular/eventual, 15,9% (n=97) consomem diariamente. A tabela 17 apresenta a proporção de sujeitos entrevistados por frequência de consumo de alimentos ricos em gorduras.

Tabela 17

Proporção de sujeitos por frequência de consumo de alimentos ricos em gorduras
%(n)

Alimento	Frequência de consumo	
	Diário	Irregular/eventual
Pizza/queijos	4,2% (10)	68,4% (417)
Salgadinhos fritos	3,8% (23)	64,5% (394)
Carne bovina	32,9% (200)	64,3% (391)

Nível de Atividade Física Habitual

Para avaliar o nível de atividade física habitual utilizou-se o Questionário Internacional da Atividade Física (IPAQ – versão 8, forma longa, semana típica).

A figura 3 apresenta a contribuição das diferentes formas de atividades físicas para o dispêndio energético semanal (MET. minuto/semana) obtida neste estudo.

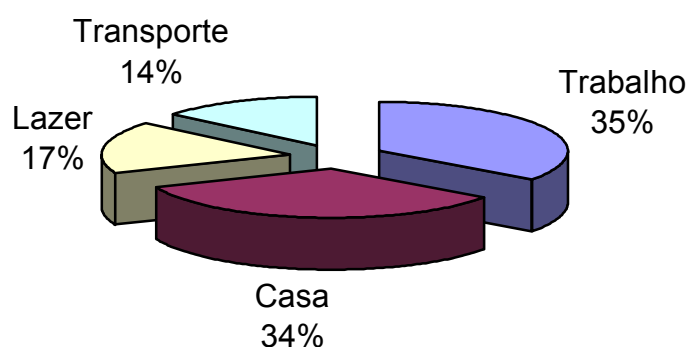


Figura 3 Contribuição das diferentes formas de atividades físicas (AF) para o dispêndio energético semanal (MET. minuto/semana)

Verificou-se que o dispêndio em atividade física no trabalho (2.890,65 MET. minuto/semana; DP=6.901,47) e em casa (2.824,79 MET.minuto/semana; DP=3.947,72), são os que mais contribuem para o total do gasto energético nas

atividades físicas habituais dos entrevistados. As atividades físicas no lazer (1.429,27 MET.minuto/semana; DP= 2.702,18) e no transporte (1.215,98 MET.minuto/semana; DP=2.286,73) são as atividades que menos contribuem em relação ao total do gasto energético, nas atividades físicas habituais (8.156,52 MET.minuto/semana; DP=10.605,16). Neste estudo observou-se que as atividades físicas de lazer contribuem com 17% do total das atividades físicas realizadas.

Utilizou-se os critérios do Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), (Pate et al., 1995), para interpretar o nível de atividade física habitual, classificando como suficientemente ativos os sujeitos que tem um gasto energético igual ou superior a 450 MET.minuto/semana. A partir desse critério 89,9% (n=427) foram classificados como suficientemente ativos, considerando as atividades físicas habituais nas quatro dimensões (trabalho, transporte, lar e lazer), mais detalhes na tabela 18.

Tabela 18

Proporção de sujeitos que atendem o critério mínimo de atividade física (critério ACSM/CDC: Pate et al., 1995)

Variável	%	N	χ^2
Sexo			
Homens	91,1	234	0,824
Mulheres	88,5	193	(p=0,36)
Idade (anos)			
20 – 34	90,1	228	1,540
35 – 50	91,9	113	(p=0,46)
50 – 64	86,9	86	
Estado Civil			
Casado/vivendo com parceiros	89,3	217	0,193
Outros	90,5	210	(p=0,66)
Área da Cidade			
Centro I – Baixada	92,0	300	5,189 *
Centro II – Alto de Mafra	85,2	127	(p<0,05)
Escolaridade			
0 – 3 anos	94,7	71	2,393
4 – 7 anos	88,3	159	(p=0,30)
≥ 8 anos	89,5	197	
Nível socioeconômico			
A	77,8	35	9,553 *
B	91,8	234	(p<0,05)
C	88,9	120	
D,E	95,0	38	

* ≥ 450 MET.minuto/semana

* p< 0,05

Quando computado o gasto calórico total (trabalho, lazer, transporte e atividades domésticas), observou-se que 10,1% dos sujeitos não atendem ao proposto e usado como referência internacional para estudos desta natureza.

Entretanto, quando analisou-se a atividade física de lazer, importante no controle de fatores de risco cardiovasculares e promoção da saúde (Greendale, A.G., Bodin-Dunn, L., Ingles, S., Haile, R.S. & Barret-Connor, E., 1996; Brown, W.J., Mishra, G., Lee, R. & Bauman, A., 2000), observou-se que 35,7% (n=185) referem não fazer atividades físicas no lazer (tabela 19).

Tabela 19
Prevalência da inatividade física no lazer

Variável	%	n	χ^2
Sexo			
Homens	35,0	96	0,116
Mulheres	36,5	89	(p=0,73)
Idade (anos)			
20 – 34	31,3	85	5,28
35 – 50	39,1	54	(p=0,07)
50 – 64	42,6	46	
Estado Civil			
Casado/vivendo com parceiros	41,3	109	7,28
Outros	29,9	76	(p<0,05)
Área da Cidade			
Centro I – Baixada	32,7	116	4,53
Centro II – Alto de Mafra	42,3	69	(p<0,05)
Escolaridade			
0 – 3 anos	47,0	39	7,209
4 – 7 anos	36,9	72	(p<0,05)
≥ 8 anos	30,8	74	
Nível socioeconômico			
A	29,8	14	7,46
B	32,1	89	(p=0,11)
C	39,9	59	
D,E	50,0	23	

* p<0,05

Identificou-se que os residentes no Centro II – Alto de Mafra, com escolaridade até três anos e casado/vivendo com parceiros não atendem ao critério estabelecido pelo ACSM/CDC (Pate et al., 1995).

Tabela 20
Prevalência de inatividade física no lazer após estratificação por sexo, %(n)

Variável	Homens	χ^2	Mulheres	χ^2
Idade (anos)				
20 – 34	26,8(38)	9,282 *	36,2(47)	0,013
35 – 50	41,4(29)	(p<0,05)	36,8(25)	(p=0,99)
50 – 64	46,8(29)		37,0(17)	
Estado Civil				
Casado/vivendo com parceiros	41,9(67)	7,90 *	40,4(42)	1,195
Outros	25,4(29)	(p<0,05)	33,6(47)	(p=0,27)
Área da Cidade				
Centro I – Baixada	35,5(65)	0,056	29,7(51)	11,71
Centro II – Alto de Mafra	34,1(31)	(p=0,81)	52,8(38)	(p<0,05)
Escolaridade				
0 – 3 anos	51,3(20)	9,808*	43,2(19)	1,140
4 – 7 anos	39,3(44)	(p<0,05)	33,7(28)	(p=0,56)
≥ 8 anos	26,0(32)		35,9(42)	
Nível socioeconômico				
A	16,0(4)	9,727*	45,5(10)	2,738
B	31,8(49)	(p<0,05)	32,5(40)	(0,43)
C	42,9(30)		37,2(29)	
D,E	52,2(13)		47,6(10)	

* p<0,05

Após estratificação por sexo, verificou-se que a idade só está associada a um menor nível de atividade física no lazer entre os homens com idade entre 50 e 64 anos, casados/vivendo com parceiras, com escolaridade até três anos e os pertencentes ao nível socioeconômico “D” , ”E” e das mulheres residentes no Alto de Mafra (tabela 20).

O tempo gasto sentado num final de semana em média foi de 347,83 minutos DP=206,21). Num dia de semana habitual o tempo gasto é de 300,94 minutos DP= 182,31.

Identificou-se como determinante da inatividade física entre os homens o estado civil, casados 12,2% (n=18) p<0,05, escolaridade entre 03 e 07 anos de

estudo 15% (n=16) $p<0,05$. Entre as mulheres o local de residência, centro II – alto de Mafra 20,3% (n=13) $p<0,05$, maior nível sócio-econômico 33,3 (n=7) $p<0,05$.

Relativo a pressão arterial alta 18,5% (n=12) $p<0,05$, fumo 15,3% (n=15) $p<0,05$ e estresse 18,3% (n=13) $p<0,05$, identificou-se associação com a inatividade física.

No presente estudo observou-se que a proporção de sujeitos expostos aos comportamentos de risco estudados foi diferente entre os homens. Os homens estão mais expostos ao consumo reduzido de frutas e verduras, sobrepeso e obesidade. Nas mulheres, níveis elevados de estresse e inatividade física no lazer são os fatores de risco mais prevalente.

Identificou-se que os homens casados, com idade entre 50 e 64 anos e nível de escolaridade até três anos e as mulheres com idade superior a 50 anos e baixa escolaridade, formam o grupo de risco deste estudo, com maior propensão ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclusões

As conclusões deste estudo referem-se a amostra representativa de 612 sujeitos, com idade entre 20 e 64 anos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana central do município de Mafra, Santa Catarina.

Na análise dos resultados, pode-se concluir que as pessoas que referem uma melhor percepção de saúde são dos grupos de maior nível educacional e sócioeconômico. Observou-se uma maior proporção de sujeitos com percepção de saúde “regular / ruim” associada ao avanço da idade, independente do sexo, sobretudo no grupo com idades entre 50 e 64 anos.

A prevalência de fumantes neste estudo (21,3%) é inferior aos dados nacionais do Ministério da Saúde. O hábito de fumar, independente do sexo, foi mais prevalente nos indivíduos com idade entre 35 e 50 anos, casados, com menor escolarização e do nível sócioeconômico intermediário (classe “C”). Entre os homens, a prevalência de fumantes foi maior entre os mais inativos no lazer.

A proporção de sujeitos expostos aos comportamentos de risco estudados foi diferente entre homens e mulheres. Os homens desta população estão mais expostos ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, fumo, consumo reduzido de frutas e verduras, sobrepeso e obesidade. Nas mulheres, níveis elevados de estresse e inatividade física no lazer são os fatores de risco mais prevalentes.

Identificou-se uma prevalência alta (51,3%) de pessoas que referem consumo de bebidas alcoólicas; entretanto, apenas 7,7% dos homens e 0,3% das mulheres, referiram ingerir, em média, quantidade superior a 14 doses de bebidas por semana. Assim, a proporção de indivíduos considerados “alcoolistas em potencial” é bastante baixo, de acordo com este critério, compatível com a metodologia empregada em levantamentos populacionais semelhantes.

O estresse excessivo, em níveis que impõem dificuldades para enfrentar a vida diária, foi referido apenas por 1,6% dos respondentes, sendo maior a prevalência entre as mulheres com idade entre 50 e 64 anos e com nível de escolaridade igual ou maior que oito anos de estudo.

O índice de massa corporal (IMC) foi utilizado como referência para classificação dos sujeitos quanto a massa corporal. A proporção de sujeitos com sobrepeso (26%) e obesidade (11,3%) foi semelhante a outros estudos, mas com a inversão de tendência quanto aos sexos: os homens neste estudo apresentaram IMC superior às mulheres. Com a estratificação por sexo, identificou-se prevalência de obesidade superior à da (7,0%) PPV (IBGE, 1998), nos homens do presente estudo (15,7%). A maior proporção de homens obesos (IMC \geq 30) foi encontrada entre os casados e com idade entre 50 e 64 anos.

Já entre as mulheres mais jovens (até 34 anos), observou-se uma proporção surpreendente de baixo peso: 11,2%, com destaque entre as mulheres de nível sócioeconômico mais alto (12,1%). Essas médias são superiores às médias da Pesquisa de Padrão de Vida (IBGE, 1998).

A avaliação do nível habitual de atividade física, realizada através do Questionário Internacional da Atividade Física (IPAQ – versão 8, forma longa, semana típica), mostrou níveis médios elevados, segundo critério do Colégio Americano de Ciência dos Esportes e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (ACSM/CDC) (Pate, et al, 1995). Nesta população, 89,9% atendem ao critério mínimo para a saúde - 450 MET.minuto/semana - considerando as atividades físicas nas quatro dimensões avaliadas (trabalho, transporte, em casa e no lazer).

Entretanto as atividades físicas de lazer, importantes no controle de fatores de risco cardiovasculares e promoção da saúde, contribuíram com apenas 17% do dispêndio energético total (MET.minuto/semana). Encontrou-se associação significativa entre o nível de atividade física de lazer com sexo (homens mais ativos que mulheres), com idade (maiores de 50 anos são menos ativos), estado civil (indivíduos casados são menos ativos), com o grau de escolaridade e nível sócio-econômico (menor escolaridade e classes sociais C/D tendem a ser menos ativos no lazer).

Como determinante da inatividade física identificou-se entre os homens o estado civil, casados e escolaridade entre 03 e 07 anos de estudo. Entre as

mulheres o local de residência, centro II – alto de Mafra e maior nível sócio-econômico.

Relativo a pressão arterial alta, fumo e estresse, verificou-se associação com a inatividade física.

Identificou-se que os homens casados, com idade entre 50 e 64 anos e nível de escolaridade até três anos e as mulheres com idade superior a 50 anos e baixa escolaridade, formam o grupo de risco deste estudo, com maior propensão ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Considerações Finais e Recomendações

Mediante análise dos resultados do presente estudo, recomenda-se:

- a) desenvolvimento de intervenções dirigidas, visando maior informação a respeito dos comportamentos relacionados à saúde, aos grupos identificados neste estudo, como de risco;
- b) implantação de programa de promoção de saúde de âmbito municipal;
- c) divulgar mais informações sobre atividades físicas, comportamentos e fatores de risco à saúde; e,
- d) realização de levantamento à nível municipal, regional e estadual para identificar a prevalência da inatividade física e outros fatores de risco à saúde na população catarinense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSM (2000). ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription. (6rd ed.) Philadelphia. **Leppincott Willians & Wilkins.**
- ACSM (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Medicine and Science in Sports & Exercise**, 30(6), 975-91.
- ANEP (1997). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97-cceb.html. Acesso em 21/02/02
- Anjos, L. A., Silva, D.O., Serrão, S. A. (1992). Vigilância nutricional em adultos e experiência de uma unidade atendendo população favelada. **Caderno de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 8, (1) 50 – 56.
- Barros, Mauro Vírgilio Gomes. (1999). **Atividades físicas no lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores da indústria no Estado de Santa Catarina.**, Dissertação de Mestrado em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Bayer, G.F. & Paula, S.G., (1984). Mortalidade nas capitais brasileiras, 1930 – 1980. **RADIS/FIOCRUZ**, dados, 7, 1-8.
- Berlin,J.; Colditz,G.(1990) A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. **American Journal of Epidemiology**, 132, 639-46.
- Bierman, E.L., (1980). **Atheroscleroses and other forms of artereosclerosis** In: Isselbacher, K. J. et al, eds Harrion's principles of internal medicine: 9th ed. Tokyo, McCraw-Hill Kogakusha, 1156-66.
- Blair, S.N.; Kohl, H.W., Paffenbarger, R.S. (1989). Physical activity and all-cause mortality. **JAMA**, 62,2395-401.
- Blair,S.N.C.H.(1993) McCloy research lecture: physical activity, physical fitness and health. **Research Quartely for Exercise and Sports**, 64(4),365-76.
- Bouchard, C. & Shephard, R.(1994). Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In: C. Bouchard at al. (Ed) **Physical Activity, Fitness and Health**. Champaign, Il.: Human Kinetics.
- Bouchard, C., (1996). Can obesity be prevented? **Nutrition Reviews**, 54, S125-S130.

- Brown, W.J., Mishra, G., Lee, R. & Bauman, A. (2000). Leisure time physical activity in Australian women: relationship with well being and symptoms. **Research Quarterly for Exercise and Sports**, 71(3), 206-216.
- Caspersen, C.J. ; Powell, K.E. & Christensen, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, 100, 126-131.
- Chesholm, D. J. (1992). Diabetes mellitus. In J. Bloomfield, P.A. Fricker & K.D. Fitch (Eds), **Text Book of Science and Medicine in Sport**. Boston: Blackwell Scientific: 555-61.
- Crespo, C.J.; Smit, E.; Andersen, R.E.; Carter-Pokras, O. & Ainsworth, B.E., (2000). Race incidence of coronary heart disease. **Annual Review of Public Health**, 8, 253-287.
- Després, J.P., Pouliot, M.C. (1991). Loss of abdominal fat and metabolic response to exercise training in obese women. **American Journal of Physiology**, 261(24), 159-167.
- Duncan, J.J., Gordon, N.F. and Scott, C.B., (1991). Woman walking for health and fitness. How much is enough. **JAMA**, 266, 329-99.
- Fletcher, G.F.; Blair, S.N.; Blumenthal, J.; Caspersen, C.; Chaitman, B.; Epstein, S.; Falls, H.; Froelicher, E.S.S.; Froelicher, V.F. & Pina, I.L. (1992). Statement on exercise: Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. **CIRCULATION**, 86, 340-4.
- Florindo, A.A., (1998). Educação Física e Promoção em Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 3(1), 84-89.
- Green, L. W. and Raeburn, J.M., (1988). Health promotion. What is it? What will it become? **Health Promotion**, 3, 151-159.
- Greendale, A.G., Bodin-Dunn, L., Ingles, S., Haile, R.S. & Barret-Connor, E., (1996). Leisure, home, and occupational physical activity and cardiovascular risk factors in postmenopausal women. **Archives of Internal Medicine**, 156(26), 418-424.
- Haskell, W. (1988) Physical activity and the diseases of technologically advanced society in: The **American Academy of Physical Education Papers**. Physical Activity in Early Modern Population. 21, p. 73 – 87.
- Hooper, J. M.; Leoni, E. (1996). A physical continuum and the surgeon general's report. **JOPERD**, 67(9), 62-65.
- IBGE (2001). **Pesquisa censo demográfico**. Endereço eletrônico, <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatística/população/censo2000/default.shtm>.

- IBGE (1998). **Pesquisa sobre padrão de vida brasileiro**. Endereço eletrônico, <http://www.ibge.gov.br/imprensa/noticia/ppv11.html>.
- IPAQ – The International Physical Activity Questionnaire: Summary Report of Reliability & Validity Studies. (2001). IPAQ Executive Committee.
- IPAQ (2001). **International Physical Activity Questionnaire**. Endereço Eletrônico, <http://www.ipaq.ki.se/ipaq>.
- Jekel, J.F.; Elmor, J.G. & Katz, D.L. (1999). **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 31 p.
- Jeniceck, M. & Cleroux, R., (1987). **Epidemiologia, Princípios , técnicas, aplicaciones. Barcelona**: Salvat, cap. 12.
- Keys, A., (1970). Coronary Heart disease in seven country. **CIRCULATION**, 41 (suplemento 1), 1-211.
- Kohl, H. W., Gordon, N. F., Villegas, S. A. and Blair, S. N., (1992). Cardiorespiratory fitness, glycemic status, and mortality risk in men. **DIABETES CARE**, 15, 184-192.
- Konitzer, M. and Goldeberg, R., (1993). Introduction Cardiology, 82, 85-88.
- Kriska, AM and Caspersen, C.J., (1997). Introduction to collection of physical activity questionnaires. **Medicine & Science in Sports and Exercise**, 29(6), S5-S9.
- Lafromboise, H.L., (1973). Health policy. Breaking it down into more manageable segments. **Journal Canadian Medicine Association**, Feb. 3.
- Lalonde, M., (1978). A new perspective on the health of Canadians. A work document. Ottawa, April 1974. Canada, 76 p.
- Leparski, F. and Nüssel, E., (1987). **CINDI Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme Protocol and guidelines for monitoring and evaluation procedures**. Berlin: Springer-Verlag.
- Leon, A.S. ; Norstron, J., (1995). Evidence of the role of physical activity and cardiorespiratory fitness in the prevention of coronary heart disease. **Quest**, 47, 311-319.
- Lessa, I., (Orgs), (1998). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Levy, R.I. and Feinleib, M. (1987). **Fatores de risco para doença arterial coronariana e seu controle** In: Braunwald, E. Tratado de medicina cardiovascular. São Paulo, Ed. Roca, V. 2, 1176-205.

- McGennis, J.M.; Forge, W.H.(1993). Actual causes of death in the United States. **JAMA**, 279, 2207-2212.
- Ministério da Saúde (1997). Estudo Multicêntrico sobre Consumo Alimentar. **Cadernos de Debate**, Campinas: Unicamp. Volume Especial.
- Misigoj-Durakovic, M., Heimer, S., Matkovic, B. R., Ruzic, L. and Prskalo, I., (2000). Physical activity of urban adult population. Questionnaire Study. **Croatian Medical Journal**, 15, 428-32.
- MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report), (2000). Prevalence of leisure-time and occupational physical activity among employed adults – United States, 1990. **MMWR**, 49, 420-24.
- Mondene, L.; Monteiro, C. A. (1994). Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962 – 1988). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 28 (6), 433 – 439.
- Monteiro, C.A., Iunes, R. F.; Torres, A. M., (1995). A evolução do país e suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: MONTEIRO C.A. (Org) **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, p. 372.
- Morris, J.M.; Clayton, D.G.; Everett, M.G.;I. (1990). Exercise in leisure time: coronary heart attack and death rates. **British Heart Journal**. 63: 325-34.
- Nahas, M.V., et al. (1997) **Physical Activity and Health – Related Fitness of Brazilian Public Service Employees Ages 20 to 69**. In: Proceeding of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association, June 29 to July 4, Tampers Finland, 7, 483 – 485.
- Nahas, M.V., (2001). **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina, Midiograf.
- Nahas, M.V., Barros, V.G., Francalacci, V. , O Pentágulo do Bem Estar, Base conceitual para avaliação do Estilo de Vida de Indivíduos ou Grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5(2), 49-59.
- Nieman, D.C. (1999). **Exercise testing and prescription: a health-related approach**. 4ed. Mountain View, CA, Mainfield.
- Ottawa Charter for Health, (1987). **Editorial Health promotion**, 1, 3-5.
- Paffenbarger, R.S.(1993). The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **New England Journal of Medicine**, 328, 538-545.

- Paffenbarger, R.S.; Hyde, R.T.; Wing, R.T.; Wing, A.L. (1986). Physical activity all-case mortality and longevity of college alumni . **New England Journal Medicine**. 314,605-13.
- Pate, R.R.; Pratt, M.; Blair, S.N.; Haskell; W.L.; Macera, C.A.; Bouchard,C.; Buchner, D.; Ettinger, W.; Heath, G.W.; King, A.C.; Kriska, A.; Leon, A.S.; Marcus, B.H.; Morris, J.; Paffenbarger, R.S.; Patrick, K.; Pollock, M.L.; Rippe, J.M.; Salles, J., & Wilmore, J.H.(1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Journal of the American Medical Association**,273,402-7.
- Pereira,M.G.(1995). **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 596
- Possas, C., (1989). **Epidemiologia e sociedade**, 1ª ed.,São Paulo: Hucitec, cap.III.
- Powell, K. E.; Thompson, P.D.; Caspersen, C.J. & Kendreck, J. S. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. **Annual Reviews in Public Health**, 8: 253-87.
- Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá; Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Rego, R.A., Berardi, F.A.N. Rodrigues, S.S.R. (1990). Fatores de risco para doenças crônicas não – transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo (Brasil). Metodologia e resultados Preliminares. **Revista de Saúde Pública**, 24, 277 – 285.
- Rothaman, K.J., (1981). Induction and latent periods. **American Journal Epidemiology** , 114, 253-59.
- Shapiro,S.; Weinblant, E. ; Frank, C.W. (1969). Incidence of coronary heart disease in a population insured for medical care. **American Journal Public Health**, 59, suppl:1.
- Shephard,R.J.(1995). Physical activity, fitness and health, the current consensus. **Quest**, 47(3):288-303.
- Skinner, J.S.(1997). Atividade Física e Saúde. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde. Florianópolis: 44a-44c.
- Sichieri, R., Coitinho, P.C.; Leão, M.M.; Recine, E.; Everhart, J., (1994). High temporal, geographic and income variation in body mass index among adults in Brazil. **American Journal of Public Health**, Washington DC, 84 (5), 793 – 798.
- Thomas, J. R.; Nelson, J. K., (1996). **Research Methods in Physical Activity**. 3rd. ed. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, 487 p.

- Tremblay, A. (1998). Physical activity and metabolic cardiovascular syndrome. **British Journal of Nutrition**, 80, 215-216.
- U.S. Department of Health and Human Services (1996). **Physical activity and health: a report of the Surgeon General Atlanta**; U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention National Centers for Chronic Disease Control Prevention and Health Promotion.
- US Department of Health and Human Services 1998 a). Assessing Health Risks in America: the behavioral risk factor surveillance system. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention.
- U.S. Preventive Service Task Force, (1996). **Guide to Clinical Preventive Services**. 2nd Ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Veras, R.P. & Dutra, S., (1993). Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. **Physis**. 3(1), 107-26.
- Wilmore, J.H. & Costill, D.L.(2001). **Fisiologia do Esporte e Exercício**. 2^a ed., São Paulo, Manole,19.
- World Bank, (1993). **World development report 1993: Investing in health**. New York ,Oxford University Press.
- World Health Organization (1986). A discussion document on the concept and principles of health promotion. **Health Promotion**, 1(1), 73-76.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor(a).

Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, temos o prazer de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “ **Prevalência da Inatividade Física e Outros Fatores de Risco Relacionados à Saúde na População Adulta Urbana de Mafra**”, como projeto de dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina .

Esta investigação tem por objetivo analisar, mediante entrevistas domiciliares, a prevalência da inatividade física e outros fatores de risco relacionados à saúde, em indivíduos com idade entre 20 e 64 anos, no município de Mafra, Santa Catarina. Espera-se que esta investigação, de natureza epidemiológica descritiva, através dos dados coletados de forma transversal, possam servir como base referencial para um acompanhamento de intervenções e mudanças de comportamentos neste grupo populacional.

A coleta de dados será efetuada com a colaboração de 12 monitores (6 homens e 6 mulheres) do curso de Educação Física da Universidade do Contestado, Campus de Mafra, treinados especialmente para esse fim. Além disso, será mantido sigilo das informações obtidas bem como o anonimato dos entrevistados. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mail: ademir@mfa.unc.br ou fone: (0XX47) 642-3059 Ramais: 226/227).

De acordo com o esclarecido, aceito colaborar (participar) na realização da pesquisa “**Prevalência da Inatividade Física e Outros Fatores de Risco Relacionados à Saúde na População Adulta Urbana de Mafra**”, estando devidamente informado sobre a natureza da pesquisa, objetivos propostos, metodologia empregada e benefícios previstos.

Florianópolis, 08 de Março de 2002

Ademir Flores
Investigador Responsável

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PREVALÊNCIA DA INATIVIDADE FÍSICA E OUTROS FATORES DE RISCO RELACIONADOS À SAÚDE NA POPULAÇÃO ADULTA URBANA DE MAFRA - SC

ENTREVISTA - 2001

Este é um instrumento de coleta de dados para um estudo que pretende conhecer o jeito de viver da População Adulta de Mafra - SC. Meu nome é _____ e sou responsável pela realização desta entrevista. Com o seu consentimento, gostaria de fazer algumas perguntas relacionadas ao seu estilo de vida e condições de saúde: () **SIM**, concordo () **NÃO** quero participar. Todas as informações a seu respeito e as respostas terão garantia absoluta de anonimato e sigilo. Por favor, responda a todas as perguntas. Em caso de dúvida não hesite em perguntar.

(FATORES GENÉTICO/BIOLÓGICOS)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Por favor, forneça as informações abaixo.

1. Qual a sua idade: [] anos
2. Sexo: ¹[] Masculino ²[] Feminino
3. Qual seu estado civil:
¹[] Solteiro(a) ²[] Casado(a) vivendo com parceiro(a)
³[] Viúvo(a) ⁴[] Separado(a)/Divorciado(a)
4. Seu local de nascimento (cidade/estado/país): _____
5. Origem étnica (descendência): pode marcar mais de uma, se for o caso.
¹[] Portuguesa ²[] Alemã
³[] Polonesa ⁴[] Ucraniana
⁵[] Italiana ⁶[] _____
6. Você sabe qual o seu peso e altura?
Peso [] kg Altura: [] metros
Circunferência da Cintura: [] cm IMC: _____
7. Você está satisfeito com seu peso?
¹[] não (gostaria de aumentar) ²[] Não (gostaria de diminuir) ³[] sim
8. Você está tentando perder peso?
¹[] não ²[] sim ³[] não quero responder

9. Se está tentando perder peso, é por recomendação de um profissional de saúde?
¹[] não ²[] sim

O que você está fazendo para perder peso (pode marcar mais de uma):

- [] comendo menos em cada refeição.
 [] comendo alimentos menos gordurosos
 [] deixando de fazer algumas refeições
 [] fazendo mais atividade física
 [] ingerindo menos alimentos doces
 [] tomando remédios (moderadores de apetite, xenical, etc.)

As questões 10 a 16 referem-se a sua percepção e a seu nível de saúde:

10. Você tem algum tipo de problema (incapacidade ou limitação), que dificulta a sua vida diária?

¹[] não ²[] sim - qual? _____

11. Como você classifica o seu estado de saúde atual?

¹[] excelente ²[] bom ³[] regular ⁴[] ruim

12. Qual o nível de seu colesterol? Sabe a data do último exame? _____

¹[] abaixo de 180mg ²[] de 180 a 200mg
³[] de 201 a 240mg ⁴[] acima de 240mg ⁵[] não sei

13. Qual o nível de açúcar em seu sangue (glicemia)?

Sabe a data do último exame? _____

¹[] abaixo de 80mg ²[] de 81 a 100mg
³[] de 101 a 120mg ⁴[] acima de 120mg ⁵[] não sei

14. Você sabe qual é a sua pressão arterial? ¹[] não ²[] sim

Quando mediu pela última vez? _____ meses _____ dias

¹[] menor que 125mmHg (12,5mmHg)
²[] de 125 a 135mmHg (12,5 a 13,5mmHg)
³[] de 136 a 145mmHg (13,6 a 14,5mmHg)
⁴[] maior que 145mmHg (14,5mmHg)
⁵[] não sei

15. Você tem ou já teve alguma das doenças abaixo, diagnosticada por um médico:

	Tem	Já teve
Artrite	[]	[]
Câncer	[]	[]
Diabetes	[]	[]
Pressão Alta	[]	[]
Problemas Cardíacos	[]	[]
AVC (derrame)	[]	[]

16. Algum de seus familiares diretos (pais, avós, irmãos) teve ou tem câncer, diabetes, pressão alta, problemas cardíacos?

¹[] nenhum ²[] parentes mais distantes
³[] avós ou tios diretos ⁴[] pais e irmãos

FATORES AMBIENTAIS

As perguntas a seguir referem-se a seu local de moradia, trabalho, assistência de saúde e círculo social:

17. A sua moradia é:

- ¹[] casa [] própria [] alugada
²[] apartamento [] próprio [] alugado

18. Quantas pessoas, além de você moram nesta casa/apartamento? []

Qual o número de cômodos em sua casa/apartamento? []

Número de filhos que você tem: []

19. Quantidade de itens que existem em sua residência:

- [] automóveis [] banheiros
 [] TV em cores [] empregada (mensalista)
 [] vídeo cassete [] empregada (diarista)
 [] máquina de lavar [] rádio
 [] geladeira [] aspirador de pó ou vaporeto
 [] freezer [] microondas

20. Até que série você estudou?

a) Ensino Fundamental ¹[] ²[] ³[] ⁴[] ⁵[] ⁶[] ⁷[] ⁸[]

b) Ensino Médio ¹[] ²[] ³[]

c) Ensino Superior [] completo [] incompleto

d) Pós-Graduação [] especialização [] mestrado [] doutorado

21. Você trabalha: ¹[] não ²[] sim - Horas/semana: _____

Que tipo de trabalho: ¹[] remunerado ²[] voluntário

22. Qual a renda familiar:

- ¹[] menor que R\$ 360,00 ²[] de R\$ 360,00 à R\$ 900,00
³[] de R\$ 900,00 a R\$ 1.800,00 ⁴[] maior que R\$ 1.800,00

23. Qual o sistema de saúde que você usa?

- ¹[] pública (SUS) ²[] particular (não tem convênios)
³[] convênio (trabalho) ⁴[] plano de saúde

24. Como você definiria seu relacionamento com as pessoas que o cercam?

- ¹[] elas me ajudam e encorajam
²[] as relações de ajuda existem, mas são esporádicas
³[] o relacionamento é superficial
⁴[] minhas relações são difíceis e enfrento hostilidades

25. Com quantas pessoas você pode conversar abertamente sobre seus problemas e preocupações?

- ¹[] quatro ou mais pessoas. Dependendo do problema gosto de conversar mais com esta ou aquela.
²[] duas a três pessoas nas quais confio.
³[] uma pessoa. É o suficiente.
⁴[] nenhuma. Vivo sozinho e não gosto de dividir meus problemas.

26. Neste último ano você teve:
- a) perda de um ente querido? ¹[] não ²[] sim
- b) a partida de um filho, alguém da família? ¹[] não ²[] sim
27. Você participa de Grupos Comunitários? Pode marcar mais de um:
- ¹[] Associação de Moradores ²[] APP
- ³[] Sindicato ⁴[] Clubes de Serviços (Lions, Rotary, etc.)
- ⁵[] _____
28. Você tem uma vida religiosa? Ou alguma crença pessoal: ¹[] não ²[] sim
- Você participa regularmente das atividades religiosas: ¹[] não ²[] sim

FATORES COMPORTAMENTAIS

29. Você fuma?
- Não → ¹¹[] nunca fumei ¹²[] parei há menos de 1 ano
- ¹³[] parei há menos de 2 anos ¹⁴[] parei há mais de 2 anos
- Sim → ²¹[] diariamente ²²[] às vezes
- Quantos cigarros você fuma por dia: _____
30. Você ingere alguma bebida alcoólica: ¹[] não ²[] sim
- Quantos copos, taças (medidas de restaurante) ou garrafas das seguintes bebidas consumiu nos últimos sete dias? (Se não consumiu nada, responda 0).
- cerveja: _____ garrafas vinho: _____ copos
- bebida branca/licores: _____ medidas de restaurante
- se necessário, outras bebidas que sejam típicas (em unidades como antes): _____

NÍVEL DE ESTRESSE

31. Como você descreve o nível de estresse em sua vida?
- ¹[] raramente estressado, vivendo muito bem.
- ²[] às vezes estressado, vivendo razoavelmente bem.
- ³[] quase sempre estressado, enfrentando problemas com frequência
- ⁴[] excessivamente estressado, com dificuldades para enfrentar a vida diária.
32. Como se sente, atualmente em relação à sua vida no lar, no trabalho e no lazer?
- Como você se sente quando está em casa (lar): ¹[] muito mal ²[] muito bem
- Como você se sente quando está no trabalho: ¹[] muito mal ²[] muito bem
- Como você se sente em seu horário de lazer: ¹[] muito mal ²[] muito bem
33. Em uma situação de estresse qual é a sua primeira atitude?
- ¹[] tento contorná-la e descarrego a tensão com atividades físicas, recreação, técnicas de relaxamento.
- ²[] enfrento o problema e não descanso enquanto não encontro soluções.
- ³[] busco alívio no fumo, no café, no álcool ou em remédios
- ⁴[] evito o conflito e fico deprimido

33a. Com que frequência você considera que dorme bem?

¹[] Sempre ²[] quase sempre ³[] às vezes ⁴[] raramente

34. Você tem carro? ¹[] não ²[] sim

Você dirige? ¹[] não ²[] sim

35. Quando o trânsito permite em que velocidade você costuma dirigir?

¹[] dentro ou abaixo da velocidade permitida

²[] até 10 km/h acima da velocidade permitida

³[] de 10 a 20 km/h acima da velocidade permitida

⁴[] bem acima da velocidade permitida

36. Quando está num carro, você usa cinto de segurança:

Dirigindo

No banco traseiro

¹[] sempre

¹[] sempre

²[] mais de 90% das vezes

²[] mais de 90% das vezes

³[] mais de 50% das vezes

³[] mais de 50% das vezes

⁴[] só quando me mandam

⁴[] só quando me mandam

37. Quantas vezes, nos últimos seis meses, você dirigiu alcoolizado ou pegou carona num veículo a motor conduzido por alguém que havia bebido álcool?

¹[] nenhuma

²[] de uma a três vezes

³[] de quatro a dez vezes

⁴[] onze ou mais vezes

As questões a seguir referem-se a seu hábito alimentar:

38. Com que frequência você realiza as seguintes refeições:

a) café da manhã [] sempre [] às vezes [] nunca

b) lanche da manhã [] sempre [] às vezes [] nunca

c) almoço [] sempre [] às vezes [] nunca

d) lanche da tarde [] sempre [] às vezes [] nunca

e) jantar [] sempre [] às vezes [] nunca

f) lanche ou ceia após o jantar [] sempre [] às vezes [] nunca

39. Quantas vezes você toma suco de frutas natural? (não inclua refresco ou bebidas artificiais)

¹[] nenhuma vez

²[] 1 a 3 vezes por semana

³[] 4 a 6 vezes por semana

⁴[] todos os dias / 1 vez por dia

⁵[] todos os dias / 2 vezes por dia

⁶[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia

40. Quantas vezes você come frutas (não incluindo suco de frutas)?

¹[] nenhuma vez

²[] 1 a 3 vezes por semana

³[] 4 a 6 vezes por semana

⁴[] todos os dias / 1 vez por dia

⁵[] todos os dias / 2 vezes por dia

⁶[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia

41. Quantas vezes você come salada de folhas verdes (alface, rúcula, agrião, espinafre e outras)?

¹[] nenhuma vez

²[] 1 a 3 vezes por semana

³[] 4 a 6 vezes por semana

⁴[] todos os dias / 1 vez por dia

⁵[] todos os dias / 2 vezes por dia

⁶[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia

42. Quantas vezes você come legumes (cenoura, vagem, abóbora, couve-flor e outros)?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1[] nenhuma vez | 2[] 1 a 3 vezes por semana |
| 3[] 4 a 6 vezes por semana | 4[] todos os dias / 1 vez por dia |
| 5[] todos os dias / 2 vezes por dia | 6[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia |

43. Quantas vezes você come batatas, sem incluir batatas fritas ou chips?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1[] nenhuma vez | 2[] 1 a 3 vezes por semana |
| 3[] 4 a 6 vezes por semana | 4[] todos os dias / 1 vez por dia |
| 5[] todos os dias / 2 vezes por dia | 6[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia |

44. Quantas vezes você toma refrigerante?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1[] nenhuma vez | 2[] 1 a 3 vezes por semana |
| 3[] 4 a 6 vezes por semana | 4[] todos os dias / 1 vez por dia |
| 5[] todos os dias / 2 vezes por dia | 6[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia |

45. Quantas vezes você come salgadinhos fritos (batata frita, chips, coxinhas, empadinhas, pastéis e outros)?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1[] nenhuma vez | 2[] 1 a 3 vezes por semana |
| 3[] 4 a 6 vezes por semana | 4[] todos os dias / 1 vez por dia |
| 5[] todos os dias / 2 vezes por dia | 6[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia |

46. Quantas vezes você come pizza, empadões e outras preparações com queijo/molho branco?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1[] nenhuma vez | 2[] 1 a 3 vezes por semana |
| 3[] 4 a 6 vezes por semana | 4[] todos os dias / 1 vez por dia |
| 5[] todos os dias / 2 vezes por dia | 6[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia |

47. Quantas vezes você come docinhos, tortas, chocolate, biscoitos, bolachas ou balas?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1[] nenhuma vez | 2[] 1 a 3 vezes por semana |
| 3[] 4 a 6 vezes por semana | 4[] todos os dias / 1 vez por dia |
| 5[] todos os dias / 2 vezes por dia | 6[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia |

48. Quantas vezes você come feijão com arroz?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1[] nenhuma vez | 2[] 1 a 3 vezes por semana |
| 3[] 4 a 6 vezes por semana | 4[] todos os dias / 1 vez por dia |
| 5[] todos os dias / 2 vezes por dia | 6[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia |

49. Quantas vezes você come carne bovina?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1[] nenhuma vez | 2[] 1 a 3 vezes por semana |
| 3[] 4 a 6 vezes por semana | 4[] todos os dias / 1 vez por dia |
| 5[] todos os dias / 2 vezes por dia | 6[] todos os dias / 3 ou mais vezes por dia |

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividade que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas

atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre que:

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

SEÇÃO 1 - ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

¹[] não ²[] sim

Se a resposta for não, vá para seção 2: Transporte.

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você faz em uma semana USUAL ou NORMAL como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. NÃO inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades vigorosas, por pelo menos 10 minutos contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas como parte do seu trabalho:

_____ dias por semana () nenhum - Vá para a questão 1d.

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA fazendo atividades físicas vigorosas como parte do seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades moderadas, por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves como parte do seu trabalho?

_____ dias por semana () nenhum - Vá para a questão 1f.

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA fazendo atividades moderadas como parte do seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você anda, durante pelo menos 10 minutos contínuos, como parte do seu trabalho? Por favor NÃO inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por semana () nenhum - Vá para a seção 2 - Transporte.

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA caminhando como parte do seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 - ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana NORMAL na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense somente naquelas atividades físicas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos.

3a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas vigorosas no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por semana () nenhum - vá para a questão 3c.

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas no quintal ou jardim, quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades moderadas por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por semana () nenhum - vá para a questão 3e.

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta POR DIA fazendo essas atividades moderadas no jardim ou no quintal?

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades moderadas por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por semana _____ nenhum - vá para a seção 4.

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas dentro da sua casa quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4 - ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana NORMAL unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor, NÃO inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

_____ dias por semana () nenhum - vá para a questão 4d

4b. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

4c. Quando você caminha no seu tempo livre, a que passo você normalmente anda?

() passo rápido () passo moderado () passo lento

4d. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer *jogging*:

_____ dias por semana () nenhum - vá para questão 4f.

4e. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

4f. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

_____ dias por semana () nenhum - vá para a seção 5.

4g. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

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

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

_____ horas _____ minutos

Tem alguma outra coisa que você gostaria de acrescentar?

ANEXO III

ESTUDO PILOTO

ESTUDO PILOTO

A aplicação desse estudo piloto teve como principal objetivo atender os aspectos fundamentais em estudos de caráter descritivo, em termos de qualidade dos dados, a validade, a reprodutibilidade e a aplicabilidade dos instrumentos de medida. Procurou-se avaliar tanto a forma adequada de administração quanto a qualidade do instrumento.

Esta investigação preliminar foi realizada entre os dias 01 de agosto à 15 de setembro de 2001.

A entrevista foi realizada num pequeno grupo (20) sujeitos, sendo (10) do sexo masculino e (10) do sexo feminino, teve duração em média 30 minutos, e conduzida por monitores do curso de Educação Física da Universidade do Contestado, campus de Mafra, previamente treinados.

Para a composição da amostra deste estudo, procurou-se constituir um grupo mais heterogêneo possível, dentro da população urbana de Mafra, selecionadas intencionalmente.

A aplicação revelou que os entrevistados de modo geral, demonstraram-se acessíveis e interessados em participar da entrevista.

Quanto ao entendimento das questões, não foram registrados maiores dificuldades, com exceção às referentes a Atividade Física, por tratarem das atitudes relativas ao dia a dia das pessoas, exigindo dos entrevistadores explicações mais detalhadas, fazendo com que o tempo gasto em relação as demais fosse superior.

Em relação ao tempo de aplicação, a maioria dos entrevistados acharam o tempo compatível com o número de questões

Com as informações dos entrevistados e a avaliação dos monitores, e uma análise preliminar, constatou-se que alguns ajustes devem ser efetuados afim de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados e melhorar a qualidade dos dados obtidos

ANEXO IV

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFSC