

**Aspectos Epidemiológicos e Hábitos de Vida das
Servidoras da UFSC: Diagnóstico e Recomendações
para um Programa de Promoção da Saúde da Mulher**

por

GISELLE NOCETI AMMON XAVIER

Orientador: Markus Vinícius Nahas

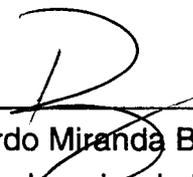
**Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Engenharia de Produção, Área de Ergonomia,
como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.
Centro Tecnológico - UFSC**

Florianópolis, Fevereiro de 1997

Aspectos Epidemiológicos e Hábitos de Vida das Servidoras da UFSC: diagnóstico e recomendações para um Programa de Promoção da Saúde da Mulher

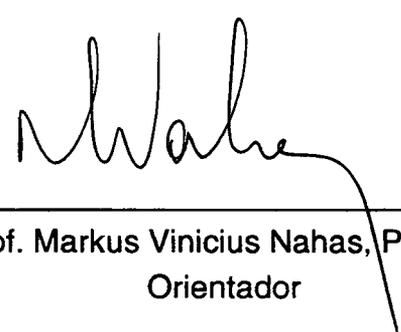
GISELLE NOCETI AMMON XAVIER

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

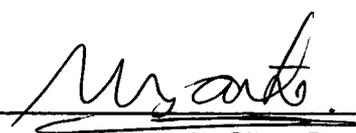


Prof. Ricardo Miranda Bácia, Ph. D.
Coordenador do Programa

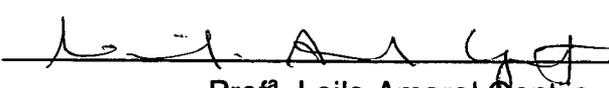
Banca Examinadora:



Prof. Markus Vinicius Nahas, Ph. D.
Orientador



Profª. Maria de Fátima da Silva Duarte, Dra.



Profª. Leila Amaral Gontijo, Dra. Erg.

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu marido Pedro e aos meus filhos Pedro Luis , Ana Cristina e João Henrique, os dois últimos, gerados e nascidos dentro deste período de dissertação.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, por terem me proporcionado a educação que me permitiu chegar até aqui;

Ao professor Markus Vinicius Nahas, meu orientador, agradeço pelo respeito e atenção que me dispensou;

À Aldete Filipiak e Maria Schwambach, minhas auxiliares nos serviços domésticos, eu agradeço o carinho e atenção dispensados a meus filhos durante minhas muitas ausências;

À professora Maria Alice Attenbourg de Assis, meus sinceros agradecimentos por sua atenção, pelo estímulo a continuar na busca de um aprimoramento e as sugestões que fez;

Ao professor Lúcio Botelho, agradeço por seu auxílio e sugestões e principalmente, por ter me recebido com carinho em sua casa, com sua esposa Sara, num momento que eu tanto necessitei;

Ao servidor Wilson Wronsky, do Núcleo de Processamento de Dados da UFSC, os meus agradecimentos pelo seu tempo e por seus serviços;

À Ana Cristina de Araújo Waltrick, eu agradeço a amizade, a força e o auxílio em todas as fases desta dissertação de mestrado.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRAT.....	xi
Capítulo	
I. INTRODUÇÃO.....	01
Formulação da Situação problema	
Objetivos	
Questões Investigadas	
Delimitação do Estudo	
Definição de Termos	
Organização dos demais Capítulos	
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	08
Estilo de Vida e Saúde	
a. Estilo de Vida e Doenças da Civilização :	
Estresse	
Tabagismo	
Álcool	
Dieta	
Controle de peso	
Sedentarismo.	
b. Comportamento Preventivo em Saúde	
O papel do médico na sociedade atual	
c. A Prática de Atividades Físicas como Forma de Prevenção	
Organização do Trabalho e Saúde	
a. Qualidade de Vida no Trabalho	
b. A Relação da Ergonomia com a Saúde do Trabalhador	
c. Os Programas de Promoção da Saúde da Mulher Trabalhadora	
d. As iniciativas atuais e seus resultados	

Capítulo	Página
III. METODOLOGIA.....	31
Caracterização do Estudo	
População e Amostra	
Instrumentos e Variáveis	
Procedimentos Gerais de Coleta de Dados	
Análise dos Dados	
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
Caracterização Geral dos Sujeitos	
Aspectos Antropométricos e Fisiológicos	
Estilo de vida: Fatores Preventivos e de Risco na População Investigada	
Aptidão Cardiorrespiratória	
Estado Geral de Saúde e Uso de Medicamentos	
V. SUMÁRIO, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	51
Programa de Promoção da Saúde na UFSC	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	69

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1.	Índice de Massa Corporal das Servidoras da UFSC	35
2.	Aptidão Cardiorrespiratória das Servidoras da UFSC segundo o nível sócio-econômico	45
3.	Problemas de Saúde Relatados pelas Servidoras da UFSC	47

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1. Número de Servidoras da UFSC por Faixa Etária.....	34
2. Índice de Massa Corporal da Servidoras da UFSC por Faixa Etária.....	36
3. Aptidão Cardiorrespiratória das Servidoras da UFSC segundo o nível sócio-econômico.....	44

RESUMO

A Ergonomia vem incentivando programas de promoção da saúde dentro das empresas e instituições, de modo que o empregado possa desfrutar de melhores condições de trabalho e de vida. As pesquisas têm demonstrado que mudanças no estilo de viver são efetivas na prevenção, controle ou reabilitação de uma série de enfermidades que são chamadas de doenças crônico-degenerativas. O presente estudo visou conhecer aspectos epidemiológicos e de hábitos de vida de 202 servidoras e propor um Programa de Promoção da Saúde (PPS) para a Universidade Federal de Santa Catarina. Medidas antropométricas (peso e estatura) e fisiológicas (frequência cardíaca e pressão arterial) foram efetuadas, bem como a avaliação da aptidão cardiorrespiratória através do teste da milha (Rockport Fitness Walking Test-Rippe et alii, 1988). Os resultados demonstram que 39% das mulheres avaliadas tinham excesso de peso, 22,8% eram fumantes, sendo que 5,7% faziam uso concomitante de anticoncepcionais orais ou injetáveis. O nível de estresse foi considerado alto por 18,3 % das servidoras e 22,7 % referiram ter dificuldade para dormir. O consumo de álcool de todas as servidoras foi considerado baixo a moderado. A maioria das servidoras apresentou baixos níveis de atividades físicas habituais - 61,4% foram consideradas inativas fisicamente. O trabalho de 56% destas mulheres têm características sedentárias e apenas 35% delas referiram incluir algum tipo de atividade física no seu lazer. Apesar disto, a aptidão cardiorrespiratória de todas as servidoras, obtida através do Teste da Milha, foi considerada boa. Ao auto-avaliar seu estado de saúde, 64,6% das servidoras definiram-no como bom ou excelente. Os problemas de saúde mais comumente relatados foram dor de cabeça (41%), dor na coluna (34%), constipação intestinal (29%), alergias (27%), dor ou rigidez de articulações (26%) e azia ou dor no estômago (22%). Foi observado que 52,7% das servidoras da UFSC não faziam uso de medicação alguma; das que utilizavam, o maior uso foi de analgésicos e antiinflamatórios (11,4%), seguidos do uso de tranquilizantes e ansiolíticos (6,5%). Quanto aos antecedentes ginecológicos, foi observado que 73% das mulheres haviam realizado o exame precoce do câncer no

período de até um ano. A maioria das servidoras (61,3%), esteve grávida de uma a três vezes. Do total de servidoras, 12% encontravam-se em fase de climatério. Os aspectos mais importantes a serem abordados pelo Programa de Promoção da Saúde da UFSC deverão ser: incentivo ao controle do peso e à alimentação balanceada e mais rica em fibras, formação de grupos anti-estresse sob a orientação de psicólogos da UFSC, bem como a prática de atividades físicas de relaxamento, junto ao Centro de Desportos da UFSC; estímulo à participação em programas de atividades físicas regulares para um melhor nível de condicionamento físico e para a educação postural, utilizando-se dos programas oferecidos pelo CDS da UFSC, não só para os funcionários como para seus familiares, enfatizando, também, a importância do lazer ativo, da utilização de bicicleta ou do caminhar como forma de locomoção para o trabalho, do uso de escadas e dos intervalos ativos; já o tabagismo e as drogas serão abordados em campanhas permanentes. O PPS será composto por uma equipe multi e interdisciplinar que deverá fazer visitas itinerantes aos vários centros do campus universitário, educando e promovendo a saúde e a qualidade de vida no trabalho.

ABSTRACT

The discipline of Ergonomics has been stimulating the establishment of Health Promotion Programs (HPP) in organizations in general, so that the employees may achieve better conditions of work and life. Many researches have showed that changes in lifestyle are effective in the prevention, control and rehabilitation of many illnesses, the so called chronic-degenerative diseases.

In order to achieve the HPP goals, it is important to know the group for which it is designed. The present study aimed to unveil epidemiologic aspects and habits of the female university employees at Universidade Federal de Santa Catarina, and propose a HPP. The epidemiologic aspects were collected in a medical interview, and the habits information were obtained through questionnaires. Anthropometric measurements, weight and height, and the fisiological, heart rate and blood pressure were taken, and the cardiorespiratory fitness was evaluated through the Rockport Fitness Walking Test (Rippe et alii, 1988). The results showed that 39% were overweight, 22,8% were smokers, with 5,7% of these being users of hormonal contraceptives. Among the subjects, 18,3% considered themselves stressed and 22,7% referred difficulties to sleep. The alcohol consumption of all of them was considered low to moderate. The majority of the university employees evaluated had low levels of habitual physical activities. The work of 56% of them was considered sedentary and only 35% of them referred to include any kind of physical activities in their leasure time. Despite of that, the cardiorespiratory fitness of all the employees showed a good result. In their self-assessment of health, 64,6% of the employees defined it as good or excellent. The health problems that were most cited were headache (41%), low-back pain (34%), intestinal constipation (29%), allergies (27%), pain or difficultie in the mobilization of the joints (26%) and heart burn or stomach ache (22%). It was observed that 52,7% did not use any medication. Among the users, the most cited were analgesics and antiinflammatory drugs (11,44%), tranquilizers and ansiolític drugs (6,5%). As for gynecological preventive aspects, 73% of the women reffered to have been submitted to the

test in a period of one year. The majority of them (61,3%), had been pregnant one to three times, and 12% were in climacterium. The most important aspects to be emphasized in the PPS at UFSC are the weight control, and the education for a balanced and fiber rich diet; anti-stress groups with the orientation of psychologists, and anti-stress practices, physical activities specific for relaxation; participation in physical activities to promote physical fitness, not only for the employee but for his family too. There should be an emphasis on education for active leisure time, an incentive for cycling or walking to and from work; the use of stairs and a permanent non smoking and drugs prevention program. The HPP should be conducted by a multidisciplinary group that should visit the various unities of the campus, educating and promoting health-related quality of life.

Capítulo I

INTRODUÇÃO

Formulação da Situação - Problema

Muitas melhorias na relação do homem com o seu trabalho tem sido obtidas através de avaliações ergonômicas, com a instituição das conseqüentes modificações sugeridas.

Os estudos já realizados mostraram que a carga física, as posturas e o efeito dos instrumentos e ferramentas podem ser medidos objetivamente. Do mesmo modo, o ritmo, a monotonia e a repetitividade da tarefa podem ser descritas de modo pertinente. Alguns aspectos do trabalho porém, são difíceis de se medir objetivamente, como as relações sociais, o nível de demanda (muito alto ou muito baixo), o grau de autonomia, bem como, o grau de influência que o comportamento de vida das pessoas têm sobre sua saúde e o trabalho desenvolvido.

A relação do ser humano com as doenças é bastante complexa, exprimindo características pessoais de hereditariedade e capacidade de adaptação ao meio em que se está inserido. O estudo das doenças ocupacionais e das doenças relacionadas ao trabalho, oferecem importante oportunidade para atuação em prevenção e melhoria da qualidade de vida no trabalho, no entanto, estas doenças constituem apenas uma pequena parcela das atuais causas de mortalidade e morbidade dos empregados, pois, doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas, somam a maior parte (Shephard 1988). Os estudos sobre estas doenças, chamadas de *Doenças da Civilização Moderna*, têm demonstrado existir relação entre a forma de viver e o seu desenvolvimento.

Baseado nestes conhecimentos, a *Ergonomia* vem propor uma abordagem mais ampla do estudo do ser humano no trabalho, procurando conhecer o indivíduo além dos portões das empresas e instituições, dispondo-se a avaliar aspectos do estilo de vida e incentivar a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

As doenças crônico-degenerativas tem relação com idade, sexo e herança genética, mas também, sofrem influência dos *fatores de risco*. Estes fatores incluem: estresse, inatividade física, alimentação pobre em fibras e com elevados teores de gorduras, obesidade, tabagismo e excesso de consumo de álcool (Douglas, 1992; Paffenbarger Jr.; 1993). O trabalho é também considerado um fator de risco, principalmente quando não há adaptação. Para uma grande parte da população, ele é desprovido de atividades físicas e a qualidade das relações humanas existentes são, geralmente, tensas. Os horários fixos, a rotinização, a falta de equipamentos adequados e de um espaço planejado, aliados a uma má organização, fazem com que este se torne um sofrimento e contribua para a queda da *qualidade de vida* do ser humano (Moura, 1993; Vieira e Hanashiro, 1990).

Incluídas neste mundo do trabalho, após a revolução industrial, e mais expressivamente após a segunda guerra mundial, estão as mulheres. Se, por um lado, a conquista deste espaço melhorou suas vidas, trazendo maior independência e recursos financeiros, por outro, tem apresentado aspectos negativos, pois as mulheres vêm apresentando um aumento de hábitos nocivos à saúde, como é o caso do aumento do tabagismo e do aumento do consumo de álcool considerados como comportamentos de enfrentamento (Ross & Bird, 1994).

A maioria dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças é comum a ambos os sexos, no entanto, algumas particularidades tornam necessários estudos em separado dos sexos feminino e masculino. Como exemplo, pode-se citar o uso de anticoncepcionais orais, a menopausa e suas alterações hormonais, a dupla jornada feminina, além do estresse devido a toda uma situação de desvantagens e desigualdades dentro da maioria das sociedades atuais.

As universidades não são empresas, mas são porém, locais de trabalho onde a melhoria da qualidade de vida de seus servidores docentes e técnico-administrativos é uma meta almejada.

Na revisão da literatura, não foram encontrados estudos sobre a saúde e programas de incentivo à saúde de servidores de universidades, do tipo dos programas de promoção da saúde (PPS) desenvolvidos nas empresas.

O levantamento dos hábitos de vida e comportamentos em saúde dos vários grupos de trabalhadores, antes de qualquer intervenção ao nível de PPS, é necessário para que se estabeleça que tipo de programa ou abordagem é necessária para cada grupo.

O presente estudo visou investigar alguns aspectos epidemiológicos e do estilo de vida das servidoras docentes e técnico-administrativas da UFSC, e propor um programa de educação e promoção da saúde dentro da UFSC.

Sendo as universidades formadoras de potencial humano, acredita-se que o efeito da melhoria da qualidade de vida no trabalho, de seus servidores, e principalmente dos servidores docentes, influencie uma parcela maior da sociedade, auxiliando no processo de formação de uma consciência da necessidade de se investir na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Objetivos do Estudo

Gerais

Os objetivos gerais deste estudo foram: (a) Caracterizar alguns aspectos epidemiológicos e de hábitos de vida das servidoras da UFSC, visando conhecer esta população; (b) Propor estratégias de abordagem para programas de promoção da saúde da UFSC.

Específicos

(a) Verificar quais as doenças e queixas de saúde que mais comumente são relatadas pelas servidoras docentes e técnico-administrativas da UFSC;

- (b) Avaliar o nível de *aptidão física relacionada à saúde* (*aptidão cardiorrespiratória e índice de massa corporal*) das servidoras docentes e técnico-administrativas da UFSC;
- (c) Apontar quais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas estão presentes nesta população;
- (d) Relacionar hábitos de vida e nível de aptidão física com aspectos demográficos das servidoras da UFSC (nível sócio-econômico e idade);
- (e) Propor diretrizes para programas de incentivo ao comportamento preventivo em saúde.

Questões Investigadas

Considerando a população das servidoras docentes e técnico-administrativas da UFSC no ano de 1994, buscou-se responder às seguintes questões:

- (a) Quais as doenças que mais acometem esta população ?
- (b) Que medicações são mais freqüentemente utilizadas por estas mulheres em estudo ?
- (c) Que faixa etária e que nível socio-econômico é mais ativo fisicamente ?
- (d) Como está esta população em termos de aptidão física relacionada à saúde (*aptidão cardiorrespiratória e índice de massa corporal*) ?
- (e) Que estratégias deve-se propor para motivar esta população para que tenha hábitos de vida mais saudáveis e pratique mais atividade física, particularmente os grupos identificados como de maior risco ?

Delimitações

Este estudo deriva-se de um amplo projeto onde várias questões relativas aos hábitos de vida e de atividades físicas dos servidores da UFSC foram abordados (Nahas et alii, 1995). Esta pesquisa a

A presente pesquisa limita-se a abordar alguns aspectos do comportamento preventivo em saúde da comunidade feminina da UFSC, tendo sido aplicada uma entrevista médica de modo a apontar as questões que devem ser enfatizadas na elaboração de um programa de promoção da saúde específico para esta população.

O estudo tem um enfoque descritivo, buscando os aspectos que caracterizam este grupo de mulheres.

Foram levados em consideração os aspectos epidemiológicos e de hábitos de vida desta população, a partir de medidas antropométricas e funcionais, informações e da percepção das respondentes. Não fez parte da pesquisa o levantamento dos hábitos alimentares das servidoras.

Definição de Termos

Atividade física regular - é considerada quando executada pelo menos três vezes por semana, por um período de 20 a 60 minutos e numa intensidade moderada ou vigorosa - $\geq 40\%$ da capacidade máxima individual (Bouchard et alii, 1990).

Aptidão física relacionada à saúde - estado ou condição caracterizada pela capacidade de realizar atividades diárias com mais vigor e que está associado com menores riscos de doenças hipocinéticas (Nahas, 1989).

Comportamento preventivo em saúde - representa um conjunto de ações individuais ou coletivas, executadas voluntariamente pelo indivíduo em estado assintomático em relação a uma doença específica com o objetivo de minimizar o potencial de ameaça percebido em relação à mesma (Marcon, 1990).

Doenças profissionais/ocupacionais - são aquelas doenças que ocorrem em uma determinada atividade profissional, identificando-se um fator de risco característico que é o agente etiológico da doença (Bedrikow, 1987).

Doenças relacionadas ao trabalho - são aquelas doenças que estão relacionadas ao trabalho que a pessoa desenvolve, mas não se pode identificar um fator de risco característico, pois são doenças de causas multifatoriais (Bedrikow, 1987).

Doenças crônico-degenerativas - são doenças de etiologia (causa) multifatorial decorrentes do processo degenerativo do organismo, também referidas como Doenças da Civilização (Pegado, 1999).

Ergonomia - etimologicamente, significa estudo das leis do trabalho; é o estudo científico das relações entre o homem e o seu ambiente de trabalho. O termo ambiente é utilizado num sentido global, incluindo também equipamentos, aparelhos, ferramentas, materiais, métodos e a própria organização do trabalho (Santos, 1994).

Estilo de vida - Modo de viver, hábitos, que podem ser saudáveis ou nocivos ao organismo (Brasil, 1988).

Fatores de risco - são os elementos considerados como desencadeadores das doenças crônico-degenerativas (OMS, 1990).

Prevalência - é a frequência de doenças que existem em qualquer tempo, dentro de um período. Inclui todas as doenças que estão ocorrendo, quer tenham começado antes ou durante o período em questão (Brasil, 1993).

Qualidade de vida - conjunto de fatores individuais e sócio-ambientais que caracterizam a forma como vive o ser humano (Alvarez, 1996).

Qualidade de vida no trabalho - condições favoráveis ou desfavoráveis ao empregado resultantes de um ambiente de trabalho (Paraguay, 1990).

Organização dos Demais Capítulos

O Capítulo II (Revisão da Literatura) apresenta duas partes: num primeiro momento são apresentadas as informações sobre os fatores do estilo de vida que afetam a saúde, dividido-se em: estilo de vida e saúde; comportamento preventivo em saúde e a prática de atividades físicas como

forma de prevenção. Num segundo momento, o enfoque é na relação do trabalho com a saúde da mulher trabalhadora, contendo os itens: relação da Ergonomia com a saúde do trabalhador; qualidade de vida no trabalho e os programas de promoção da saúde da mulher trabalhadora.

No Capítulo III (Metodologia), estão descritos os procedimentos relativos a seleção da amostra, escolha dos instrumentos utilizados para a coleta de dados e as variáveis estudadas.

Segue-se o Capítulo IV, onde são apresentados e discutidos os resultados do estudo.

Por fim, o Capítulo V, com o sumário, as conclusões e recomendações para um Programa de Promoção da Saúde na UFSC. Na seqüência, estão as Referências Bibliográficas e o Anexo.

Capítulo II

REVISÃO DA LITERATURA

Estilo de Vida e Saúde

Estilo de Vida e Doenças da Civilização

Muitos são os fatores que podem influenciar a saúde e o bem estar. Estes fatores podem apresentar-se a nível individual ou coletivo. Aspectos coletivos importantes são a poluição ambiental e a infra-estrutura do local de moradia, principalmente no que diz respeito aos aspectos básicos de saúde pública, como água, saneamento básico e coleta de lixo. Do ponto de vista sócio-psicológico aparecem os diversos níveis de exigências da vida em sociedade e das relações com outros seres humanos, seja a nível comunitário ou no trabalho, capazes de gerar ansiedade e estresse.

A nível individual, os fatores mais importantes a serem salientados relacionam-se com o estilo de vida pessoal, ou seja, a quantidade e qualidade da alimentação ingerida, o controle do peso, o uso de fumo, álcool e drogas em geral, a prática de atividades físicas regulares, a atitude frente à vida e seus agentes estressores (Bouchard et alii, 1990; Brasil, 1995; Nieman, 1990; Ornish et alii, 1990).

As causas de morte e as doenças que mais acometem os seres humanos vêm mudando com o passar do tempo. No passado havia maior morbidade e mortalidade devido a doenças infecto-contagiosas; hoje em dia estas são menos importantes do que as doenças relacionadas ao estilo de vida individual (Avis, McKinlay & Smith, 1990; Temple & Burkitt, 1993).

Através de estudos epidemiológicos constata-se que as doenças que mais acometem os seres humanos na atualidade são aquelas chamadas, em conjunto, de *Doenças Crônico-Degenerativas* (DCD).

No Brasil e, principalmente, nos países desenvolvidos as doenças crônico-degenerativas que ocorrem com maior freqüência são: a Doença Coronariana Aterosclerótica (DCA), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Câncer (Ca), o Diabetes Mellitus (DM) e as Doenças Bronco Pulmonares Obstrutivo-Crônicas (DBPOC) (Gyarfas, 1992).

Outros distúrbios freqüentemente relacionados ao estilo de vida moderno e também considerados como "doenças da civilização" são: os distúrbios mentais (ansiedade, depressão, neurose), as doenças psicossomáticas (aquelas onde o componente emocional é claro e evidente: gastrite, úlcera, vários tipos de dermatoses), as alterações dos lipídeos sanguíneos (colesterol, triglicérides), os problemas com drogas e álcool (uso abusivo ou dependência), as doenças nutricionais (obesidade, anorexia) e os distúrbios osteoarticulares - artrites, artroses, algias da coluna, hérnia de disco (Pegado, 1990).

✧ Todas estas doenças e distúrbios tem etiologia multifatorial, ou seja, não há uma causa única e bem definida para o seu desenvolvimento, sendo vários os aspectos do estilo de vida que vão precipitar seu aparecimento ou não. Algumas destas enfermidades podem ser consideradas como *doenças relacionadas ao trabalho*, pois o exercício das atividades profissionais pode agravar ou acelerar seu desenvolvimento (Bedrikow, 1987).

Os fatores que influenciam o aparecimento destes tipos de doenças são chamados de *fatores de risco* e são divididos em modificáveis e não modificáveis. Os fatores considerados não modificáveis são aqueles como idade, sexo e história familiar. Os fatores modificáveis são relacionados ao meio ambiente (onde a pessoa vive e trabalha), ao estilo de vida, incluindo o tipo de alimentação, a atividade física habitual, o controle do estresse e do peso corporal, o consumo de álcool e o tabagismo.

Com o processo de urbanização e desenvolvimento das comunidades, muitos benefícios à saúde foram conseguidos, como o maior controle de

doenças infecto-contagiosas e de fatores da natureza que ameaçavam a integridade física. Entretanto, vários hábitos que foram adquiridos com este estilo de vida moderno, tem proporcionado efeitos negativos à saúde. Pegado (1990) refere-se a isto como sendo a "Síndrome da Inadaptação Funcional ao Estilo de Vida Sedentário".

Algumas características das mudanças ocorridas no estilo de vida das sociedades urbanas e industrializadas incluem: (a) vida mais sedentária; (b) excesso de peso; (c) alimentação pobre em alimentos integrais e rica em alimentos industrializados (refinados, hipercalóricos e com pouca qualidade nutricional); (d) Poluição e contaminação ambiental; (e) Maior competitividade e necessidade de atualização devido a um crescente número de informações do meio e (f) Maior envolvimento social e maior exposição à violência (Pegado, 1986).

Observa-se que grande parte dos *fatores de risco* podem ser modificados através de alterações de comportamento individuais, no entanto, as pesquisas chamam a atenção para o quanto os fatores sócio-culturais interferem na escolha destes comportamentos individuais, constituindo-se no modo de viver das pessoas.

Starrin et alii (1993), referem que o conceito de estilo de vida e de modo de vida são diferentes, sendo que este último apresenta-se mais estável, levando gerações para ser mudado. Os fundamentos do modo de vida estão embasados na forma de trabalho e na visão de mundo, sendo que cada forma de trabalho tem seu conjunto de noções específicas, normas e valores que, juntos, constituem-se nas condições internas de existência - a visão de mundo de um modo de vida. Para estes autores existem dois modos de vida básicos, ambos associados ao trabalho, o modo de vida tipo carreira e o modo de vida tipo trabalhador.

O modo de vida tipo carreira inclui competição, competência e atualização constante, além da necessidade de respeitabilidade e representatividade, mesmo nos períodos de lazer - estes períodos são apenas recreação. Já para o tipo trabalhador, que não necessita estar com as demandas do trabalho em mente, o período de lazer representa momentos onde a pessoa está, realmente, livre do trabalho. Na sociedade

atual, cuidar da saúde é um dos ingredientes para respeitabilidade e representatividade, assim, é observado que o grupo que tem o modo de vida tipo carreira está mais receptivo para mudanças no estilo de viver (Starrin et alii, 1993).

O modo de vida afeta a saúde do ser humano através do sistema biológico, fisiológico, imunológico e anatômico (Bouchard et alii, 1990). Existindo diferenças na morbidade e mortalidade dos sexos feminino e masculino, estando este fato relacionado, possivelmente, a uma interação de fatores biológicos e socio-culturais (Kandrack & Segall, 1991).

Nos países desenvolvidos tem ocorrido um declínio na mortalidade por doenças cardiovasculares devido a um melhor controle dos fatores de risco, respondendo estes por 54 % de tal redução (Starrin et alii, 1993).

A presença de vários fatores de risco exercem um efeito multiplicativo mais do que um efeito aditivo nas chances de desenvolvimento de doença coronariana aterosclerótica, por isso, a aparição cumulativa destes fatores deve merecer atenção especial. Isto é muito importante para alguns grupos ocupacionais cuja função desenvolvida é extremamente sedentária e geradora de estresse.

Apesar dos vários estudos sobre o estilo de vida (hábitos e atitudes relacionados à saúde) e sobre a qualidade de vida no trabalho, poucos estudos têm referenciado a saúde do trabalhador no seu contexto geral (Alvarez, 1996).

Estresse

O controle do estresse é fundamental para a melhoria da qualidade de vida, estando relacionado com maior imunidade e menor prevalência de doenças (Nieman, 1990; Ornish, 1990).

Dois tipos de estresse ambiental crônico parecem aumentar o risco de doenças: o estresse do trabalho e o estresse por isolamento social. Os empregos geradores de alta tensão são definidos na literatura como sendo aqueles que tem alta demanda, porém com pouco controle, já o isolamento social diz respeito a pouco amparo e recompensa social - associado a pertencer a classe social baixa (Tuomi, 1994).

Do ponto de vista pessoal, pode-se citar o estresse psicossocial e os sintomas depressivos (não necessariamente depressão clinicamente diagnosticável) como fatores que se relacionam com maior risco de desenvolvimento de doenças. Também é um fator pessoal, a personalidade de perfil hostil (atitudes cínicas com os outros, raiva freqüente e comportamento agressivo demais). Estes agentes estressores podem contribuir para um maior risco de doença cardiovascular pelo aumento da atividade e da reatividade do sistema nervoso simpático (Williams et alii, 1993).

Starrin et alii (1993), referem que as comunidades de trabalhadores do tipo "blue-collar" (operários, operadores de máquinas, mecânicos) apresentam maiores índices de doenças crônico-degenerativas do que as "white-collar" (profissionais de escritório, vendas, técnicos), relacionando isto aos maiores índices de estresse apresentados por este grupo de trabalhadores. Alguns dos fatores que contribuem para esta situação são o trabalho monótono e o maior número de desempregos neste grupo. Outro fator diz respeito aos recursos para resistência aos fatores estressores, os quais incluem dinheiro e conhecimento - quanto mais conhecimentos a pessoa tiver e maiores forem os seus recursos financeiros, maiores são as suas chances de manejar os estresses negativos da vida.

Johnson-Saylor (1991), refere que existe correlação entre hostilidade e doenças coronarianas e a taxa de mortalidade geral. Ressaltando também, que existe um fator do modo de encarar a vida, chamado em inglês de "hardness" (vigor, ânimo), que é o responsável por uma relação positiva com saúde, mesmo em grupos onde existem altos índices de estresse. Os componentes de "hardness" seriam comprometimento, controle e boa aceitação de desafios.

Sabe-se que muitos comportamentos agressivos à saúde, como o consumo excessivo de álcool ou tabaco, estão relacionados com o nível de estresse ocupacional, sendo considerados "comportamentos de enfrentamento" (Paraguay, 1990).

Tabagismo

De todos os hábitos que afetam a saúde, fumar é o que tem maiores conseqüências. Fumar aumenta o risco de desenvolvimento de doença arterial coronariana, AVC, enfisema, pneumonia e outras infecções respiratórias, bronquite, câncer de pulmão, câncer de uma série de outros órgãos como laringe, esôfago, pâncreas, bexiga e colo uterino e está relacionado com avaliação menos positiva do estado de saúde (Ross & Bird, 1994). O risco de desenvolvimento de doença arterial coronariana é o dobro em fumantes e, para aqueles fumantes na faixa etária de 45 a 65 anos, este risco encontra-se triplicado (Brasil, 1993).

As campanhas anti-fumo sempre fazem parte dos programas de melhoria da qualidade de vida nas empresas e, segundo Bernardi (1994), os funcionários fumantes representam 25 % a mais de custos em saúde para as empresas do que os não fumantes, pois adoecem com mais freqüência e tem mais dificuldade de se recuperar de suas enfermidades. O número de faltas ao serviço por problemas de saúde e sua relação com outros hábitos prejudiciais à saúde como a inatividade física e o uso exagerado de café, são dados que fazem com que se considere o tabagismo como um importante fator a ser combatido. Na pesquisa de Stonecipher & Hyner (1993), observou-se que as mulheres que fumavam participaram em menor número da avaliação para a instituição de um Programa de Saúde no Trabalho.

Álcool

O consumo de álcool, em baixos a moderados níveis, tem sido descrito na literatura como capaz de reduzir o risco de doença coronariana aterosclerótica. Os principais efeitos cardioprotetores são obtidos através do aumento do colesterol HDL (lipoproteína de alta densidade). Já o consumo exagerado desta substância, apresenta relação com uma série de doenças, entre elas cirrose hepática, cardiomiopatia e arritmias cardíacas, vários tipos de câncer, acidente vascular cerebral (derrame) e também está intimamente relacionado com acidentes de carro e outros tipos de traumas. Para a mulher, deve ser observado que o álcool aumenta as chances de

desenvolvimento de câncer de mama, mesmo em pequenas doses (Bouchard et alii, 1990; Simon, 1994).

Dieta

Alguns aspectos da dieta, como o conteúdo de gorduras saturadas, fibras solúveis em água e colesterol tem sido relacionados com doença arterial coronariana e vários tipos de câncer.

A redução dos níveis de colesterol total, colesterol LDL (lipoproteína de baixa densidade) e o aumento dos níveis de colesterol HDL (lipoproteína de alta densidade) estão relacionados a uma menor prevalência de doença arterial coronariana.

Menores níveis de colesterol total e de colesterol LDL são obtidos através de uma dieta balanceada, contendo um maior número de calorias a partir de carboidratos complexos (cereais, leguminosas, verduras, legumes e frutas), uma quantidade pequena de proteínas de origem animal e um máximo de até 25 a 30 % das calorias totais na forma de gorduras (apenas 10 % saturadas). O colesterol da dieta também influencia seus níveis séricos, porém em menor escala do que as gorduras saturadas, sendo orientado para que o seu conteúdo total na dieta não ultrapasse 100 a 300 mg., conforme o autor. A redução de 1 % nos níveis séricos de colesterol está relacionada com uma diminuição de 2 a 3 % no risco de desenvolvimento de doença cardiovascular coronariana (Simon, 1994).

Alguns suplementos dietéticos como vitaminas (niacina, vit. A, vit. C, vit. E) estão sendo relacionados com menor oxidação da LDL, assim como o consumo de peixes ou óleos de peixe contendo ácidos graxos Ômega - 3 tem relação com menor agregação plaquetária. Ambos fatores tem fundamental importância na formação da placa de ateroma (Sharlin et alii, 1992).

A aterosclerose é um processo de estreitamento progressivo da luz da artéria resultante da formação da placa de ateroma, processo degenerativo que resulta de alterações ao nível da parede das artérias, deposição de gorduras e agregação plaquetária. Os altos níveis de colesterol na dieta estão relacionados à maior formação de placas de ateroma. A consequência é o mau fornecimento de sangue e oxigênio aos tecidos com as

conseqüentes lesões como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral - derrame (Nieman , 1990).

Um maior consumo de fibras está associado a redução do câncer e menor mortalidade por doença coronariana. Além da redução do colesterol LDL, as fibras parecem retardar a absorção da glicose, reduzindo os níveis de insulina e melhorando a tolerância à glicose. Um consumo de 25 g de fibras diariamente é recomendado - 60g de aveia ou 100g de feijão diários parecem apropriados (OMS, 1990).

Outros aspectos dietéticos, como moderação no consumo de sal (devido a suas relações com a hipertensão), e açúcar refinado, devido a suas relações com diabetes e cáries dentárias, devem ser observados.

Kohlmeier (1991) refere que o comportamento alimentar de uma população é um indicador sensível dos padrões de doenças futuros, podendo servir de "barômetro" da morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas.

Controle de Peso

O índice de massa corporal - IMC , também chamado de índice de Quételet, é usado como referência para estabelecer-se padrões de massa corporal em estudos populacionais, sendo obtido pela divisão da massa corporal em quilogramas, pela estatura em metros².

O IMC tem sido utilizado para avaliação do risco de morbidade e mortalidade por doenças crônicas. A relação entre o risco relativo de mortalidade total e o IMC tem sido identificada como uma curva em "U", assimétrico, sendo que o menor risco (parte horizontal do U) fica aproximadamente no intervalo de IMC de 20 a 30 kg.m². Ou seja, os dois extremos de IMC estão associados com maior risco de morbidade e mortalidade. Um baixo IMC tem relação com menor resistência orgânica, estando mais relacionado com doenças bronco-pulmonares, já o IMC excessivo associa-se com maior chance de desenvolver Doença Coronariana Aterosclerótica e câncer (Anjos, 1992; PNSN, 1991).

Estar acima do peso está relacionado a um auto-conceito de saúde mais negativo, maior mortalidade, maior incidência de doença cardíaca,

diabetes do adulto, hipertensão arterial, dores na coluna e maior inatividade física (Ross & Bird, 1994).

A obesidade ($IMC \geq 30$) implica em inúmeros riscos para a saúde, sendo observado que para cada 1 kg de excesso de peso a expectativa de vida é encurtada em 2 meses, sendo que a manutenção de um peso ideal está relacionada com a redução de 35 a 55 % do risco de desenvolvimento de DCA (Simon, 1994).

Existe relação entre obesidade e uma série de doenças como: (a) doenças cardiovasculares: hipertensão, acidente vascular cerebral, doença coronariana aterosclerótica (DCA), insuficiência cardíaca congestiva; (b) alteração do perfil lipídico, tornando-o mais aterogênico: aumento da LDL e dos triglicérides e redução do HDL; (c) propensão a doenças metabólicas: diabetes não-insulino dependente, hiperuricemia, impotência e oligospermia, no homem, e amenorréia e infertilidade, na mulher; (d) artrose; (e) colelitíase; (f) diversos tipos de câncer: cólons, reto e próstata, no homem, e endométrio, vesícula, colo uterino, ovário e mamas na mulher; (g) hipoventilação pulmonar; (h) esteatose hepática; (i) varizes (Bertolami, 1995; OMS, 1990).

A obesidade é um fator de risco independente para doença coronariana, sendo o padrão de distribuição da gordura com predominância na região torácica e abdominal - obesidade do tipo andróide, o maior responsável por esta associação. Um dos mecanismos sugeridos diz respeito ao metabolismo do tecido adiposo, sendo sugerido que nos portadores de obesidade abdominal há maior lipólise com conseqüente liberação de ácidos graxos livres, com incremento da síntese de VLDL (lipoproteína de muito baixa densidade) e suas conseqüentes alterações do perfil lipídico. Além disso, a obesidade visceral associa-se ao estilo de vida, sendo mais comum nos fumantes, etilistas e nas mulheres com estresse psico-social (Bertolami, 1995).

Sedentarismo

A vida moderna propicia pouca ou nenhuma oportunidade para o envolvimento em atividades físicas; no trabalho exige-se cada vez mais capacidade intelectual e decisão diante de equipamentos informatizados e

automatizados e menor atividade muscular (Cox, Shephard and Corey, 1987). O fato da população não estar envolvida em trabalhos ativos fisicamente não traria tantas conseqüências, se o lazer não fosse também sedentário e o dia a dia cheio de comportamentos agressivos ou danosos à saúde (Brasil, 1995).

Existem vários estudos clássicos relacionando o sedentarismo e as doenças crônico-degenerativas. O aspecto que chamou a atenção destes estudiosos foi que havia menor *prevalência* de doenças cardiovasculares entre os trabalhadores cuja ocupação envolvia maior atividade física do que mental.

Morris (1953) na Inglaterra, investigou a prevalência de doença coronariana entre os motoristas e cobradores de ônibus (ônibus de dois andares), concluindo que estes últimos apresentavam menos doenças cardiovasculares devido ao seu trabalho ser provido de atividades físicas.

Outro estudo clássico e de grande repercussão foi o de Paffenbarger, realizado na década de 70-80, com um acompanhamento prospectivo de 16 mil pessoas por um período de 16 anos, que demonstrou que a maior capacidade física estava diretamente relacionada com a prevenção ou retardo no aparecimento de doença coronariana e maior longevidade humana. Vários outros aspectos como o tabagismo, a hipertensão e os lipídeos sanguíneos também foram relacionados com a prática de atividades físicas e os resultados demonstraram a atenuação dos malefícios causados por estes *fatores de risco* quando a pessoa pratica atividades físicas regularmente, isto é, com um gasto calórico semanal entre 2000 a 3500 kcal/semana, sendo que benefícios já podem ser observados à partir de um gasto semanal de 1000 kcal. Os achados desta pesquisa demonstram que um gasto energético em torno de 2000 kcal/semana está associado a uma taxa de mortalidade 30% menor do que a taxa normal, para indivíduos sedentários (Paffenbarger Jr., 1986).

Outro trabalho também contundente foi o de Ornish, publicado em 1990, no qual o autor, através de um estudo prospectivo e com monitoração das lesões arteriais por cineangiocoronariografia, constatou que a placa de aterosclerose, responsável pela obstrução coronariana, pode não só ser

prevenida mas que também ocorre redução desta, mesmo quando já instalada, através de uma dieta rica em fibras e com baixos teores de gorduras, o não tabagismo, o controle do estresse e a prática de atividades físicas regulares.

Nieman, em 1990, pesquisou extensivamente a literatura e relacionou uma série de evidências científicas sobre a prática regular de atividades físicas e os benefícios à saúde. Classificados como consenso estabelecido, estão: melhoria da capacidade funcional, prevenção de doença coronariana, controle da hipertensão, melhoria do padrão de lipoproteínas (redução do colesterol total e aumento do colesterol HDL - fator de proteção, melhoria da disposição, decréscimo em ansiedade e depressão, e melhora da auto-estima.

O risco relativo de desenvolvimento de doença coronariana aterosclerótica de quem é sedentário é de 1,5 a 2,4 vezes maior do que quem é fisicamente ativo, um aumento de risco comparável àquele observado para hipercolesterolemia, hipertensão e fumo. A atividade física reduz o risco de doença coronariana através de uma série de mecanismos fisiológicos e metabólicos. Isto inclui: potencial para aumentar os níveis do colesterol HDL, redução dos níveis de triglicerídios, redução da pressão arterial, aumento da fibrinólise e alteração da adesão plaquetária (reduzindo o risco de trombose), aumento da sensibilidade à insulina e dos níveis de tolerância à glicose e redução da sensibilidade miocárdica aos níveis de catecolaminas (Pate et alii, 1995). A literatura refere que a prática de atividades físicas, também, reduz a morbidade e mortalidade total, ou seja, as pessoas que são fisicamente ativas adoecem menos (Thompson, 1994).

Outro aspecto importante diz respeito às doenças musculoesqueléticas. Observa-se que para uma mesma carga de trabalho, indivíduos que tem condicionamento físico diferentes necessitam de um menor ou maior esforço físico. Assim, as pessoas que estão em melhor forma física tendem a sofrer menos problemas de coluna e mesmo quando o têm, sua recuperação é melhor (Troup, 1979). Os exercícios físicos, as posturas corretas, junto com a participação da ergonomia, podem funcionar como excelente meio de se prevenir e impedir muitos problemas musculoesqueléticos, reduzindo-se

assim, o número de doenças ocupacionais (Achour, 1995; Genaidy et. al., 1992; Merino, 1996).

Comportamento Preventivo em Saúde

Comportamento Preventivo em Saúde é definido por Pender (1975), como: ações individuais ou coletivas, executadas voluntariamente pelo indivíduo em estado assintomático em relação a uma doença específica com o objetivo de minimizar o potencial de ameaça percebido em relação à mesma. Ainda para Pender, o Comportamento Preventivo em Saúde divide-se em: tomada de decisão e ação.

Para Candeias & Marcondes (1979), o Comportamento Preventivo em Saúde é um processo seqüencial que se efetiva em cinco fases:

- 1 - Aquisição de conhecimento correto;
- 2 - Formação de atitude favorável à adoção de uma determinada prática em saúde;
- 3 - Avaliação da situação, considerando que a mesma é formada:
 - a - pelas normas sociais e padrões culturais favoráveis ao objeto;
 - b - pelos apoios estruturais e seus impactos sobre o comportamento do indivíduo;
 - c - pela coerção social;
- 4 - Aceitação das práticas de saúde identificadas como adequadas
- 5 - Adoção da prática de saúde.

A bagagem de informação é elemento indispensável mas, não garante a ação da mudança de comportamento (Avis, McKinlay & Smith, 1990)

Para a *informação em saúde* bastam apenas algumas aulas ou visitas a profissionais da área da saúde, mas para uma *mudança de comportamento* são necessários semanas, meses e talvez anos, numa abordagem que vai além da individual mas, familiar, comunitária, no ambiente de trabalho e muitas vezes até na igreja. A mudança de comportamento é bastante dependente das opiniões, crenças, atitudes e valores à respeito da saúde (Marcon, 1990).

Muito mais do que a informação, é a forma como a pessoa se sente ameaçada ou não pelas doenças que vai interferir na sua busca por um

Comportamento Preventivo em Saúde. Assim, é mais provável que uma pessoa mude de atitudes apenas quando o seu organismo der algum sinal de distúrbio.

Sobre este tema, o Health-Belief-Model (HBM), postula que a probabilidade de adoção do comportamento apropriado para prevenção ou controle de algumas doenças depende da percepção do indivíduo de uma ameaça à sua saúde e a convicção de que a ação recomendada reduziria esta ameaça. A percepção da eficácia da ação preventiva recomendada depende de: uma avaliação pessoal dos benefícios percebidos do comportamento proposto (na redução da susceptibilidade para ou a condição da severidade) e, limitação (real ou percebida) para iniciação ou continuação de um comportamento (Dishman, 1995).

A Self-Efficacy Theory, descreve que todas as mudanças comportamentais são mediadas por um mecanismo cognitivo comum, a auto-eficácia. A confiança neste mecanismo é obtida de várias maneiras, incluindo experiências pessoais (boas ou más) e um exemplo produzido por outros (modelo). A auto-eficácia pode determinar: se o indivíduo tenta realizar uma dada tarefa; o grau de persistência quando encontrada alguma dificuldade e o sucesso final (Dishman, 1995).

O que as várias pesquisas tem relatado é que os incentivos à mudança de comportamento são efetivos por um determinado período de tempo, mas falham em manter o interesse dos indivíduos a ponto dos novos comportamentos serem realmente incorporados e haver uma verdadeira mudança de estilo de vida (Sallis, Hovell & Hofstetter, 1992; Sharpe & Connell, 1992).

A mudança de comportamento é um processo lento, que exige tanto informação, quanto uma formação de cultura. Assim, as campanhas contra os hábitos de vida nocivos à saúde devem começar na família, serem reforçadas na escola e mantidas pela sociedade através dos meios de comunicação e do governo.

A aceitação de hábitos nocivos à saúde como naturais e normais, como o tabagismo; o uso abusivo do álcool e a alimentação inadequada, transforma estes comportamentos e estas pessoas em paradigmas da

sociedade atual sendo, muitas vezes, relacionados com os mais altos níveis de "status" econômico e social. Esta atitude da sociedade atual dificulta o processo de formação de uma consciência da necessidade de um *comportamento preventivo em saúde*.

Wright et alii (1992), referem que os comportamentos agressivos à saúde podem ser considerados como manifestações de uma única característica de comportamento: "falta de auto-controle ". Ao relacionar comportamentos preventivos em saúde de 7248 pessoas, com as atividades físicas, Schneider & Greenberg (1992) observaram que aquelas que praticam tênis, caminham ou correm apresentam menos comportamentos agressivos à saúde como: obesidade, consumo de cigarros, consumo excessivo de álcool e não uso do cinto de segurança, do que aqueles que praticam esportes recreativos competitivos com a formação de times. Acrescentando, ainda, que as pessoas escolhem exercícios que se ajustam aos seus estilos de vida, sendo que alguns tipos de exercícios estão mais relacionados com um comportamento preventivo em saúde do que outros.

Já está bastante comprovado que um estilo de vida mais saudável é a chave para evitar-se uma série de doenças comuns em nossa sociedade, no entanto, a questão agora é o que fazer para encorajar as pessoas a fazer escolhas de opções saudáveis em suas vidas ? A resposta é que se deve atuar não só a nível individual, mas também coletivo. Os pesquisadores têm observado que a modificação ou não do comportamento individual, é influenciada pelo ambiente comunitário e social, sendo que os indivíduos são fortemente influenciados pelas normas ambientais que predominam em suas áreas de convívio.

Ressalta-se assim, a importância de se iniciar com as crianças, nas escolas, através de seus educadores, as campanhas de incentivo a um comportamento preventivo em saúde (Waltrick, 1996).

O papel do médico na sociedade atual

A questão de as doenças crônico-degenerativas serem preveníveis está tão esclarecida que o grande desafio da medicina, atualmente, é mudar muitos de seus conceitos e condutas e atuar mais incisivamente na área de

prevenção. Os médicos tem influência social e política e devem exercer um papel mais efetivo na sociedade. O papel educativo é uma função inerente à profissão médica mas, infelizmente muitos colegas não o assumem e pior do que isso, tem uma má qualidade de vida com comportamentos agressivos à própria saúde, não sendo apoio, nem exemplo a seus pacientes. O incentivo aos hábitos saudáveis pode ser feito no próprio consultório, e será um procedimento natural quando os próprios médicos estiverem envolvidos neste processo (Silagy et alii, 1992; Temple e Burkitt, 1993).

É comum encontrar-se pessoas idosas que referem terem sido advertidas pelo seu médico a não praticar qualquer tipo de atividade física, muitas vezes devido à hipertensão, artrite ou angina, todas elas enfermidades que seriam beneficiadas pela prática regular de algum tipo de atividade física (O'Brien e Vertinsky, 1991)

Segundo Bortz II (1992), nos Estados Unidos, 60 % das visitas aos médicos, internações hospitalares e mortes são devidas a causas evitáveis, porém não temos uma cultura de prevenção em saúde.

Para que as pessoas adotem um comportamento preventivo em saúde, é necessário que se crie condições para que isto aconteça, sendo necessário uma mudança de atuação política, econômica e cultural. Alguns exemplos são o encorajamento ao uso de bicicletas, oferecendo segurança através de ciclovias; restrição do tabagismo em locais públicos, construção de prédios que incentivem o uso de escadas ou rampas (Bouchard et alii, 1990). Para que uma campanha preventiva seja bem sucedida não é apenas o setor de saúde que deve participar, há a necessidade do envolvimento do governo, bem como das empresas e indústrias. A mudança de atitudes e de comportamentos que é necessária é tão profunda que, somente quando a prevenção funcionar como uma entidade integrada é que progressos serão obtidos. Há a necessidade do desenvolvimento de estruturas ao nível governamental, de entidades sociais e das empresas, acompanhadas pelas entidades médicas e de todos os setores de saúde para que os objetivos sejam alcançados (Magalhães, 1995; Morris & Collins, 1992).

O sistema de saúde atual está focado nas reservas e nos processos, mas no futuro será orientado para os objetivos em saúde. Se o sistema for

orientado para os resultados, o indivíduo, a família e a comunidade colocar-se-ão numa posição de responder às necessidades das pessoas. Isto vai implicar na participação em debates sobre as prioridades, objetivos, alocação de recursos e avaliação dos resultados. Uma reforma desta magnitude exige cidadãos bem educados e bem informados (Bouchard et alii, 1990). O papel do médico na sociedade pode ser esquematizado assim:

<p style="text-align: center;">POLÍTICO</p> <p>Identificar os grupos de risco na comunidade e relatar para as entidades sociais</p> <p>Fazer "lobby" e criar normas e leis que facilitem a promoção da saúde</p>	<p style="text-align: center;">EDUCACIONAL</p> <p>Apresentar o problema para estudantes, colegas e líderes locais.</p> <p>Apresentar um modelo para melhoria dos problemas</p>
<p style="text-align: center;">ECONÔMICO</p> <p>Fazer "lobby" para incentivo financeiro de campanhas ou iniciativas de promoção de saúde na comunidade</p>	<p style="text-align: center;">COMO ENTIDADE DE CLASSE</p> <p>Prover suporte associativo para os esforços da comunidade</p> <p>Fazer "lobby" para aspectos preventivos na educação médica continuada</p>

Adaptado de Magalhães, 1995

A Prática de Atividades Físicas como Forma de Prevenção

A maioria das mulheres adultas não se exercita, muito embora esteja amplamente difundido que a prática de atividades físicas regulares traz benefícios para sua saúde como, redução do risco de doença coronariana, redução dos níveis de pressão arterial, redução da obesidade, podendo contribuir para a prevenção de osteoporose, também. Todas estas são enfermidades que acometem as mulheres da atualidade (Lee, 1993).

Os estudos com avaliações fisiológicas indicam que a mulher obtém os mesmos resultados da prática de exercícios do que os homens e que estes benefícios também ocorrem na idade avançada, quando então, são alcançados mesmo se as atividades físicas realizadas forem de baixa intensidade (Dubbert, 1992).

As pesquisas demonstram que a participação em atividades físicas está relacionada com os anos de educação. As pessoas mais instruídas praticam mais atividades físicas como forma de manutenção da saúde (Gillis & Perry, 1991; O'Brien & Vertinsky, 1991). Embora pareça muito lógico, isto pode ser reflexo de maior tempo disponível para o lazer e maior acesso aos locais de prática de atividades físicas, aspectos que parecem influenciar na habilidade de se fazer escolhas de comportamento.

Segundo Lee (1993), o processo de mudança de comportamento que é necessário para que um indivíduo adquira o hábito de se exercitar, ocorre em estágios: Pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Os indivíduos, hipoteticamente, movem-se através destes estágios, para frente e para trás, possivelmente desistindo por algum tempo de qualquer investimento, até adquirir um padrão estável de comportamento.

O conhecimento sobre a prática adequada de atividades físicas pode ser um fator importante para os primeiros estágios da adoção de exercícios, mas outros fatores parecem interferir mais na sua manutenção, como a importância que os indivíduos conferem a este fator. Uma grande pesquisa canadense, o Canada Fitness Survey, de 1984, obteve que a maioria dos respondentes, de idades acima de 35 anos, considera outros comportamentos relacionados à saúde, tal como dieta saudável e descanso adequado, como sendo mais importantes para a sua saúde do que a prática regular de atividades físicas (Lee, 1993).

Os modelos socio-psicológicos de atitudes relacionadas à saúde são, geralmente, fracos previsores da adoção de mudanças de atitudes. Um dado interessante é que as pesquisas não encontram diferenças significativas quanto às variáveis relativas ao conhecimento e às atitudes pró-exercício quando comparados os sexos, no entanto, as taxas reais de prática de atividades físicas são diferentes. O sexo feminino apresenta-se, sempre,

praticando menos atividade física do que o masculino e em ambos os sexos, a participação cai, marcadamente, com a idade. Ter baixo nível educacional também está relacionado a uma menor participação em atividades físicas regulares (Gillis & Perry, 1991; Hawkes & Holm, 1993; Johnson-Saylor, 1991; Lee, 1993; O'Brien & Vertinsky, 1991). A explicação mais aceita é que as mulheres encontram mais barreiras ao envolvimento em atividades físicas do que os homens. Por exemplo, as mulheres costumam ter mais responsabilidades domésticas do que os homens, geralmente, somando-se às suas atividades profissionais, tendo assim, menos tempo para suas atividades de lazer, além do que, elas encontram alguma pressão familiar para se ausentar de casa. Ter filhos é considerado uma barreira à prática de exercícios regulares (Gillis & Perry, 1991; Lee, 1993).

Uma série de razões, são apontadas por Lee (1993) como influenciadoras da menor participação das mulheres em atividades físicas: as mulheres, como grupo, tem menos recursos financeiros e menor nível educacional do que os homens, tendo assim, menos acesso aos locais para a prática de exercícios, considerando também, muitos deles inconvenientes. Historicamente, nas sociedades ocidentais, as meninas têm sido desencorajadas a participar de jogos ativos, competições, sendo efetivamente barradas em muitas atividades desportivas que estão disponíveis aos meninos. A mídia ignora ou dá pouca importância aos esportes femininos, o mesmo acontecendo com os maiores patrocínios, melhores treinadores e melhores locais para a prática do treinamento, tudo isto é priorizado aos homens.

Os médicos são considerados como influenciadores da questão do exercício, particularmente no caso de mulheres de meia-idade (35 aos 65 anos) e mais velhas. Estas pessoas, geralmente, sentem limitações físicas e só consideram que deveriam se exercitar se seu médico orientar neste sentido, e na maioria das vezes os médicos não recomendam por falta de informações sobre a correta prescrição de atividades físicas ou por que a prevenção não faz mesmo parte da prática médica corriqueira (O'Brien & Vertinsky, 1991).

As pesquisas apontam para alguma efetividade nas estratégias para o incentivo às mudanças de comportamento, pelo menos por algum tempo e principalmente naquelas pessoas que já estão praticando alguma mudança em seu jeito de viver, no entanto, elas falham em descobrir o que motiva os indiferentes adultos, sedentários, que seriam os mais beneficiados.

Este campo de pesquisa relativo à estratégias para incentivo às mudanças de comportamento vêm se desenvolvendo bastante na atualidade. O grande desafio para os programas de incentivo às atividades físicas para as mulheres é separar as barreiras reais à prática de atividades físicas regulares vivenciadas por estas e aquelas barreiras que são subjetivas e que, portanto, podem ser corrigidas através de informação e experiência.

Organização do Trabalho e Saúde

Qualidade de Vida no Trabalho

Após o período da Administração Científica do Trabalho (Taylorismo), onde o ser humano era visto como uma máquina, surge - em oposição - na década de 30, a Escola das Relações Humanas que lançou as bases para o que hoje se entende como movimento de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Sua relevância foi, principalmente, a teorização sobre a importância do ser humano ser respeitado em seus aspectos físico/orgânico, mental e social. Nos anos 50, com a corrente socio-técnica, surgem as tentativas de se resgatar o trabalho mais digno, mais humano, equilibrando isto com uma melhor organização técnica. No período que se seguiu, houve uma maior reflexão sobre os aspectos motivacionais no trabalho. Já na década de 70, na França, é aprovada sob forma de lei, a obrigatoriedade de todas as organizações desenvolverem um planejamento que vise a melhoria da "Qualidade de Vida no Trabalho". Nesta época, desenvolve - se a idéia de que as necessidades e as aspirações humanas também são parte da "responsabilidade social do empregador" (Moura, 1993; Vieira e Hanashiro, 1990).

Na década passada, o ponto central dos estudos versou sobre a necessidade de uma maior participação do empregado nas decisões da organização.

O período atual, ou seja, a década de 90, está sendo marcado pela necessidade de se ir além dos cuidados com o empregado dentro da empresa, mas da abrangência dos cuidados e das orientações para com a saúde geral destes, e dos seus familiares também. As organizações começam a entender que a “Qualidade de Vida no Trabalho” não pode ser dissociada da “Qualidade de Vida” do ser humano como um todo .

A Relação da Ergonomia com a Saúde do Trabalhador

Na análise ergonômica do trabalho aborda-se o(a) trabalhador(a) como um todo, elaborando hipóteses sobre as relações entre as condições e organização do trabalho e as manifestações expressas ou indiretas de fadiga, desgaste, desconforto, mal-estar e doenças. Chegando-se à conclusão, muitas vezes, que os males que acometem o ser humano, são fruto da associação do trabalho que ele desenvolve com o seu estilo de vida.

O estudo das doenças ocupacionais e das doenças relacionadas ao trabalho, oferecem importante oportunidade para atuação em prevenção e melhoria da qualidade de vida no trabalho, no entanto, estas doenças constituem apenas uma pequena parcela das atuais causas de mortalidade e morbidade dos empregados, pois, doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas, somam a maior parte (Goldblatt e Leon, 1991; Shephard , 1988).

Neste sentido, a *Ergonomia* vem incentivar uma abordagem mais ampla do estudo do ser humano no trabalho e cobrar dos setores de saúde e dos recursos humanos das empresas e instituições uma programação de investimentos para a melhoria da qualidade de vida no trabalho, dando importância aos aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças (Paraguay, 1990). Cada vez mais, as empresas que desejarem sobreviver e perpetuar-se deverão investir nas pessoas, valorizando seu capital humano, fornecendo possibilidades de crescimento, autonomia de decisão, flexibilidade de funções e melhor qualidade de vida (De Marchi, 1995).

Moura (1993), refere que a análise de custos e benefícios, feita pela Ergonomia, aponta para o fato de que “mudanças humanas” são mais eficazes do que mudanças baseadas em concepções originárias da engenharia ou da legislação.

A responsabilidade sobre uma melhor qualidade de vida não é tarefa individual, mas deve ser compartilhada com o empregador e o governo, tendo a sociedade para cobrar estas maiores oportunidades de qualidade de vida no trabalho, o que em consequência, traduz-se em maior eficiência e produtividade (Reilly & Ussher, 1988; Rosenfeld et alii, 1989).

Os Programas de Promoção da Saúde da Mulher Trabalhadora

Os Programas de Promoção da Saúde (PPS) tem sido desenvolvidos em muitas empresas, direcionados tanto para homens, como para mulheres trabalhadoras.

Os aspectos mais freqüentemente enfocados são as atividades físicas e recreacionais, dentro das empresas, trazendo uma grande contribuição ao bem-estar dos empregados, seja para aqueles funcionários onde sua demanda é excessiva, ou naqueles outros, cuja capacidade mental está muito acima da demanda (Shephard, 1988). Ainda segundo este autor, há um aumento da satisfação com o trabalho, uma melhor imagem da corporação, maior facilidade para o recrutamento de pessoal, um aumento na quantidade e qualidade da produção, um decréscimo em absenteísmo e “turnover”, uma redução nos gastos com saúde e uma menor prevalência de doenças ocupacionais e acidentes do trabalho, após a instalação de programas de promoção da saúde.

Devido ao estilo de vida não saudável ser o maior contribuinte para uma morbidade e mortalidade prematuras, os PPS com a proposta de reduzir fatores de risco associados a doenças tem se mantido como crescentes investimentos das empresas (Cohen et alii, 1991).

No desenvolvimento dos PPS é importante que se planeje os aspectos a serem abordados de maneira a que se tenha objetivos a alcançar (Kumpusalo et alii, 1992). Os aspectos mais comumente enfocados dizem respeito ao combate ao sedentarismo, ao tabagismo e ao uso drogas,

principalmente o álcool. Outro item que tem recebido atenção por parte das empresas é o setor de alimentação, com o oferecimento de refeições balanceadas, com menores teores de gordura e maiores opções de saladas e frutas e o incentivo à perda de peso para aqueles que se encontram com excesso (Bernardi, 1994).

Sabe-se que os níveis mais altos de educação estão associados a comportamentos mais saudáveis, assim como a uma maior participação em PPS. Deste modo, as intervenções educacionais devem ser adaptadas aos níveis dos vários grupos de funcionários, respeitando suas capacidades (Bouchard et alii, 1990; Gibbins, Riley & Brimble, 1993).

As iniciativas atuais e seus resultados

Não existem dúvidas de que os cuidados com saúde e segurança dos empregados tem melhorado ao longo dos anos, mas o sistema de saúde atual é indisciplinado e extremamente caro, chegando a ameaçar a segurança de emprego, pois torna difícil para muitas empresas sobreviver diante da competição internacional. Paga-se fortunas para médicos e hospitais para que tragam de volta a nossa saúde, mas não se investe quase nada para prevenir doenças e lesões (Stamper, 1987).

Algumas empresas como a Gillette, Xerox, IBM, Johnson e Johnson, Du Pont, Banco de Boston, Dow, Rhodia e Logos Pró-Saúde vêm investindo em campanhas de esclarecimento, programas de mudanças de hábitos de vida e na construção e manutenção de espaços para atividades físicas para seus funcionários e familiares, no entanto, a longo prazo, estes gastos são comprovadamente compensados, pois as pessoas que tem um estilo de vida mais saudável ficam menos doentes e, se ficam doentes, levam menos tempo para se recuperar (Bernardi, 1994; Karch, 1995; Pegado, 1990).

As pesquisas demonstram que investir em programas de atividade física e mudança de hábitos reduz sensivelmente os custos com seguro e assistência médica e as faltas ao trabalho. A Gillette, por exemplo, refere ter obtido uma relação custo-benefício de 1/2,5 \$, ou seja: para cada dólar investido nos programas de prevenção e promoção da saúde, foi reduzido o custo com saúde dos funcionários em 2,5 dólares. Segundo cálculos feitos

pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho, no ano 2000 as grandes empresas gastarão, em média, 1000 dólares mensais com planos de saúde para cada funcionário (Karch, 1995).

Isto explica, em parte, o grande interesse atual das empresas em investir em planos de prevenção, pois prevenir significa gastar bem menos. A outra parte, é explicada pela própria sociedade, que hoje reivindica mais e melhores condições de vida e de trabalho.

Os resultados dos Programas de Promoção da Saúde a longo prazo, ainda necessitam de estudos mais bem fundamentados e com maiores critérios científicos, no entanto, os resultados a curto prazo tem demonstrado, serem estes, um ótimo investimento para as empresas e a sociedade, em geral (Shephard, 1988).

Capítulo III

METODOLOGIA

Caracterização do Estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo descritivo, de caráter diagnóstico, com interesse na história médica e nos hábitos de vida de um grupo de servidoras docentes e técnico administrativas da UFSC, visando a proposta de um programa de incentivo ao comportamento preventivo em saúde para esta população.

População e Amostra

Os participantes da pesquisa foram 202 servidoras, sendo 159 servidoras técnico-administrativas (STA) e 43 servidoras docentes (SDO).

A amostra original, selecionada aleatoriamente (estratificada por sexo e faixa etária) incluía 289 mulheres. Ao final de quatro meses de coleta de dados, o número final de mulheres avaliadas foi de 219 servidoras. Destas, 202 foram entrevistadas sobre aspectos epidemiológicos de suas vidas e fazem parte do presente trabalho, constituindo 70% da amostra original. Mulheres grávidas não participaram deste estudo.

A amostra foi selecionada por faixa de idade: abaixo de 30, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 a 69 anos, através da técnica estratificada e admitindo-se um erro estimativo de 8 %.

Instrumentos e Variáveis

Foram coletadas informações, através de um questionário, de uma entrevista médica; medidas antropométricas (peso e estatura); funcionais (pressão arterial e frequência cardíaca de repouso e pós-exercício) e de testes de aptidão física relacionada à saúde.

Questionário:

Inicialmente, os participantes forneceram seus dados pessoais e de nível sócio econômico, tendo sido utilizado o padrão da ABA/ABIPEME (Almeida e Wickerhauser, 1991) como referência.

Num segundo momento, a pesquisa buscou indicadores gerais de saúde e foram questionados hábitos como o tabagismo, a ingestão de álcool, o nível de estresse habitual e o sono.

Num terceiro momento do questionário, as servidoras foram solicitadas a responder itens sobre sua atividade física habitual, incluindo perguntas sobre as atividades ocupacionais diárias e as atividades de lazer (Anexo 1).

Entrevista médica

Em um compartimento isolado, as estudadas foram questionadas quanto ao seu estado de saúde atual, uso regular de medicação, antecedentes pessoais e doenças dos diversos aparelhos e sistemas, presença de cárie dental, antecedentes ginecológicos e obstétricos, realização de teste de esforço, antecedentes cirúrgicos e história familiar. Ao final desta entrevista o profissional médico emitia um parecer quanto à aptidão das entrevistadas para a realização dos testes físicos.

Medidas antropométricas

Foram medidos peso corporal (kg), utilizando-se uma balança Filizolla com precisão de 0,05 kg; e a estatura (cm), utilizando-se um estadiômetro com precisão de 0,1 cm.

Sinais Vitais

Após 5 minutos de repouso sentadas, eram avaliadas a frequência cardíaca (pela palpação de pulso radial) e a pressão arterial de repouso, em membro superior, com estetoscópio (BI) e esfigmomanômetro (NAWA) calibrados, estando as avaliadas com o braço apoiado a nível equivalente ao coração (Scofano, 1995).

Teste de Aptidão Física relacionada à Saúde (AFRS)

Neste estudo, considerou-se a Aptidão Cardiorrespiratória, determinada pelo Teste da Milha (Rockport Fitness Walking Test - Rippe et alii, 1988), e o IMC, como indicador morfológico da AFRS.

Procedimentos Gerais na Coleta de Dados

Identificados os sujeitos da pesquisa, os mesmos foram convidados à participar, através de carta, onde era designado o dia em que a pessoa deveria se apresentar.

A coleta de dados definitivos ocorreu após um projeto piloto para verificação dos instrumentos de medida e treinamento dos avaliadores que participaram do estudo.

O Laboratório de Esforço Físico - LAEF do CDS-UFSC foi o local de coleta de grande parte dos dados, tendo também sido utilizada a pista de atletismo da UFSC, para o Teste da Caminhada.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita pela estatística descritiva ANOVA, com análise de variância pelo teste de Duncan, e o teste Qui-Quadrado, através do pacote estatístico SAS, com o apoio do NPD da UFSC. A apresentação dos dados foi feita em tabelas e gráficos, interpretando as medidas, sendo que as informações não quantificáveis foram sistematizadas e interpretadas à luz da literatura da área.

Capítulo IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização Geral dos Sujeitos

A população desta investigação incluiu todas as servidoras docentes e técnico-administrativas da UFSC no segundo semestre de 1994, época em que a seleção da amostra foi realizada.

Neste grupo, 55% das mulheres eram casadas, 22,3% solteiras, 14,3% eram separadas ou divorciadas, 6% viúvas e 2,4% não se incluíram em nenhuma destas categorias.

Quanto ao nível socio-econômico, as servidoras foram distribuídas conforme o critério ABA - ABIPEME (Almeida e Wickerhauser, 1991). Este critério leva em consideração o grau de instrução, o número de aparelhos eletrodomésticos e alguns outros itens da casa, como número de banheiros e presença de empregada mensalista (Anexo I). A maioria das servidoras está distribuída nas classes B e C (68,4%), estando 8,4% na classe A, 17,8 % na classe D, e 5,4% na classe E. Para efeito de cruzamento de algumas variáveis, em função do nível sócio-econômico, agrupou-se as cinco classes em três categorias: A, B+C, e D+E.

As servidoras foram divididas por faixa etária conforme a tabela 1, a seguir.

Tabela 1
Frequência de Sujeitos na Amostra, por Faixa Etária

IDADE	n	%
MENOS DE 30 ANOS	24	11,9
DE 30 A 39 ANOS	74	36,6
DE 40 A 49 ANOS	64	31,7
50 ANOS OU MAIS	40	19,8
TOTAL	202	100

Do total de servidoras, 78,7% (159) eram técnico-administrativas, sendo o restante da amostra composto por docentes (43).

Aspectos Antropométricos e Fisiológicos

Índice de Massa Corporal - IMC

No presente estudo, o IMC foi analisado considerando os limites de corte: baixo (≤ 19), adequado (20 a 24,9), sobrepeso (25 a 29,9), obesidade I (≥ 30) e obesidade II (≥ 40), tendo sido observado que 8,5 % das avaliadas tinham baixo peso, 52,2 % peso adequado e 39,3 % apresentavam-se com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade). Destas, 10,4 % encontravam-se na faixa de obesidade I e 1,5 % apresentavam obesidade II (Figura 1).

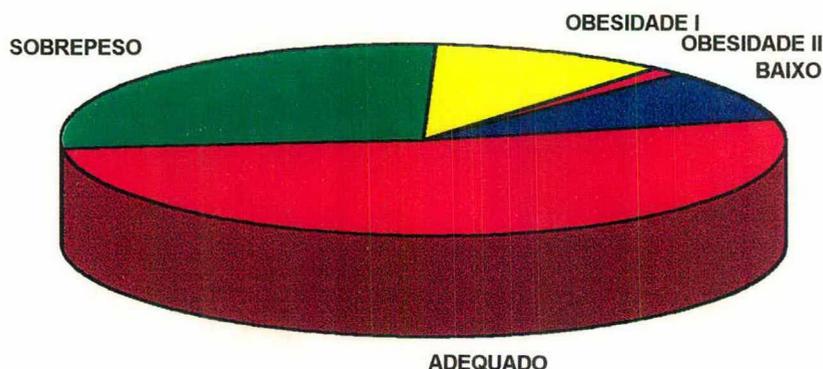


Figura 1 . Índice de Massa Corporal das Servidoras da UFSC

Os achados estão de acordo com os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 1993) cujo relatório refere que: 32 % dos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso ($IMC \geq 25$), sendo a população feminina a

mais atingida, com 38 % dos casos e a masculina com 27 %. A maior prevalência de excesso de peso é encontrada no grupo de 45 a 54 anos, quando 37 % dos homens e 55 % das mulheres apresentam peso acima dos limites normais. A obesidade ($IMC \geq 30$), é apresentada por cerca de 8 % dos brasileiros, deste total, mais de 70 % são do sexo feminino.

No estudo de Pires (1994) sobre os hábitos de vida dos servidores do Colégio de Aplicação da UFSC foi observado 35 % de prevalência de sobrepeso e obesidade.

Com relação à faixa etária observou-se que o IMC vai aumentando conforme aumenta a idade, havendo diferença significativa ($p < 0,05$) entre a faixa etária de 50 ou mais anos e as demais (Tabela 2). O aumento do IMC foi demonstrado nesta mesma população, porém do sexo masculino, até a faixa etária de 40 a 49 anos, quando então começou novamente a decair (Duarte e Nahas, 1995).

O aumento do IMC com o passar da idade é descrito na literatura (Anjos, 1992), sendo comum a ambos os sexos. Alvarez (1996) também verificou este fato, entre os trabalhadores do CIASC - Centro de Informática e Automação de Sta. Catarina, para ambos os sexos. Bray (1992), sugere que se aumente uma unidade de IMC para cada década de vida acima dos 25 anos para a avaliação de estado nutricional, pois que é um fato verificado nas populações em geral.

Tabela 2
IMC das Servidoras da UFSC segundo a Idade

IDADE	IMC (médio)	dp
MENOS DE 30 ANOS	23,8	4,1
DE 30 A 39 ANOS	24,1	4,9
DE 40 A 49 ANOS	24,8	3,7
50 ANOS OU MAIS	27,0	3,7

Quando relacionado com o nível sócio-econômico, observou-se diferença significativa (IMC mais elevado) entre as classes de menor nível

socio-econômico (D+E) e as demais ($p < 0,05$). Para o sub-grupo masculino da mesma população, foi observado o inverso, ou seja, maior IMC relacionado ao maior nível sócio-econômico (Duarte e Nahas, 1995). Estes achados, de um maior IMC feminino para as classes sociais mais baixas, concordam com os dados da literatura, sendo ressaltado que uma possível explicação desta variação do IMC em função do nível sócio-econômico, é que a soma de vários aspectos sociais, culturais e educacionais vai criando um padrão. Na sociedade atual, quanto maior o nível socio-econômico, mais estigmatizada é a obesidade e valorizada a magreza (Hulshof et alii, 1991; Rissanen et alii, 1991). Embora os programas de incentivo a perda de peso possam trazer bons resultados, sabe-se que o modelo social, ou seja, o padrão do grupo ao qual a pessoa pertence é, às vezes, um aspecto mais importante do que a abordagem individual (Farquhar, 1993).

Estar acima do peso está relacionado a um auto-conceito de saúde mais negativo, maior mortalidade, maior incidência de doença cardíaca, diabetes do adulto, hipertensão arterial, dores na coluna e maior inatividade física (Bouchard et alii, 1990; Ross & Bird, 1994).

No presente estudo encontrou-se diferença significativa ($p < 0,05$) quando se comparou o IMC e o estado de saúde atual (auto-avaliado), ou seja, as pessoas cujo IMC era igual ou maior do que vinte e cinco, auto-avaliaram sua saúde mais negativamente. Ocorreu o mesmo quanto aos problemas de saúde relatados, e ao uso de medicamentos, que foram significativamente maiores neste grupo, o que concorda com a literatura (Rissanen et alii, 1991). Já com relação à atividade física habitual, não ocorreu o descrito na literatura de ser este grupo mais inativo, pois em ambos os grupos ($IMC < 25$ e $IMC \geq 25$) a maioria das servidoras era inativa fisicamente.

Sinais Vitais

Frequência Cardíaca - A FC de repouso é considerada normal na faixa de 60 a 100 batimentos por minuto (bpm). Observou-se que todas as participantes do projeto apresentavam FC na faixa de 60 a 108 bpm, o que pode ser

considerado como variação da normalidade segundo Nieman (1990), devido a resposta antecipatória, comum em situações de testes.

Pressão Arterial - No Brasil, estima-se que 20% da população, acima de 20 anos, são hipertensos (PA > 140/90 - Brasil, 1993) . A elevação da pressão arterial é um fator muito mais importante para o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares na mulher, do que o fator "idade igual ou maior a 35 anos", sendo que nas mulheres com PAD de 110 mmHg ou maior, o risco de desenvolver doença coronariana é cinco ou seis vezes maior do que naquelas com valores de pressão arterial diastólica (PAD) normais (Hanson, 1994). A PAD apresentou-se dentro dos limites de normalidade, isto é, entre 60 e 80 mmHg, na grande maioria dos casos (78,6%), mas apresentou-se baixa em 1,5% e alta, (igual ou acima de 100mmHg) em 3,9% das servidoras. Apresentaram valores limítrofes de PAD, entre 90 e 100 mmHg, 13,9% das avaliadas. Já com relação à pressão arterial sistólica foi observado que a maioria das servidoras (80,5%) encontrava-se com níveis tensionais normais, entre 100 e 120 mmHg , 17 mulheres (8,5 %) apresentaram valores limítrofes, em torno de 130 mmHg; e 14 (7%) apresentaram níveis elevados (entre 140 e 170 mmHg). Nove mulheres (4,5%) encontravam-se com níveis de PAS baixos (abaixo de 100mmHg). Os dados de PA referentes a duas servidoras estavam faltando. Os valores de PAS e PAD encontrados demonstram que as servidoras da UFSC apresentam menos hipertensas do que a média populacional brasileira.

Estilo de Vida:

Fatores Preventivos e de Risco na População Investigada

Foram avaliados os seguintes fatores do estilo de vida: (a) nível de estresse; (b) fumo; (c) álcool, (d) atividade física habitual.

Nível de Estresse

No presente estudo, 18,3 % das servidoras consideraram seus níveis de estresse elevados. Ao serem comparadas com a mesma população,

porém do sexo masculino (Nahas et alii, 1995), elas apresentaram níveis mais elevados. O mesmo ocorreu entre os funcionários do CIASC, na pesquisa de Alvarez (1996).

Na maioria das pesquisas, quando comparados os sexos masculino e feminino, o nível de estresse das mulheres é maior do que o dos homens, sendo sugerido que a maior privação de recursos financeiros e a maior dificuldade de dispor de seu próprio tempo, poderiam ser possíveis explicações para tal fato (Ayers, Cusack & Crosby, 1993; Quimby, 1994; Ross & Bird, 1994).

As mulheres tendem a relatar mais sintomas de estresse e depressão com o passar da idade, sendo ressaltado que o que contribui para isto são os efeitos fisiológicos e psicossociais da perda das habilidades sensório-motoras, que vão ocorrendo em função da inatividade física (O'Brien & Vertinsky, 1991).

Na presente pesquisa, foi observado maior número de servidoras referindo níveis elevados de estresse quanto maior a faixa etária, encontrando-se diferença significativa (teste qui-quadrado) entre a faixa de 50 ou mais anos e as demais ($p < 0,05$). Utilizando - este mesmo teste, as servidoras não apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$), quando separadas em técnico-administrativas e docentes.

Sabe-se que o estresse é maior nas classes de nível sócio-econômico mais baixo, não se apresentando como uma característica individual, mas abrangendo o aspecto social e econômico (maiores dificuldades de recursos financeiros e menores recompensas sociais). A relação entre mais estresse e menos defesa, com relação a vários tipos de enfermidades é descrita na literatura (Williams et alii, 1993). Assim, o que se observa é que existe uma desigualdade no que se refere ao risco de desenvolvimento de uma série de enfermidades que afetam as pessoas em geral, assim como na chance de se encontrar a morte prematuramente (Starrin, 1993). Para a população brasileira, o estresse é apontado como causador de doenças em vários níveis, sendo relacionado, basicamente, a problemas financeiros (Brasil, 1988).

Neste estudo, não foi observada diferença significativa do estresse com relação ao nível sócio-econômico, nem tampouco com relação às queixas de saúde, o que está em oposição à literatura. Também não houve diferença significativa entre as categorias funcionais, ou seja, os níveis de estresse entre servidoras técnico-administrativas e docentes não diferiram.

Relacionado ao nível de estresse está a capacidade de conciliar o sono. Quando questionadas, 22,7 % das servidoras referiram ter dificuldade de dormir, sendo que a maioria destas também apresentou níveis elevados de estresse.

Fumo

No presente estudo observou-se que 22,8 % das servidoras eram fumantes, sendo que o consumo de cigarros era assim distribuído: menos de 10 cig/dia (12,9 %); de 10 a 20 cig/dia (8,4 %) e mais de 20 cig/dia (1,5 %). Na pesquisa de Pires (1994), os servidores do Colégio de Aplicação apresentaram valores semelhantes, com 22,5 % de fumantes. Estes valores são inferiores aos encontrados na população brasileira onde, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 1993), 39 % da população acima de 18 anos são fumantes. A idade em que se encontra mais fumantes no Brasil é a faixa dos 30 aos 49 anos, com os homens atingindo 42,4 % e as mulheres 43,1 %. Neste estudo, a faixa com maior número de fumantes é a mesma (30 - 49 anos), observando-se que entre as docentes predomina a faixa de 40 - 49 anos, enquanto entre as servidoras técnico-administrativas, de 30 a 39 anos. Alvarez (1996) encontrou uma população bem maior de mulheres fumantes (45,5 %), entre as trabalhadoras do CIASC.

Fumar está relacionado a uma série de doenças e a um auto-conceito de saúde mais negativo (Ross & Bird, 1994). No presente estudo, utilizando-se o teste do qui-quadrado, não houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre fumantes e não fumantes, com relação a problemas de saúde relatados, talvez, devido ao fato de apenas 1,5% delas serem consumidoras de mais de 20 cigarros por dia.

Sabe-se que o uso de anticoncepcionais orais associado ao hábito de fumar aumenta em 20 vezes a chance de desenvolvimento de doenças

cardiovasculares (Brasil, 1993). Na população estudada, 5,7 % das mulheres eram fumantes e faziam uso de anticoncepcionais orais ou injetáveis. Embora em pequeno número, estas representam um grupo de alto risco, sendo merecedoras de atenção especial.

Álcool

Baixos a moderados níveis de ingestão de álcool são considerados 15 a 30 gramas diários, o que é obtido com, aproximadamente, uma a duas taças de vinho ou um a dois copos de cerveja (Simon, 1994). No Brasil, cerca de 15% da população é alcoolista, sendo bem mais prevalente no sexo masculino do que no feminino (Brasil, 1993).

Dentre as servidoras da UFSC, 64,2 % não ingerem bebida alcoólica, 29,9 % ingerem menos de 3 drinques e 6 % consomem de 5 a 10 drinques por semana. Este consumo pode ser considerado baixo a moderado, não se incluindo como um fator de risco nesta população. O maior consumo de álcool pelo sexo masculino, desta mesma população, foi confirmado pela pesquisa de Nahas et alii, (1995). Já na pesquisa de Alvarez (1996), 54,5 % das mulheres não consomem álcool, porém, 1,5 % tem um consumo abusivo de mais de 10 drinques por semana.

Indicadores Gerais de Saúde

Para efeito de cruzamento de dados foram agrupados, como uma variável única, os fatores fumo, IMC, nível de atividade física habitual e estresse, sendo aqui chamados de indicadores gerais de saúde (IGS).

A fim de identificar-se um grupo de risco, utilizando-se o teste qui-quadrado, agrupou-se as servidoras com as seguintes características: IMC > 25, atividade física habitual classificada como inativa, tabagismo e nível elevado de estresse e relacionou-se com as diversas faixas etárias e os diversos níveis sócio-econômicos, bem como com o local de trabalho, não havendo diferença significativa ($p < 0,05$).

Atividade Física Habitual

A atividade física é o fator do estilo de vida que afeta mais positivamente a saúde, contribuindo como um fator independente positivo na auto-avaliação de saúde (Fylkesnes & Forde, 1992). Sua relação com a redução do risco de desenvolvimento de doença cardíaca aterosclerótica, hipertensão, obesidade, diabetes, câncer do cólon, osteoporose, ansiedade e depressão tem sido estabelecida. Infelizmente, a maioria dos adultos dos diversos países, não se exercita e, particularmente, o grupo de idade mais avançada, encontrando-se o sexo feminino como o menos ativo fisicamente em todas as faixas etárias (Pate, 1995).

Na população estudada, as mulheres apresentaram baixos níveis de atividade física habitual, ficando classificadas entre inativas (61,4%) e moderadamente ativas (38,6%), segundo o critério utilizado (Pate, apud Turner, 1992). Para a mesma população, porém do sexo masculino, encontrou-se valores maiores de atividades físicas habituais (Nahas et alii, 1995), dado que coincide com a literatura.

Ao analisar-se alguns itens do questionário sobre atividades físicas habituais, observa-se que, com relação às atividades ocupacionais diárias, 56 % das servidoras referiam desenvolver trabalho bastante sedentário, ou seja, passando a maior parte do tempo sentadas e quando muito, caminhando de um lugar próximo a outro. Apenas 20% das servidoras locomoviam-se para o trabalho caminhando ou de bicicleta. Já quando se analisa as atividades desenvolvidas no lazer, observa-se que apenas 35 % das servidoras referiam incluir algum tipo de atividade física em seu lazer, sendo que 21 % faziam ginástica duas ou mais vezes e 11% participavam de dança por uma hora ou mais, semanalmente. Quatro por cento faziam musculação duas ou mais vezes por semana.

Dados semelhantes foram observados na pesquisa de Pires (1994) onde 44,2 % dos servidores do Colégio de Aplicação eram inativos fisicamente, 18 % locomoviam-se para a UFSC caminhando ou de bicicleta, 15,3 % participavam de dança e 19,8 % participavam de esportes recreacionais.

Na população de servidoras da UFSC não foi observada diferença significativa, utilizando-se o teste ANOVA seguido do pós teste de Duncan, quando se relacionou os níveis de atividades físicas com as diversas faixas etárias e os diversos níveis sócio-econômicos. Este resultado não está de acordo com a literatura, pois era esperado que as classes mais altas e as mulheres mais jovens apresentassem maiores níveis de atividade física habitual (Ford et alii, 1991). A explicação para o fato de que as mulheres de maior nível sócio-econômico pratiquem mais atividades físicas, segundo Lee (1992), é que estas dispõem de maior tempo e têm mais acesso aos locais para a prática de atividades físicas, além de ter maior incentivo social, pois há uma cultura pró-atividade física mais evidente nas classes mais altas. Para ambos os sexos, as barreiras mais comumente citadas para a prática regular de AF são a falta de tempo; já as lesões são a maior causa de interrupção da AF regular (Pate, 1995).

Da mesma forma que nos cruzamentos anteriores, não foi observada diferença significativa ($p < 0,05$), através do teste do qui-quadrado, ao relacionar-se a atividade física habitual (AFH) e os problemas de saúde relatados, a dificuldade ou não para dormir e o nível de estresse. Também aqui, os resultados obtidos poderiam ter sido diferentes, pois a AFH, segundo a literatura, reduz os níveis de estresse, facilita o sono e contribui para a função imune do organismo (Pate et alii, 1995).

A provável razão para que muitos dos resultados relativos à atividade física não concordem com a literatura, é que todas as servidoras têm baixos níveis de atividades físicas.

Aptidão Cardiorrespiratória

A aptidão cardiorrespiratória de qualquer indivíduo refere-se à capacidade funcional de seu sistema de absorção e transporte do oxigênio aos tecidos e a utilização do mesmo durante exercícios físicos. A relação entre maiores índices de aptidão cardiorrespiratória e menor risco de

desenvolvimento de doença arterial coronariana está bem estabelecida (Caspersen, 1995; Nieman, 1990; Paffenbarger, 1986-1988; Schilling, 1989).

A eficiência do sistema cardiorrespiratório pode ser avaliada medindo-se a capacidade aeróbica máxima (VO_2 máx). O VO_2 máx pode ser medido, direta ou indiretamente através de ergômetros (cicloergômetros, esteira rolante, bancos) ou em teste de pista, em protocolos máximos ou submáximos (Shephard, 1988).

O Teste da Milha (Rockport Fitness Walking Test - Rippe et alii, 1988) foi o instrumento utilizado para avaliar a aptidão cardiorrespiratória das servidoras da UFSC. O resultado, expresso em $ml/kg.min^{-1}$, é apresentado na tabela 3.

Tabela 3

Aptidão Cardiorrespiratória das Servidoras da UFSC segundo a Idade

IDADE	VO2 max (médio)	dp
MENOS DE 30 ANOS	38,45	4.2
DE 30 A 39 ANOS	36,38	5.2
DE 40 A 49 ANOS	32,84	4.7
50 ANOS OU MAIS	28,36	4.4

Entre as faixas de menos de 30 e de 30 a 39 anos não foi observada diferença significativa ($p < 0,05$); já entre estas duas e as demais, os valores foram significativamente diferentes. Este dado concorda com a literatura, onde se observa que os valores de consumo máximo de oxigênio são menores quanto maior a faixa etária (Nieman, 1990).

Segundo a classificação da American Heart Association (AHA, 1992), os resultados apresentados em todas as faixas etárias são de uma boa aptidão cardiorrespiratória. Este resultado não era esperado, pois esta população apresentou baixos níveis de atividade física habitual. O provável é que um dos testes não tenha apresentado a sensibilidade necessária, o questionário sobre atividades físicas habituais ou o Teste da Milha.

Os resultados do cruzamento desta variável com o nível sócio-econômico demonstram que há uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre as

classes sociais A (maior aptidão cardiorrespiratória) e D + E. Não houve diferença significativa entre as demais faixas sócio-econômicas (Figura 2).

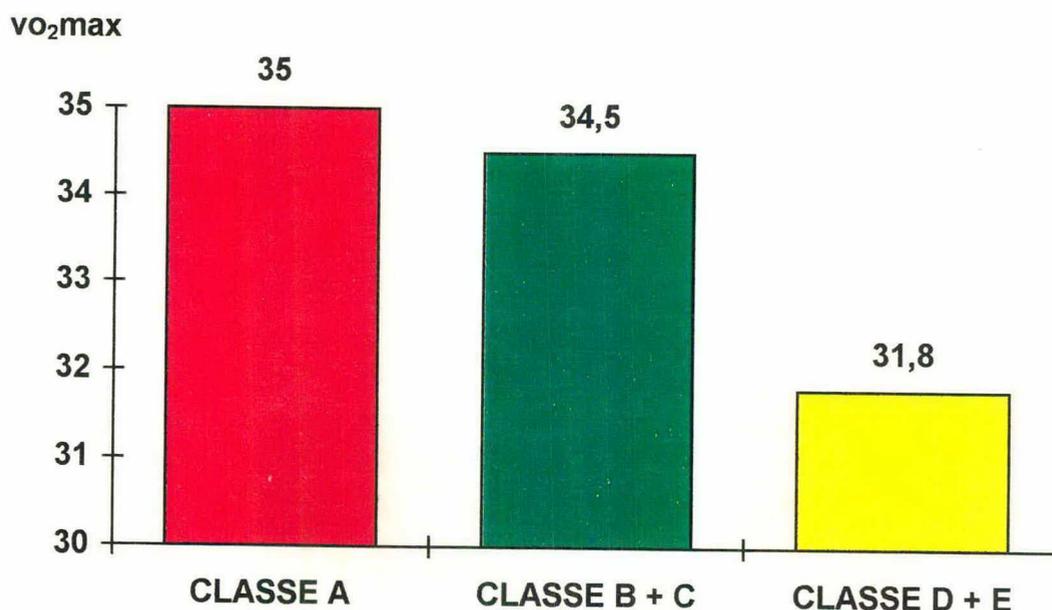


Figura 2. Aptidão Cardiorrespiratória das Servidoras da UFSC Segundo o Nível sócio-econômico

Estado Geral de Saúde e Uso de Medicamentos

Auto - Avaliação de Saúde

Neste estudo incluiu-se uma medida do estado de saúde a partir da percepção individual de bem estar. Como um indicador da qualidade de vida das pessoas, a saúde pode ser avaliada pelo julgamento individual de cada um; ela mede o bem estar geral, mais do que a simples ausência de doenças. A saúde auto-avaliada tem alta correlação com as medidas mais objetivas como a avaliação médica, taxas de morbidade e mortalidade e hábitos de saúde, como, por exemplo, o tabagismo. Foi observada maior correlação com a mortalidade entre a saúde assim avaliada do que com a saúde avaliada pelo médico (Ross & Bird, 1994; Svärdsudd & Tibblin, 1990).

As mulheres tendem a auto-avaliar sua saúde mais pobremente do que os homens até atingirem uma idade avançada, quando então, obtém-se dados semelhantes nos dois sexos. Embora mais longevas, as mulheres

tendem a apresentar mais doenças agudas e doenças crônicas não fatais ao longo de suas vidas, o que as leva a avaliar menos positivamente a própria saúde (O'Brien & Vertinsky, 1991; Ross & Bird, 1994). Já nos estudos de Schroll et alii. - SENECA investigators (1991), avaliando 2544 homens e mulheres de 70 a 75 anos, em 17 cidades européias, as mulheres apresentaram uma auto-avaliação de saúde mais negativa, relataram um maior número de doenças crônico-degenerativas e referiram um maior uso de medicamentos.

Um dos fatores que contribui para a avaliação mais negativa de saúde, se comparadas aos homens, é a situação de desvantagem da mulher dentro da sociedade. Vivenciando maior privação econômica, desigualdade social e menos controle sobre suas próprias vidas, as mulheres muito mais freqüentemente relatam depressão e ansiedade, sendo estas situações geradoras de estresse, o qual se relaciona negativamente com saúde (Ross & Bird, 1994).

Na população brasileira, os segmentos da sociedade que tenderam a avaliar menos positivamente seu estado de saúde foram as classes sócio-econômicas mais baixas, as pessoas mais velhas, as mulheres, os aposentados e os desempregados (Brasil, 1988).

Na presente pesquisa, as mulheres avaliaram positivamente seu estado de saúde, 64,6 % delas definiram-no como bom ou excelente, 29,4 % o consideraram regular, e apenas 4 % o referiram como ruim. Na pesquisa de Alvarez (1996), apenas 1,4 % das mulheres consideraram ruim o seu estado de saúde, lembrando esta autora que a maioria destas pessoas tem um conceito de saúde como, simplesmente, a ausência de doenças, sem levar em consideração seu bem - estar geral.

Ao relacionar a auto-avaliação de saúde com as classes sociais, observou-se que as classes sociais mais baixas (D + E) auto-avaliaram sua saúde mais negativamente, havendo diferença significativa ($p < 0,05$) entre esta e as demais classes, dado que coincide com a literatura.

Já com relação à idade, não houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre as diversas faixas etárias, o que difere da literatura, onde é relatado que as mulheres mais velhas têm um pior auto-conceito de saúde.

Problemas de Saúde Relatados

Embora a grande maioria das entrevistadas tenha avaliado positivamente seu estado de saúde, quando questionadas especificamente (entrevista médica), elas referiram algum tipo de problema de saúde. Os distúrbios mais freqüentemente relatados estão na figura abaixo:

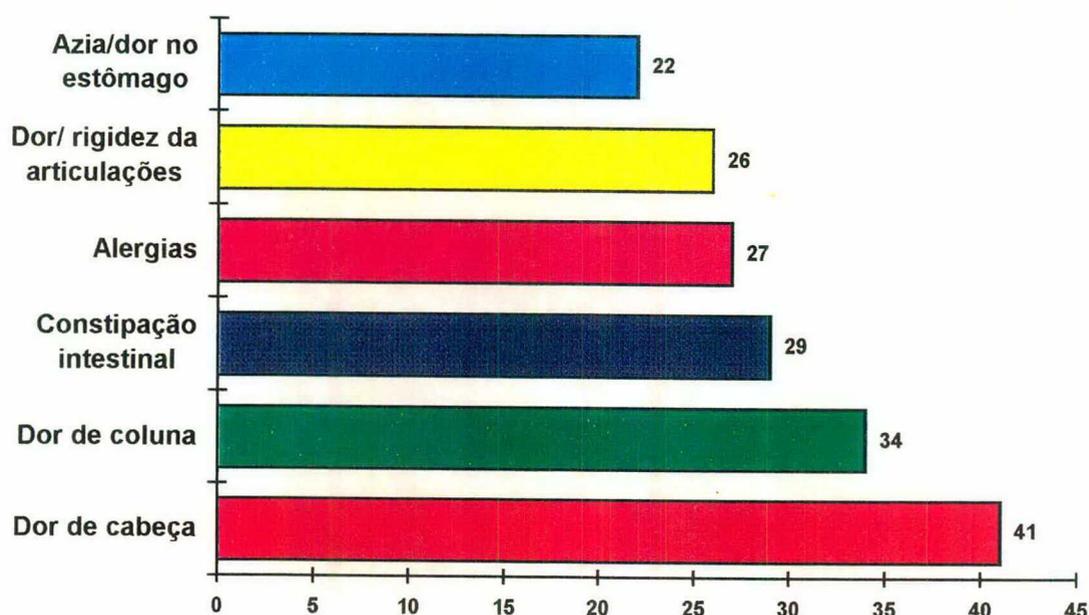


Figura 3. Problemas de Saúde Relatados pelas Servidoras da UFSC.

Com menos de 10 % de relatos encontrou-se outros distúrbios gastro-intestinais, doenças bronco-pulmonares-obstrutivo-crônicas (DBPOC), precordialgia aos esforços (dor no peito), infecção urinária, tosse, diabetes, depressão e outros.

Na pesquisa de Alvarez (1996), o distúrbio mais freqüentemente relatado pelas mulheres foi dor na coluna (42,4 %), seguido por dor de cabeça (24,2 %). Embora com estatísticas diferentes, observa-se que os problemas mais freqüentes são os mesmos para as mulheres do CIASC e da UFSC. Ambos distúrbios reduzem a qualidade de vida no trabalho.

No presente trabalho não houve servidoras que relatassem história de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), angioplastia ou revascularização, embora duas pessoas tivessem referido precordialgia aos esforços. Não haviam

relatos de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), mas foram relatados dois casos destas doenças em épocas passadas, assim como encontrou-se seis histórias de convulsões e três de câncer, também em períodos anteriores à entrevista.

Com relação à depressão, cabe ressaltar que vinte e quatro servidoras (11,9%) referiram já ter sofrido desta enfermidade em alguma época de suas vidas.

Duas queixas de saúde foram relacionadas com outras variáveis da pesquisa: dor de cabeça e dores na coluna - estas queixas tem relação com estilo de vida - estresse e sedentarismo. Ao se comparar "dor de cabeça" nos grupos mais e menos estressados, foi observada diferença significativa ($p < 0,05$) - 60% das pessoas com dor de cabeça sentiam-se estressadas. Sua relação com AFH também demonstrou diferença significativa ($p < 0,05$), encontrando-se mais pessoas com dor de cabeça consideradas inativas. Já com relação à categoria funcional não foi observada diferença significativa ($p < 0,05$), ou seja, funcionárias e professoras não diferem quanto a queixas de dor de cabeça.

Ao relacionar-se dor na coluna e nível de estresse observou-se diferença significativa ($p < 0,05$) - 86% das pessoas que referiram ter dor na coluna estavam mais estressadas. A dor na coluna não se relacionou de maneira significante com a AFH, dado que não coincide com a literatura - talvez pelos mesmos motivos já citados, os níveis de atividades físicas habituais de todas servidoras são baixos. Quanto à categoria funcional foi observado diferença significativa ($p < 0,05$), apresentando as servidoras técnico-administrativas mais dores na coluna do que as docentes, 64,1 % e 39,5 % respectivamente. Tanto a dor de cabeça quanto as dores na coluna não se relacionaram de maneira significativa com idade ou nível sócio-econômico.

Uso de medicamentos

Foi observado que 52,73 % das servidoras da UFSC não faziam uso de medicação alguma, enquanto que, naquelas que utilizavam, o maior uso foi de analgésicos e antiinflamatórios (11,44 %), seguidos do uso de tranquilizantes e ansiolíticos (6,46 %). Uma série de outras medicações foram citadas porém em muito menor escala.

As indicações de que as mulheres têm mais tendência à depressão do que os homens encontram apoio nas estatísticas sobre o uso de medicações do tipo ansiolíticos e tranquilizantes. As mulheres tendem a utilizar mais tranquilizantes e pílulas para dormir do que os homens. No Canadá, o uso de pílulas para dormir, nas mulheres abaixo de 55 anos é de 7 %, e naquelas acima de 65 anos é de 23%. Já o uso de tranquilizantes nas mulheres acima de 65 anos é de 14% enquanto que o uso por homens da mesma idade é de 8 % (O'Brien & Vertinsky, 1991).

Observa-se que uso de drogas para combater estresse e facilitar o sono, desta população de servidoras, é semelhante ao das canadenses.

Antecedentes e Prevenção Ginecológica

Ao serem questionadas sobre a data do mais recente exame ginecológico (precoce do câncer), obteve-se que 73 % delas estavam dentro do período de até um ano desde o último exame. Já 15 % das entrevistadas, estavam num período entre 1 e 2 anos desde a última avaliação ginecológica, 9 % das mulheres havia mais de 2 anos que não realizavam o referido exame e 3 % das servidoras nunca o tinham realizado.

Quanto ao método contraceptivo utilizado, obteve-se que 24,75 % das servidoras fazem uso de anticoncepcional oral ou injetável. Em pesquisa americana, as mulheres que mais utilizavam anticoncepcionais orais tinham entre 20 e 29 anos, sendo que nas de raça branca 37% o utilizavam e naquelas de raça negra, 28% (Johnson et alii, 1993). O uso de contraceptivos orais pode aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares na mulher, aumentando a incidência de hipertensão. Os

contraceptivos orais contendo estrogênio e progesterona tem demonstrado causar um aumento de mais de 10 mmHg na PAS e de quase 10 mmHg na PAD nas mulheres que o utilizam por um período igual ou superior a 3 anos. Estes valores pressóricos demonstraram voltar, quase totalmente, aos valores pré-tratamento após três meses de suspensão do medicamento (Hanson, 1994).

A maioria das servidoras (61,3 %), esteve grávida de uma a três vezes. Quatorze por cento de 4 a 6 vezes, 3 % de 7 a 9 vezes e 1,5 % das servidoras esteve grávida de 10 a 12 vezes.. A variação foi de nenhuma (19,8 %), até um caso de dezessete gestações.

A fase de climatério é um período onde as mulheres perdem o fator hormonal de proteção e passam a apresentar risco de desenvolvimento de doença coronariana aterosclerótica semelhante ao dos homens (Nieman, 1990). Nesta população de servidoras, foi observado que 12 % encontravam-se na fase de climatério (50 % iniciaram esta fase entre 48 e 50 anos, 37,5 % entre os 51 e 53 anos e 12,5 % entre os 54 e 56 anos de idade).

Capítulo V

SUMÁRIO, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Sumário

Para que um programa de promoção da saúde atinja os objetivos almejados, é importante que se conheça a população ao qual ele se destina. O presente estudo visou conhecer aspectos epidemiológicos e de hábitos de vida das servidoras, visando a proposição de um Programa de Promoção da Saúde (PPS) para a UFSC. Os aspectos epidemiológicos foram coletados através de entrevista médica e os hábitos de vida foram levantados através de questionários. As medidas antropométricas, peso e estatura, e as fisiológicas, frequência cardíaca e pressão arterial foram efetuadas, bem como a avaliação da aptidão cardiorrespiratória através do Teste da Milha.

Os resultados demonstram que 39% das mulheres avaliadas tinham excesso de peso, 22,8% eram fumantes, sendo que 5,7% faziam uso concomitante de anticoncepcionais orais ou injetáveis. O nível de estresse foi considerado alto por 18,3% das servidoras e 22,7% referiram ter dificuldade para dormir. O consumo de álcool de todas as servidoras foi considerado baixo a moderado. A maioria das servidoras apresentou baixos níveis de atividades físicas habituais - 61,4% foram consideradas inativas fisicamente. O trabalho de 56% destas mulheres têm características sedentárias e apenas 35% delas referiram incluir algum tipo de atividade física no seu lazer. Apesar disto, a aptidão cardiorrespiratória de todas as servidoras, obtida através do Teste da Milha, foi considerada boa. Ao auto-avaliar seu estado de saúde, 64,6% das servidoras definiram-no como bom ou excelente, 29,4% o consideraram regular, e apenas 4 % o referiram como ruim. Os problemas de saúde mais comumente relatados foram dor de

cabeça (41%), dor na coluna (34%), constipação intestinal (29%), alergias (27%), dor ou rigidez de articulações (26%) e azia ou dor no estômago (22%). Foi observado que 52,7% das servidoras da UFSC não faziam uso de medicação alguma, enquanto que naquelas que utilizavam, o maior uso foi de analgésicos e antiinflamatórios (11,4%), seguidos do uso de tranquilizantes e ansiolíticos (6,5%). Quanto aos antecedentes ginecológicos, foi observado que 73% das mulheres haviam realizado o exame precoce do câncer no período de até um ano. A maioria das servidoras (61,3%), esteve grávida de uma a três vezes. A variação foi de nenhuma 19,8%, até um caso de dezessete gestações. Do total de servidoras, 12% encontravam-se em fase de climatério.

Conclusões

Esta população pode ser considerada diferenciada quando se compara com a população brasileira em geral, sendo seu nível sócio-econômico e instrucional mais elevado, fato que favorece ao se atuar com programas que promovam hábitos saudáveis, e que parece explicar os índices positivos observados neste estudo.

Na sua maioria, as servidoras da UFSC desenvolvem trabalho sedentário e apresentaram um baixo nível de atividades físicas habituais (61,4%).

A queixa de saúde mais freqüente entre as servidoras foi dor de cabeça, seguida por dor na coluna, constipação intestinal, alergias, dor ou rigidez de articulações e azia ou dor no estômago.

A aptidão cardiorrespiratória, estimada pelo Teste da Caminhada da Milha, foi considerada boa, segundo o critério da American Heart Association.

O índice de massa corporal (IMC) demonstrou que 39% das mulheres avaliadas tinham excesso de peso.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas presentes nesta população foram excesso de peso, estresse, dificuldade para dormir, fumo e inatividade física.

Aspectos dos hábitos de vida que demonstraram ter relação significativa com nível sócio-econômico e faixa etária foram o índice de massa corporal (IMC) médio, que foi maior nos grupos de menor nível sócio-econômico e maior faixa etária; os níveis de estresse, que foram mais elevados nas maiores faixas etárias e a aptidão cardiorrespiratória, que apresentou-se significativamente mais baixa nas classes D + E e nas faixas etárias acima de 39 anos.

Recomendações

Para a elaboração de um Programa de Promoção da Saúde é necessário uma estratégia de abordagem: Fase diagnóstica, Plano de ação e Fase de Intervenção.

A fase diagnóstica é importante para que o programa seja adequado ao grupo ao qual ele se destina. Ela deve compreender uma abordagem social, educacional, epidemiológica e comportamental. Conhecendo-se as características do grupo, pode-se apontar os aspectos do modo de vida destas pessoas que mais afetam a saúde e incentivar a mudança de comportamento. Os níveis sócio-econômico, cultural e educacional vão condicionar a formação de grupos com diferentes níveis de necessidades e consciência.

O plano de ação é baseado nos resultados obtidos na fase diagnóstica. Os aspectos do modo de vida do grupo em estudo, que forem considerados como agressivos à saúde devem ser abordados através de um planejamento.

A fase de Intervenção deve colocar em prática as medidas de educação e controle dos diversos fatores de risco encontrados no grupo (Kreuter & Layson, 1988).

A instituição de um programa desta magnitude deverá contar com a formação e treinamento de uma equipe de saúde com profissionais das várias áreas como: medicina, nutrição, educação física e psicologia. Existe, também, a necessidade de se formar monitores de saúde, de forma a atingir-se um maior número de pessoas. Sugere-se que em cada Centro da UFSC, sejam treinados alguns servidores para que atuem como agentes de promoção da saúde.

A fase inicial deverá ser mais educativa, pois para que se estimule a participação em programas de promoção da saúde é necessário, primeiramente, a formação de uma mentalidade de comportamento preventivo em saúde.

As abordagens mais comuns em programas de promoção da saúde estão descritas a seguir:

Áreas de intervenção

Nutrição/Controle de peso

Foi verificado que 39 % das servidoras tinham excesso de peso, sendo que 11,9 % delas eram obesas. Este grupo de servidoras deve ser esclarecido quanto à relação da obesidade com uma série de doenças e incentivado à aquisição de um peso adequado, através de dieta balanceada, prática de atividades físicas regulares e mudanças comportamentais.

a) Avaliação do estado nutricional - Pode ser utilizado o índice de massa corporal (IMC) e a composição corporal, através da medida das dobras cutâneas. Desta maneira é possível avaliar se o um alto IMC é devido a excessiva muscularidade ou adiposidade. Para esta avaliação é possível contar com o CDS - Centro de Desportos da UFSC, que possui um programa de avaliação da aptidão física relacionada à saúde.

b) Educação para uma dieta saudável e balanceada - Palestras sobre a relação da dieta e as doenças, aulas práticas e educação continuada sobre a composição de uma dieta balanceada são as estratégias propostas. Atenção especial deve ser dada aos grupos com excesso de peso, dislipidemia e diabetes, com atendimento em grupos ou em consultório, pois

a mudança dos hábitos alimentares é fundamental para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Pode-se contar com o departamento de nutrição da UFSC para este fim, sendo que, inclusive, já existe um trabalho isolado sendo desenvolvido através do SASC - (Serviço de Atendimento à saúde para a Comunidade Universitária).

Os profissionais envolvidos no programa devem procurar fazer um trabalho paralelo com os nutricionistas do Restaurante Universitário e os responsáveis pelos vários bares e lanchonetes que servem aos centros do campus. Para que o programa atinja seus objetivos existe a necessidade da disponibilidade de opções saudáveis de alimentação para os servidores.

Controle do estresse

Quase 20 % da população de servidoras da UFSC consideraram seus níveis de estresse elevados. Isto justifica uma intervenção específica quanto a este fator de risco.

a) Educação - A sugestão é de um esclarecimento formal através de palestras, enfatizando a relação do estresse com as doenças e a formação de grupos de diálogo, ensinando os servidores a reconhecer sinais de estresse e depressão. Existe um setor de atendimento psicológico ao servidor, no departamento de psicologia da UFSC, que pode participar do PPS, se for contactado.

b) Controle - Para o controle do estresse é sugerido a formação de grupos de exercícios de relaxamento. Pode-se utilizar técnicas conhecidas como Yôga, Tai chi chuan, Biodança ou outras. Aspectos importantes neste tipo de atividade física são a respiração e o alongamento dos vários segmentos corporais. Para este fim, também pode contar-se com o CDS da UFSC.

Fumo

As servidoras fumantes (22,8 %) devem ser esclarecidas sobre o risco aumentado de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e pulmonares a que estão submetidas e aquelas que fazem uso concomitante de anticoncepcionais orais devem ser bastante incentivadas a largar o hábito de

fumar ou escolher outro método contraceptivo, pois os dados epidemiológicos com relação à associação destes dois fatores são categóricos

a) Educação - A redução do percentual de servidoras universitárias fumantes deve ser encarada como um dos objetivos prioritários do Programa de Promoção da Saúde (PPS) dentro da UFSC. Uma meta razoável para esta população seria reduzir para 15% o número de fumantes no prazo de 5 a 10 anos - proposta do programa Healthy People 2000 para a população americana.

A redução do número de fumantes na UFSC, deverá ser feita através de campanha anti-fumo permanente. Para atingir este objetivo há a necessidade do envolvimento de todos os setores da UFSC, sendo sugerido a formação de grupos anti-tabagismo, que irão percorrer todos os departamentos fazendo a educação continuada.

b) Regulamentação - O programa deve prever a elaboração e regulamentação de normas internas quanto aos locais onde é permitido ou proibido fumar, para a proteção dos fumantes passivos.

Álcool e outras drogas

Embora estes fatores não tenham se apresentado como problemas nesta população, é importante existir um trabalho continuado no sentido de prevenção e reabilitação.

a) Educação - O uso exagerado de álcool e de outras drogas deve receber atenção, em programas permanentes.

b) Controle - Pode-se contar com os serviços do SASC, onde já existe um grupo de atendimento e acompanhamento ao dependente químico.

Atividade Física

As servidoras, em sua maioria, apresentaram baixos níveis de atividades físicas habituais. Isto faz com que o incentivo à prática de atividades físicas regulares seja um dos pontos centrais do Programa de Promoção da Saúde (PPS) das Servidoras da UFSC.

a) Educação - A relação entre a prática de atividades físicas regulares e a redução de uma série de doenças deve ser evidenciada através de palestras e aulas.

b) Incentivo - A prática de atividades físicas regulares é o fator que isoladamente influencia mais na adoção de hábitos de vida mais saudáveis, assim o incentivo deve ser para qualquer forma de atividade física praticada, sejam exercícios planejados ou atividades da vida diária, como locomoção e tarefas de lazer. A locomoção para o trabalho através das caminhadas e por bicicleta deverá ser bastante incentivada no PPS, havendo, inclusive, um estudo em andamento sobre a construção de ciclovias por todo o campus universitário e bairros circunjacentes (Duarte, 1997).

c) Regulamentação - Uma proposta interessante para a UFSC é a de se regulamentar, junto à Reitoria, a cessão de meia hora do horário das servidoras que desejem se engajar em atividades físicas regulares dentro da UFSC. Para atingir estes objetivos, o Centro de Desportos da UFSC (CDS) oferece uma variedade de horários e de tipos de atividades que podem ser escolhidos, havendo a possibilidade de maior ampliação destes horários e das modalidades oferecidas, de modo que fiquem assistidas todas as servidoras que se interessarem pelo programa.

d) Educação postural - Podem ser desenvolvidos programas específicos, ou esta ser incluída nos programas de atividades físicas regulares oferecidos pelo CDS.

Antecedentes e Prevenção Ginecológica

a) Educação - O programa deve procurar esclarecer ou reforçar os conhecimentos sobre as doenças que afetam os órgãos reprodutores femininos e a sua prevenção. Também deve incentivar o auto-exame das mamas, regularmente, e a visita anual ao ginecologista e/ou postos de saúde para o exame precoce do câncer ginecológico.

Outro aspecto importante diz respeito ao sub-grupo das mulheres na fase do climatério, elas devem ser esclarecidas quanto às suas maiores chances de desenvolvimento de algumas doenças (doenças cardíacas, osteoporose), devendo ser incentivadas a conversar com os serviços de

ginecologia para a avaliação da necessidade de reposição hormonal ou não. Este sub-grupo deve ser, enfática e insistentemente, convidado a participar de práticas regulares de atividades físicas.

Divulgação dos Serviços de Saúde

A divulgação dos serviços oferecidos pelo SASC - Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária, é um aspecto importante do PPS, visto que muitos desconhecem os serviços de saúde oferecidos pela universidade ao servidor.

O SASC possui atendimento nas seguintes especialidades: Neurologia, Clínica Médica, Cardiologia, Ginecologia, Dermatologia, Oftalmologia, Psicologia, Nutrição, Enfermagem do trabalho, Medicina do trabalho, Odontologia (Nas especialidades em que o SASC não tem atendimento, é facilitada a marcação de consultas para os servidores em agenda paralela à do Hospital Universitário).

O ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário oferece um programa de saúde da mulher, que também está à disposição das servidoras (pré-natal, cursos para gestantes, atendimento à adolescentes e consultas com enfermeiros especializados em ginecologia).

Outros atendimentos específicos e que também estão à disposição dos servidores são; ambulatório da terceira idade, ambulatório de doenças crônicas (diabéticos, pneumopatas, colostomizados), grupo de atendimento e acompanhamento à dependentes químicos e atendimento em psicologia.

Os médicos são elementos importantes no processo de formação de uma consciência preventiva em saúde. Os médicos do SASC e do setor de Segurança do Trabalho da UFSC deverão ser convidados a integrar a equipe do Programa de Promoção da Saúde na UFSC.

Para que os objetivos possam ser alcançados, porém, deve-se ter em mente que os resultados de tais propostas só serão atingidos através de um trabalho continuado. Assim, pode-se dividir as expectativas em resultados esperados a curto, médio e longo prazos (Kreuter & Layson, 1988).

Resultados a Curto Prazo: Alteração de atitudes e crenças; Aumento do conhecimento; Melhor comportamento ; Aumento da participação; Redução dos fatores de risco;

Resultados a Médio prazo: Utilização apropriada dos serviços de saúde; Aumento da produtividade; Melhora da imagem corporativa; Melhora do bem-estar; Maior satisfação; Maior consciência comunitária

Resultados a Longo Prazo: Redução das doenças e lesões; Melhoria da qualidade de vida; Prolongamento da vida ativa; Melhora da performance organizacional - maior produtividade, menor turnover, menor absenteísmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achour, J. Estilo de vida e desordem na coluna lombar: uma resposta dos componentes da aptidão física relacionada à saúde. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 1995, 1, (1), 36-56.
- Almeida, P.M. E & Wickerhauser, H.- Critério ABA-ABIPEME - Associação Brasileira de Anunciantes-Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado - Em Busca de uma Atualização. São Paulo: 1991.
- Alvarez, Bárbara R. Qualidade de Vida relacionada à Saúde de Trabalhadores - Um estudo de caso (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: PPGEF/UFSC, 1996.
- American Heart Association-AHA. Statement on Exercise. Circulation, 1992, 86, (1) 2726-2730.
- Anjos, Luiz A., Índice de massa corporal como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. Revista de Saúde Pública, 1992, 26, (6), 431-436.
- Avis, Nancy E.; Mc Kinlay, Jonh B. & Smith, Kevin W. Is Cardiovascular Risk Factor Knowledge Sufficient to Influence Behavior ? American Journal of Preventive Medicine, 1990, 6, (3), 137-143.
- Ayers, Lea; Cusack, Mary & Crosby, Faye. Combining Work and Home. Occupational Medicine: State of art reviews, 1993, 8, (4), 821-831.
- Bedrikow, Bernardo. Doenças relacionadas ao trabalho. Saúde e Trabalho, 1987, 1, 101-107.
- Bernardi, M.A. Felicidade é Sinônimo de Produtividade. Revista Exame, 1994, 8, 57-63.
- Bertolami, M. C. Obesidade: Pode ser reconhecida como fator de risco isolado? Atheros, Órgão de divulgação do GEPA - Grupo de Estudos e Pesquisas em Aterosclerose, 1995, 6, (3), 13-15.
- Bortz II, Walter M. Health Behavior and Experiences of Physicians. The Western Journal of Medicine, 1992, 156, (1), 50-51.
- Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J.R. & Mc Pherson, B. D. Exercise. Fitness and Health: The Consensus Statement. Champaign: IL, Human Kinetics, 1990.

- Brasil, Ministério da Educação e do Desporto/Ministério da Saúde. Doenças Crônicas Degenerativas no Brasil. Atividade Física e Saúde. Brasília: 1995.
- Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Doenças Cardiovasculares no Brasil. Brasília: Sistema Único de Saúde - SUS, 1993.
- Brasil, Ministério da Saúde. Estudo sobre Estilo de Vida. Brasília: Divisão Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas. Projeto Saúde, 1988.
- Brasil, Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, 1992.
- Bray, G. A. Pathophysiology of obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 1992, 55, (2), 488-95.
- Candeias, N.M. e Marcondes, R.S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área de saúde pública. Revista de Saúde Pública, 1979, 13,(2), 63-68.
- Carspensen, C.J. Physical Activity Epidemiology: Concepts, Methods and Applications to Exercise Science. Exercise and Sports Science Reviews, 1989, 1,(1), 423-473.
- Chiavenato, I. Introdução à Teoria Geral da Administração. São Paulo: Mc. Graw Hill do Brasil, 1983.
- Cohen, Shelly; Schwartz, Joseph E.; Bromet, Evelyn J. & Parkinson, David K. Mental Health, Stress, and Poor Health Behavior in Two Community Samples. Preventive Medicine, 1991, 20, 306-315.
- Cox, M. H., Shephard, R. J. & Corey, P. Physical Activity and Alienation in the Work - Place. Journal of Sports Medicine, 1987, 27, 306-315.
- De Marchi, R. O combustível da Empresa Moderna - entrevista. Inovação empresarial, 1995, 62, 47-49.
- Dishman, Rod K. Advances in exercise adherence. Champaign: Human Kinetics, 1995.
- Douglas, P.S. Exercise and atherosclerotic heart disease in women. Medicine and Science in Sports and Exercise, 1992, 24, (6), 613-618.

- Duarte, Maria de Fátima S. & Nahas, Markus V. Análise da Composição Corporal em Servidores da Universidade Federal de Santa Catarina segundo a Idade, Sexo, Escolaridade e Nível Sócio-Econômico. Florianópolis: Centro de Desportos da UFSC, 1995.
- Dubbert, Patricia M. Exercise in Behavioral Medicine. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1992, 60, (4), 613 - 618.
- Farquhar, John W. Keynote Address: How Health Behavior Relates to Risk Factors. Circulation, 1993, 88, (3), 1376-1380.
- Flegal, K. M; Harlam, W. H. & Landis, J. R. Secular trends in body mass index and skinfold thickness with socioeconomic factors in young adult women. American Journal of Clinical Nutrition, 1988, 48, 535-543.
- Fonnebo, Vinjar. The healthy Seventh-day Adventist Lifestyle: What is the Norwegian Experience ? American Journal of Clinical Nutrition, 1994, 59 (suppl), 1124S-9S.
- Ford, Earl S.; Merrit, Robert K.; Heath, Gregory W.; Powell, Kenneth E.; Washburn, Richard A.; Kriska, Andrea & Haile, Gwendolyn. Physical Activity Behaviors in Lower and Higher Socioeconomic Status Populations. American Journal of Epidemiology, 1991, 133, (12), 1246-1255.
- França, N.M. & Vívoló, M.A. Medidas Antropométricas. In Victor K.R. Matsudo (Ed.), Testes em Ciências do Esporte. São Paulo: Gráficos Burti, 1987.
- Fylkesnes, Knut & Forde, Olav H. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. Social Science Medicine, 1992, 35, (3), 271-279.
- Garrow, J.S. & Webster, G. Quetelet's index (W/H^2) as a measure of fatness. International Journal of Obesity, 1985, 9, 147-153.
- Genaydy, A. M.; Karwowski, W.; Guo, L.; Hidalgo, J. e Garbutt, G. Physical training: a tool for increasing work tolerance limits of employees engaged in manual handling tasks, Ergonomics, 1992, 35, (9), 1081 - 1102.
- Gibbins, R. L.; Riley, M. e Brindle, P. Effectiveness of programme for reducing cardiovascular risk for men in one general practice, British Medical Journal, 1993, 306, 1652-1656.
- Gillis, Angela & Perry, Anne. The relationships between physical activity and health-promoting behaviors in mid-life women. Journal of Advanced Nursing, 1991, 16, 299-310.

- Goldblatt, Peter; Fox, John & Leon, David. Mortality of Employed Men and Women. American Journal of Industrial Medicine, 1991, 20, 285-306.
- Gyarfas, I. Doenças cardiovasculares: inimigo n. 1 de saúde Pública em todo mundo. A saúde do Mundo. Órgão de divulgação da OMS, 1992.
- Hanson Mary Jane S. Modifiable risk factors for coronary heart disease in women. American Journal of Critical Care, 1994, 3, (3), 177-187.
- Hawkes, Jill M. & Holm, Karyn. Gender differences in Exercise determinants. Nursing Research, 1993, 43, (3), 165-168.
- Hulshof, K. F. A. M.; Löwik, M. R. H.; Kok, F. J.; Wedel, M.; Brants, H. A. M. ; Hermus, R. J. J. e Ten Hoor, F. Diet and other life-style factors in high and low socio-economic groups (Dutch Nutrition Surveillance System), European Journal of Clinical Nutrition, 1991, 45, 441-450.
- Johhson, Carolyn C.; Harsha, David W.; Powers, Christopher R. Fort Polk Heart Smart Program Part IV: Lifestyles of Military Personnel and their Families. Military Medicine, 1993, 158, (5), 317-323.
- Johnson-Saylor, Margaret T. Psychosocial predictors of healthy behaviours in women. Journal of Advanced Nursing, 1991, 16, 1164-1171.
- Kandrack, Mary-Anne; Grant, Karen R. & Segall, Alexander, Gender Differences in Health Related Behaviour: Some unanswered questions. Social Sciences Medicine, 1991, 32, (5), 579-590.
- Karch, R. Só falar não adianta - entrevista. Inovação Empresarial, 1995, 62, 4-6.
- Kohlmeier, L. Food Patterns and Health Problems: Central Europe. Annals of Nutrition & Metabolism, 1991, 35 (suppl I), 22-31.
- Kumpusalo, Esko; Pekkarinen, Heikki; Neittaanmäki, Liisa; Penttilä, Ilkka & Halonen, Pirjo Identification of Health Status Dimensions in a Working-Age Population. Medical Care, 1992, 30, (5), 392-399.
- Lee, Cristina. Factors Related to the adoption of Exercise Among Older Women. Journal of Behavioral Medicine, 1993, 16, (3), 323-334.
- Magalhães, L. Estratégias para Diminuição dos Fatores de Risco Cardiovascular na Comunidade. Atheros-Revista de Divulgação do GEPA - Grupo de Estudos e Pesquisas em Aterosclerose, 1995, 6, (3), 31-33.

- Marcon, Sônia S. Comportamento preventivo em saúde: Exploração do conceito. Revista Gaúcha de Enfermagem, 1990, 11, (2), 28-34.
- Mc Kinlay, Jonh B. The Promotion of Health Through Planned Sociopolitical Change: Challenges for Research and Policy, Social Science Medicine, 1994, 36, (2), 109-117.
- Merino, E. Efeitos Agudos e Crônicos Causados pelo Manuseio e Movimentação de Cargas no Trabalhador. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis, PPGEF- UFSC, 1996.
- Morris, Jerry & Collins, Michael. Saúde Graças ao Exercício - Uma lei da Natureza. A Saúde do Mundo (OMS), 1992, 6-7.
- Morris, Jerry N., Heady, J.A., Raffle, P.A.B., Roberts, C.G., Parks, J.W. Coronary heart disease and physical activity of work.. The Lancet, 1953, 2, 1053-1057.
- Morris, Jerry.N., Vigorous Exercise in Leisure Time: Protection against coronary Heart Disease. The Lancet, 1980, 2, 1207 -1210.
- Moura, Mauro A. Novas Tecnologias. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 1993, 21, (79), 63 - 75.
- Nahas, Markus V.; Francalacci, Vanessa L.; Alvarez, Bárbara R. e Vasconcelos, Eduardo H. Hábitos de Atividade Física e aptidão física relacionados à saúde dos servidores da UFSC segundo a idade, sexo e ocupação. Projeto Integrado CNPq, Centro de Desportos, UFSC, Fpolis, 1995.
- Nahas,Markus V. Fundamentos da Aptidão Física Relacionada à Saúde. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989.
- Nieman, David C. Fitness and Sports Medicine An Introduction. Palo Alto, CA: Bull Publishing Company, 1990.
- O'Brien, S.J. & Vertinsky,P.A. Unfit Survivors: Exercise as a Resource for Aging Women. The gerontologist, 1991, 31, (3), 347-357.
- OMS- Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas - Informe de un Grupo de Estudio de la OMS- Serie de Informes Técnicos 797, Ginebra, 1990.

- Ornish, Dean; Brown, Shirley E.; Scherwitz, Larry W.; Billings, James H.; Armstrong, William T.; Ports, Thomas A.; Mc. Lanahan, Sandra M.; Kirkeeide, Richard L.; Brand, Richard J. E; Gould, K. Lance. Can Lifestyle Changes Reverse Coronary Heart Disease ? The Lancet, 1990, 336, 129-133.
- Paffenbarger Jr., R.S. Contributions of Epidemiology to Exercise Science and Cardiovascular Health. Medicine and Science in Sports and Exercise, 1988, 20, (5), 426-438.
- Paffenbarger Jr., R. S. et ali Physical Activity, All-Cause Mortality, and Longevity of College Alumni. The New England Journal of Medicine, 1986, 314, (10), 605 - 613.
- Paffenbarger Jr., R. S. et ali The Associação of changes in Physical Activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. The New England Journal of Medicine, 1993, 328, (8), 615-625.
- Paraguay, Ana Izabel B. B. Estresse, Conteúdo e Organização do Trabalho: Contribuições da Ergonomia para Melhoria das Condições de Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 1990, 18, (70), 214-220.
- Pate, Russel R.; Pratt, Michael; Blair, Steven N.; Haskell, William L.; Macera, Caroline A.; Bouchard, Claude; Buchner, David; Ettinger, Walter; Heath, Gregory W.; King, Abby; Kriska, Andrea; Leon, Arthur S.; Markus, Bess H.; Morris, Jeremy; Paffenbarger Jr., Ralph S.; Patrick, Kevin; Pollock, Michael L.; Rippe, James M.; Sallis, James & Wilmore, Jack H. Physical Activity and Public Health - A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA - Journal of the American Medical Association, 1995, 273, (5), 402-407.
- Pate, R.F. The evolving definition of physical fitness. Quest, 1988, 40, 174-179.
- Pegado, P. Aptidão Física, Saúde e Produtividade. Esporte e Lazer na Empresa. MEC/SEED, Brasília, 1990.
- Pender, N.J. A conceptual model for preventive health behavior. Nursing Outlook, 1975, 26, (6), 385-390.
- Pires, Patrícia B. O. Levantamento dos Hábitos de Atividade Física dos Servidores Técnicos/Docentes do Colégio de Aplicação da Universidade Federal de Santa Catarina (Monografia de Conclusão de Curso de Licenciatura em Educação Física). Florianópolis: CDS/UFSC, 1994.

- PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos. Brasília: Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1991.
- Quimby, Charlotte H. Women and the family of the future. Journal of Obstet. Gynecology and Neonatal Nurses, 1994, 23, (2), 113-123.
- Reilly, T. & Ussher, M. Sport, Leisure and Ergonomics. Ergonomics, 1988, 31, (11),
- Rippe, J. M. Walking for health and fitness. Journal of the American Medical Association, 1988, 259, (18), 2720-2724.
- Rissanen, A. M.; Heliovaara, M.; Reunanen, A. & Aromaa, A. Determinants of Weight gain and Overweight in Adult Finns, European Journal of Clinical Nutrition, 1991, 45, (9), 419-430.
- Rosenfeld, Oded; Tenenbaum, Gershon; Huskin, Hillel & Halfon, Siman-Tov. The effect of physical training on objective and subjective measures of productivity and efficiency in industry. Ergonomics, 1989, 32, (8), 1019-1028.
- Ross, Catherine E. & Bird, Cloe E. Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health. Journal of Health and Social Behavior, 1994, 35, 161-178.
- Sallis, J.F., Hovell, M.F. & Hofstetter, C.R. Predictors of Adoption and Maintenance of Vigorous Physical Activity in Men and Women. Preventive Medicine, 1992, 21, 237 - 251.
- Santos, Neri. Curso de Engenharia Ergonômica do Trabalho (Apostila). Florianópolis: UFSC/PPGEP, 1994.
- Schilling, R. S. F. Health Protection and Promotion at Work. British Journal of Industrial Medicine, 1989, 46, 683-688.
- Schneider, Dona & Greenberg, Michael R. Choice of Exercise: A Predictor of Behavioral Risks ? Research Quarterly for Exercise and Sport, 1991, 63, (3), 231-237.
- Schroll, Marianne; Ferry, Monique; Lund-Larsen, Kari & Enzi, Giuliano - Euronut SENECA investigators. Assesment of Health: Self-perceived Health, Chronic Diseases, Use of Medicine. European Journal of Clinical Nutrition, 1991, 45, 169-182.

- Scofano, H. C. Resumo do II Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Arquivos Catarinenses de Medicina, 1995, 24, (4), 56-66.
- Sharlin, Judith; Posner, Barbara M.; Gershoff, Stanley N.; Zeitlin, Marian F. & Berger, Paul D. Nutritional and Behavioral Characteristics and determinants of plasma cholesterol levels in men and women. Journal of the American Dietetic Association, 1992, 92, (4), 423-429.
- Sharpe, P.A. & Connell, C.M. Exercise Beliefs and Behaviors Among Older Employees: A Health Promotion Trial. The Gerontologist, 1992, 32, (4), 444 - 449.
- Shephard, Roy J. Sport, Leisure and Well-Being - An Ergonomics Perspective. Ergonomics, 1988, 31, (11), 1501 - 1517.
- Silagy, Chris; Muir, John; Coulter, Angela; Thorogood, Margaret; Yudkin, Patricia & Roe, Liane. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. British Medical Journal, 1992, 305, 871-874.
- Simon, Harvey B. Patient-Directed, Nonprescription Approaches to Cardiovascular Disease. Archives of Internal Medicine, 1994, 154, 2283-2294.
- Sobal, J. e Stunkard, A. J. Socioeconomic Status and Obesity: a review of the literature. Psychology, 1989, 105, (2), 260-275.
- Stamper, Malcom T. Good health is not for sale. Ergonomics, 1987, 30, (2), 199-206.
- Starrin, Bengt; Hagquist, Curt; Larsson, Gerry & Svenson, Per-Gunnar. Community Types, Socio-economic Structure and IHD mortality - A Contextual Analysis based on Swedish Aggregate Data, Social Science Medicine, 1993, 36, (12), 1569-1578.
- Stonecipher, Linda J. & Hyner, Gerald C. Health practices before and after a work-site health screening. Journal of Occupational Medicine, 1993, 3, (35), 297-306.
- Svärdssudd, Kurt & Tibblin, Gösta. Is Quality of Life Affecting Survival ? Scandinavian Journal of Prim. Health Care, 1990, 55-60.
- Temple, Norman J. & Burkitt, Denis P. Towards a New System of Health: The Challenge of Western Disease. Journal of Community Health, 1993, 18, (1), 37 - 47.

- Thompson, Warren G. Exercise and Health: Fact or Hype ? Southern Medical Journal, 1994, 87, (5), 567-574.
- Troup, J. G. G. Biomechanics of the vertebral column. Physiotherapy, 1979, 65, (8), 238 - 244.
- Tuomi, Kaija. Characteristics of work and life predicting coronary heart disease. Social Science Medicine, 1994, 38, (11), 1509-1519.
- Turner, L. W.; Sizer, F. S.; Whytney, E. N. e Wilks, B. B. Life choices - health concepts and strategies. Los Angeles CA: West Publishing Co., 1992.
- Vieira, Débora F.V.B. & Hanashiro, Darcy M.M. Visão Introdutória de Qualidade de Vida no Trabalho. Revista Gaúcha de Enfermagem, 1990, 11, (2), 41-46.
- Waltrick, A. C. A. Estudo das Características Antropométricas de Escolares de 7 a 17 anos - Uma abordagem Longitudinal Mista e Transversal (Dissertação de Mestrado). Florianópolis, PPGE/UFSC, 1996.
- WHO - World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of cronic diseases. Genebra: WHO Technical Report Series n. 797, 1990.
- Williams, Redford; Chesney, Margaret; Cohen, Sheldon; Frasure-Smith, Nancy; Kaplan, George; Krantz, David; Manuk, Steven; Muller, James; Powell, Lynda; Schnall, Peter & Wortman, Camille. Behavior Change and Compliance: Keys to Improving Cardiovascular Health. Circulation, 1993, 88, (3), 1406-1407.
- Wright, Logan; Carbonari, Joseph & Voyles, Wyatt. A factor analytic study of Physical risk variables for coronary heart disease (CHD). Journal of Clinical Psychology, 1992, 48, (2), 165-170.

Anexos 01
Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO DE PESQUISA EM
ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE -
CDS

1.1 N° de ORDEM

PROJETO HÁBITOS DE SAÚDE E APTIDÃO FÍSICA -
UFSC 94

I - DADOS PESSOAIS

0.0 NOME: _____ 1.2 MASIS N° _____
 1.3 Sexo: M [0] F [1] 1.4 Data de Nascimento ___/___/___ 1.5 Data de
 hoje ___/___/___
 1.6 Estado Civil:
 Solteiro[0]; Casado[1]; Viúvo[2]; Divorciado[3];
 Separado[4]; Outros [5]
 1.7 Categoria Funcional:
PROFESSOR:
 Auxiliar [01]; Assistente [02]; Adjunto [03]; Titular[04]; Substituto[05];
 Visitante[06]

FUNCIONÁRIO:

Cargo (código) [];

1.8 Unidade de Lotação (código) [] Fone: _____

1.9 Grau de Instrução (escolaridade):

- [1] Não estudou / Primário Incompleto
- [2] Primário Completo / Ginásial Incompleto
- [3] Ginásio Completo / Colegial Incompleto
- [4] Colegial Completo / Superior Incompleto
- [5] Superior Completo / Pós-Graduação Incompleta
- [6] Pós-Graduação Completa

1.10 Indique nos espaços abaixo a **QUANTIDADE** dos itens abaixo que existem em sua residência:

Quantos

- [] Automóvel
- [] TV em cores
- [] Banheiro
- [] Empregada mensalista
- [] Geladeira

Quantos

- [] Rádio
- [] Máquina de lavar roupa
- [] Videocassete
- [] Aspirador de pó

1.11 Renda Familiar:

- [1] Até 322 Reais
- [2] De 323 a 645 Reais
- [3] De 646 a 1290 Reais
- [4] De 1291 a 1935 Reais
- [5] 1936 ou mais Reais

1.12 Total de Pessoas na Família: []

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA A
ATIVIDADE FÍSICA (Q-PAF)*

(Auto ministrado para adultos)

Oriente-se pelo bom senso ao responder estas questões. Leia atentamente e assinale

SIM ou **NÃO**, conforme o caso.

- | | SIM | NÃO | |
|------|-------|-------|--|
| 1.13 | [1] | [2] | Algun médico já lhe disse que você tem qualquer problema de coração? |
| 1.14 | [1] | [2] | Você tem dores no peito? (coração) com frequência? |
| 1.15 | [1] | [2] | Você sente tonturas fortes ou sensação de desmaio com frequência? |
| 1.16 | [1] | [2] | Algun médico já lhe disse que sua PRESSÃO é alta? |
| 1.17 | [1] | [2] | Você tem algum problema articular ou ósseo (como reumatismo ou artrite) que possa ser agravado com exercícios? |
| 1.18 | [1] | [2] | Você tem mais de 50 anos ou nunca praticou esportes ou exercícios mais intensos? |
| 1.19 | [1] | [2] | Existe alguma outra razão, não mencionada aqui, pela qual você deveria evitar exercícios mais intensos? |

* Desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Canadá (1978).
Reprodução Autorizada.

II - INDICADORES GERAIS DE SAÚDE

Nº de ORDEM

2.1 Você está satisfeito com o seu peso?

- [1] Sim
- [2] Não (gostaria de aumentar)
- [3] Não (gostaria de diminuir)

2.2 Com relação ao fumo, marque a resposta apropriada para o seu caso:

- [1] nunca fumei
- [2] parei de fumar há mais de dois anos
- [3] parei de fumar a menos de dois anos
- [4] fumo menos de dez cigarros por dia
- [5] fumo de dez a vinte cigarros por dia
- [6] fumo mais que vinte cigarros por dia
- [7] só fumo charuto ou cachimbo

2.3 Quantos "drinques" você toma **POR SEMANA**: (um drinque = 1/2 garrafa de cerveja, um copo de vinho ou uma dose de destilado)

- [1] nenhum [2] menos que três [3] cinco a dez [4] mais que dez

2.4 Com que frequência você consegue dormir "bem" (7 - 8 horas por noite):

- [1] sempre
- [2] maioria das vezes
- [3] tenho dificuldade para dormir "bem"
- [4] raramente consigo dormir "bem"

III - ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL

Para cada questão, responda somente **UMA** alternativa.

⇒ ATIVIDADES OCUPACIONAIS DIÁRIAS

- 3.1 Eu geralmente vou e volto da UFSC caminhando ou de bicicleta (pelo menos 800 metros cada percurso):
 [1] Sim [2] Não
- 3.2 Eu geralmente uso escadas ao invés do elevador:
 [1] sim [2] não
- 3.3 Minhas atividades físicas diárias podem ser descritas como:
 [1] Passo a maior parte do tempo sentado(a) e, quando muito, caminho de um lugar próximo para o outro.
 [2] Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido, executar tarefas que requerem movimentação.
 [3] Diariamente executo atividades físicas intensas por várias horas (trabalho pesado, esportes, etc...)

⇒ ATIVIDADES DE LAZER

- 3.4 Meu lazer inclui algumas horas por semana de atividades físicas leves (passeio de bicicleta, caminhada em ritmo lento, etc):
 [1] Sim [2] Não
- 3.5 Ao menos uma vez por semana, participo de algum tipo de dança (moderada) por uma hora ou mais:
 [1] sim [2] não
- 3.6 Jogo tênis, voleibol, futebol ou outro esporte de caráter recreacional:
 [1] uma vez por semana [3] três ou mais vezes por semana
 [2] duas vezes por semana [4] nenhuma vez
- 3.7 Quando me sinto sob tensão, costumo fazer algum tipo de exercício para relaxar:
 [1] sim [2] não
- 3.8 Duas ou mais vezes por semana faço ginástica (tipo flexões abdominais, exercícios para os braços, etc), durante pelo menos 10 minutos:
 [1] sim [2] não
- 3.9 Participo de sessões de ioga ou faço exercícios de alongamento muscular regularmente:
 [1] sim [2] não
- 3.10 Duas ou mais vezes por semana, participo de sessões de musculação:
 [1] sim [2] não
- 3.11 Participo de atividades aeróbias vigorosas (correr, pedalar, nadar, remar) durante 20 minutos ou mais:
- 3.12
 [1] uma vez por semana [3] três ou mais vezes por semana
 [2] duas vezes por semana [4] nenhuma vez

*** ATENÇÃO - QUESTIONÁRIO PREENCHIDO PELO MÉDICO**

IV - QUESTIONÁRIO MÉDICO

4.1 FC Repouso _____ bpm. 4.2 PA Repouso _____ / _____ mmHg.

4.3 Como você classificaria seu estado de saúde atual ?

Ruim 1 Regular 2 Bom 3 Excelente 4

4.4 Queixa Principal:

4.5 Você usa regularmente algum medicamento ?

- 1 Insulina 2 Hipoglicimante oral 3 Vitaminas
- 4 Moderador de apetite 5 Analgésico/Antiinflamatório 6 Laxativos
- 7 Antiácidos / bloqueador H₂ 8 Tranqüilizantes / ansiolíticos / Anti Depressivos
- 9 Diuréticos 10 Medicamento para ICO
- 11 Antihipertensivos Antag. CA 12 Antihipertensivos β Bloqueador
- 13 Outros:

ISDAS/Antecedentes Pessoais:

	Já sofreu antes	sofre atualmente	Desde há		Sob Tratamento	
			ANOS	MESES	SIM	NÃO
4.6 Dor de cabeça	1	2	a	m	3	4
4.7 Azia / Dor no estômago	1	2	a	m	3	4
4.8 Constipação intestinal	1	2	a	m	3	4
4.9 Gastrite/Ulcera	1	2	a	m	3	4
4.10 Bronquite/Asma	1	2	a	m	3	4
4.11 Tosse/Catarro	1	2	a	m	3	4
4.12 Dor no peito aos esforços	1	2	a	m	3	4
4.13 Infarto/Revascularização/Angioplastia	1	2	a	m	3	4
4.14 Hipertensão	1	2	a	m	3	4
4.15 AVC	1	2	a	m	3	4
4.16 DST - Dça. sexualmente transmissível	1	2	a	m	3	4
4.17 Infecções urinárias de repetição	1	2	a	m	3	4
4.18 Litíase urinária	1	2	a	m	3	4
4.19 Incontinência urinária	1	2	a	m	3	4
4.20 Dor na coluna - pescoço	1	2	a	m	3	4
4.21 Dor na coluna - costas	1	2	a	m	3	4
4.22 Dor na coluna - lombar	1	2	a	m	3	4
4.23 Dores ou rigidez articulares	1	2	a	m	3	4
4.24 Diabetes mellitus	1	2	a	m	3	4
4.25 Alergias	1	2	a	m	3	4
4.26 Convulsões	1	2	a	m	3	4
4.27 Depressão	1	2	a	m	3	4
4.28 Câncer	1	2	a	m	3	4
4.29 Outros	1	2	a	m	3	4

- 4.30 Cáries a tratar ? Sim [1] Não [2]
- 4.31 Menarca aos _____ anos.
- 4.32 4.32 N° gestações _____
- 4.33 N° partos: [1] Normais _____ [2] Cesáreos _____
- 4.34 Abortos: [1] Espontâneos _____ [2] Induzidos _____
- 4.35 Menopausa aos _____ anos
- 4.36 Último preventivo de câncer há _____ anos _____ meses.
- 4.37 Idade de início das atividades sexuais _____ anos
- 4.38 Método contraceptivo: AC.oral[1] injet[2] Tabela [3] Preserv[4] DIU[5]
Diafragma[6] Coito Inter[7]
- 4.39 Já fez ECG de esforço em esteira ou bicicleta ergométrica ? Sim [1] Não[2]
- 4.40 Cirurgias: Amígdalas[1] Apêndice[2] Cardíaca[3] Colectomia[4]
Cesariana [5] Outras [6]: _____
- 4.41 História Familiar: Possui na família PAI, MÃE ou IRMÃOS que apresentam ou
apresentaram:
- [1] Angina. Infarto ou morte súbita antes dos 50 anos []
- [2] Litíase vesical []
- [3] Angina. Infarto ou morte súbita após os 50 anos []
- [4] Diabetes []
- [5] Tuberculose[]
- [6] Câncer[]
- [7] Litíase urinária []
- [8] Pressão alta ou AVC []
- [9] Não sabe
- [10]Outros: _____

Obs: _____

PARA OS TESTES PRÁTICOS

APTO

INAPTO TEMPORÁRIO

Porque: _____

INAPTO

Porque: _____

Nome do Médico: _____

Nº de ORDEM

V - ANTROPOMETRIA

				MÉDIA	AVALIADOR				
5.1 MASSA Kg									
5.2 ESTATURA cm									
5.3 ATC									
5.4 ENVERGADURA									
CIRCUNFERÊNCIAS									
5.5 CINTURA									
5.6 QUADRIL									
5.7 BRAÇO D									
5.8 PERNA D									
DOBRAS CUTÂNEAS									
5.9 TRICEPS									
5.10 SUBESCAPULAR									
5.11 SUPRILÍACA									
5.12 ABDOMINAL									
5.13 PANTURRILHA									
DIÂMETROS									
5.14 ÚMERO									
5.15 FÊMUR									

VI - TESTES FÍSICOS

FLEXIBILIDADE				MAIOR
6.1 SENTAR E ALCANÇAR				
6.2 FLEX. OMBROS:	D			
6.3 FLEX. OMBROS:	E			

Avaliador: _____

FORÇA				MAIOR
6.4 DINAMOMETRIA MANUAL	D			
6.5 DINAMOMETRIA MANUAL	E			
6.6 ABDOMINAL (30s)			VEZES	
6.7 BRAÇO (apoio)			VEZES	

Avaliador: _____

RESISTÊNCIA AERÓBIA - TESTE DA MILHA			
6.8 TEMPO:	6.9 FC	6.10 PA	/

Avaliador: _____