

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

Shana Ginar da Silva

**PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR E FATORES  
ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DO SETOR  
INDUSTRIAL BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física. Orientador: Markus Vinícius Nahas

Florianópolis  
- 2012 -

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

S586p Silva, Shana Ginar da  
Percepção de bem-estar e fatores associados em  
trabalhadores do setor industrial brasileiro [dissertação] /  
Shana Ginar da Silva ; orientador, Markus Vinicius Nahas. -  
Florianópolis, SC, 2012.  
111 p.: grafs., tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em  
Educação Física.

Inclui referências

1. Educação física. 2. Conforto humano. 3. Trabalhadores -  
Saúde. 4. Satisfação. 5. Felicidade. I. Nahas, Markus  
Vinicius. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

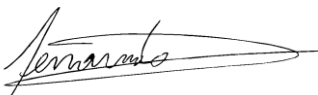
CDU 796

Shana Ginar da Silva

**PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR E FATORES  
ASSOCIADOS EM TRABALHADORES DO SETOR  
INDUSTRIAL BRASILEIRO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Educação Física”, e aprovada em sua versão final pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 14 de fevereiro de 2012.



**Prof. Fernando Diefenthaler, Dr.**  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**



---

**Prof. Markus Vinicius Nahas, Dr.**  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina



---

**Prof. Pedro Curi Hallal, Dr.**  
Universidade Federal de Pelotas



---

**Prof. Adair da Silva Lopes, Dr.**  
Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico esta dissertação à minha família, em especial, aos meus pais **Simone e Ricardo** e à minha avó **Ilda Maria**, por sempre me apoiarem incondicionalmente e me ensinarem todos os valores da vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha família, sempre presente, acompanhando todos os meus passos e vivendo intensamente minhas conquistas. Em especial, aos meus primeiros e principais orientadores na vida, meus queridos pais Ricardo e Simone pela educação e amor e por sempre me incentivarem e me apoiarem incondicionalmente a lutar em busca dos meus sonhos.

À minha querida Avó Ilda Maria, meu maior exemplo de fé e determinação, que, apesar dos obstáculos nessa vida, nunca perdeu a força e a vontade de viver.

Aos meus amados irmãos Stella e Ricardinho por compreenderem a minha ausência e sempre esperarem ansiosamente pelos momentos em que estaríamos juntos. Amo vocês!

Ao meu mentor Professor Markus Nahas, exemplo de competência e líder de referência na área de Atividade Física e Saúde, que me concedeu a oportunidade e confiança em trabalhar ao seu lado, investindo em minha formação acadêmica nesses dois anos de mestrado. Muito Obrigada!

Aos membros titulares da banca examinadora, professor Pedro Curi Hallal, que praticamente me inicializou na carreira acadêmica e me apresentou a ciência da epidemiologia. É um orgulho poder usufruir da tua presença e poder contar com as tuas valiosas contribuições. Ao professor Adair da Silva Lopes, a quem tenho grande estima e admiração, pela dedicação e disponibilidade em contribuir com este trabalho.

Aos professores da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, Airton Rombaldi, Luiz Carlos Rigo, Marcelo Cozzensa e Pedro Curi Hallal por acreditarem no meu potencial acadêmico, oportunizando o início de uma longa caminhada.

A todos os meus colegas de NuPAF, principalmente ao Giovâni, ao Alex, ao Leandro, ao Thiago, à Luana, à Susana, à Elusa, à Kelly, ao Filipe, à Luciana, à Luana Hoelfemann, à Luísa,

ao Jorge Bezerra, à Edineia, ao Jucemar, ao Roger e ao Sílvia pelos inesquecíveis momentos compartilhados e por me auxiliarem prontamente quando necessário. Aos amigos do Núcleo de Pesquisa em Cineantropometria e Desempenho Humano (NUCIDH) em especial à Giseli, à Lucélia e ao Diego, que dividiram momentos importantes de discussão e auxiliaram no meu crescimento pessoal e profissional.

Um agradecimento especial aos grandes amigos que fiz durante esta caminhada, especialmente à Dani, à Susy, à Angélica, à Luana, à Marília, ao Alex e ao Giovâni. Agradeço a amizade, o companheirismo e os ótimos momentos e alegrias que passamos juntos. Obrigada por estarem presentes, tanto nas horas boas como nas mais difíceis e por terem atenuado a tão árdua tarefa de vencer esse desafio longe de casa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação Física e de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, pelos ensinamentos e oportunidades.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro concedido, possibilitando uma maior dedicação ao mestrado.

Por fim, agradeço ao Serviço Social da indústria - SESI, por disponibilizar o banco de dados para que este trabalho fosse realizado.

## RESUMO

Bem-estar é um conceito multidimensional que inclui vários aspectos de saúde física e mental, suporte social, relacionamentos e capacidade para lidar com situações de estresse e que busca compreender as avaliações que as pessoas fazem da própria vida. Por ser um constructo complexo e dinâmico, a identificação das variáveis que afetam o bem-estar da população, muitas vezes, é difícil e pouco explorada. Assim, o propósito desta dissertação foi analisar a autopercepção de bem-estar e a associação com características sociodemográficas, comportamentais, de suporte social e autorrelatos de saúde em trabalhadores do setor industrial no Brasil. Para isso, foi realizada uma análise dos dados de um inquérito epidemiológico transversal desenvolvido pelo Serviço Social da Indústria em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, com amostra representativa de 24 estados brasileiros e do Distrito Federal, no período de 2004 e 2006 a 2008. O desfecho autopercepção de bem-estar foi definido como o grau em que o indivíduo avalia a satisfação com a vida em três contextos distintos: lar, trabalho e lazer. Para cada uma das dimensões foi aplicada a seguinte pergunta: *“Como você se sente, atualmente, em relação à sua vida no... (lar, trabalho e lazer)?* Para cada questão foram oferecidas cinco opções de resposta. Na perspectiva de melhorar o entendimento do desfecho em relação aos fatores associados, foi construída uma escala ordinal contínua de três a 15 pontos com base na seguinte pontuação, conforme as opções de resposta em cada domínio: (1) muito mal; (2) mal; (3) mais ou menos; (4) bem; (5) muito bem. Para estimar a prevalência de bem-estar, o desfecho foi dicotomizado em percepção negativa e positiva, sendo definida como percepção negativa aqueles trabalhadores que atingiram de três a nove pontos na escala, e positiva de 10

a 15 pontos. Posteriormente, a distribuição dos trabalhadores em relação às percepções de bem-estar foi analisada mediante quatro intervalos quartílicos. A estatística inferencial foi realizada por meio da Regressão Logística Multinomial, estimando-se razões de *odds* e intervalos de confiança de 95%. Participaram deste estudo 44.477 industriários sendo 69,9% do sexo masculino. A percepção de bem-estar positivo esteve presente em 93% dos trabalhadores, sendo mais prevalente no gênero masculino e indivíduos nos mais jovens, da região sul do Brasil, com renda e escolaridade elevadas, com adoção de comportamentos saudáveis como não fumar, não consumir bebidas alcoólicas em excesso e ativos no lazer. Trabalhadores declarados religiosos praticantes, com percepções positivas sobre a saúde e qualidade do sono e com baixa frequência de estresse e sintomas depressivos, tiveram chances mais elevadas de uma melhor percepção de bem-estar comparado aos seus pares. A prevalência de bem-estar positivo foi alta em trabalhadores das indústrias brasileiras, porém detectaram-se importantes diferenças entre indivíduos com características sociodemográficas distintas. Além disso, confirmou-se que aspectos comportamentais, de suporte social e autorrelatos de saúde são fatores de substancial importância na avaliação do bem-estar. Espera-se com estes resultados, que este assunto seja abordado com maior profundidade pelos pesquisadores da área, dada a sua importância para o subsídio e planejamento de políticas públicas.

**Palavras-chave:** Bem-estar. Trabalhadores. Saúde do trabalhador. Satisfação na vida. Felicidade.



## ABSTRACT

Well-being is a multidimensional concept that includes various aspects of physical and mental health, social support, relationships and ability to handle stressful situations and search understand evaluations people make of their lives. As it is a complex and dynamic construct, identification of variables that affect the well-being of the population, it is often difficult and little explored. Thus, the aim of this study was to analyze the perception of well-being and the association with socio-demographic characteristics, behavioral, social support and self-reports of health, among workers in Brazil. For this, we performed an analysis of data from a cross-sectional epidemiological survey developed by the Industry Social Service in partnership with the Center for Research on Physical Activity and Health, from the Federal University of Santa Catarina, with a representative sample of 24 Brazilian states and Federal District in the period of 2004, 2006 to 2008. The outcome self-perception wellbeing was defined as the degree in which the individual evaluates the satisfaction with his life in three contexts: home, work and leisure. For each one of these dimensions it was applied the following question: "How do you feel, currently, in relation to your life at...(home, work and leisure)? For each question were given five answer options. In view to improve the understanding of the outcome in relation to the factors associated, it was made a continuous ordinary scale of three to 15 with base on the following punctuation, in accordance to the answer options in each domain: (1) very bad; (2) bad; (3) more or less; (4) well; (5) very well. To estimate the prevalence of well-being, the outcome was dichotomized in negative and positive perception, being defined as negative perception those workers that attained three to nine points on the scale and positive perception from 10 to 15 points.

Posteriorly, the workers distributions in relation to the perceptions of wellbeing were analyzed by means of quartile. The inferential statistic was done by means of the Multinomial Logistic Regression, estimating odds ratio and confidence intervals of 95%. The study included 44,477 industrial workers and 69.9% were male. The perception of positive wellbeing was present in 93% of the workers, being more prevalent in the men and in the individuals with age under 30. Better perception of wellbeing was associated to the male gender, to the younger, of the southern region of Brazil, with high income and education, with adoption of healthy behaviors such as: not smoking or consuming excessive alcoholic drinks in excess and to be active in leisure. Workers declared active religious practitioners with positive perceptions about health and sleep quality and with low stress frequency and depressive symptoms had more elevated chances of a better perception of well-being compared to their peers. The prevalence of positive well-being was high in Brazilian's industry workers; however it was detected important differences between individuals with distinct sociodemographic characteristics. Besides that, it was confirmed that behavioral aspects, of social support and self-reports of health are factors of substantial importance in the evaluation of the well-being. It is expected that these results, that this matter be discussed in greater depth by researchers in the area, given its importance for the subsidy and public policy planning.

**Keywords:** Well-being. Workers. Occupational health. Life satisfaction. Happiness.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Projeção global do bem-estar subjetivo.....	30
<b>Figura 2</b> - Modelo teórico da percepção de bem-estar subjetivo.....	40
<b>Figura 3</b> - Mapa da coleta de dados, Brasil, 2004; 2006 – 2008.....	44
<b>Figura 4</b> - Modelo hierarquizado de análise.....	52
<b>Figura 5</b> - Percepção de bem-estar conforme quartis em trabalhadores da Indústria de 23 estados brasileiros e do Distrito Federal.....	59

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Variáveis do estudo.....</b>	<b>48</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - População, amostra calculada e amostra final de trabalhadores segundo departamentos Regionais do SESI. Brasil, 2004 e 2006-2008.....54
- Tabela 2** - Características demográficas e socioeconômicas de trabalhadores do setor Industrial no Brasil em 2004, 2006 – 2008.....56
- Tabela 3** - Distribuição da amostra conforme variáveis de suporte social, comportamentais e autorrelatos de saúde de trabalhadores do setor Industrial no Brasil em 2004, 2006 – 2008.....57
- Tabela 4** - Prevalências da percepção de bem-estar segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em trabalhadores do setor Industrial no Brasil, 2004, 2006 – 2008.....61
- Tabela 5** - Prevalências de percepção de bem-estar segundo variáveis de suporte social, comportamentais e autorrelatos de saúde em trabalhadores do setor Industrial no Brasil em 2004, 2006 – 2008.....63
- Tabela 6** – Razões de *Odds* (RO) bruto e ajustado da pior percepção de bem-estar *versus* percepções intermediária-baixa, intermediária-alta e melhor percepção considerando indicadores sociodemográficos, de suporte social, comportamentais e autorrelatos de saúde em trabalhadores do setor Industrial no Brasil em 2004, 2006 – 2008.....68

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BES – Bem-estar subjetivo

IC95% - Intervalo de confiança de 95%

NuPAF – Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde

SESI – Serviço Social da Indústria

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

n – Amostra

N - População

AC – Acre

AL – Alagoas

AM - Amazonas

AP - Amapá

BA – Bahia

CE - Ceará

ES – Espírito Santo

RR – Roraima

DF – Distrito Federal

MA – Maranhão

PB – Paraíba

PA – Pará

PE – Pernambuco

PR - Paraná

GO – Goiás

RS – Rio Grande do Sul

RN – Rio Grande do Norte

RO – Rondônia

MS – Mato Grosso do Sul

MG – Minas Gerais

MT – Mato Grosso

SP – São Paulo

SC – Santa Catarina

TO -Tocantins

# SUMÁRIO

<b>1</b>	
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1 Formulação do problema.....	17
1.2 Objetivos.....	20
1.2.1 Objetivo geral.....	20
1.2.2 Objetivos específicos.....	20
1.3 Justificativa.....	21
1.4 Definição de termos.....	22
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
2.1 Concepções de bem-estar.....	25
2.2 Dados epidemiológicos sobre bem-estar.....	28
2.3 Aspectos sociodemográficos associados ao bem-estar.....	33
2.4 Fatores comportamentais, suporte social, saúde e bem-estar.....	36
2.5 Modelo teórico.....	40
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>44</b>
3.1 Locais do estudo.....	44
3.2 População e amostra.....	45
3.3 Instrumentos para a coleta de dados.....	46
3.4 Variáveis do estudo.....	48
3.4.1 Definição das variáveis independentes.....	48
3.4.2 Definição do desfecho.....	49
3.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	50
3.6 Tabulação e análise de dados.....	51
3.7 Procedimentos éticos.....	53
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
4.1 Perfil geral da amostra.....	54

4.2 Prevalências de bem-estar.....	58
4.3 Associação entre as categorias de percepção de bem-estar e aspectos sociodemográficos, de suporte social, comportamentais e autorrelatos de saúde.....	65
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>70</b>
<b>6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>81</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO A – Instrumento de pesquisa.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO B – Pareceres do comitê de ética.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO C – Autorização do serviço social da indústria para utilização do banco de dados.....</b>	<b>108</b>



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Formulação do Problema

Pesquisadores de diversos países estão empenhados em descobrir o quanto as pessoas se consideram felizes e satisfeitas com a vida e em que medida são capazes de realizar plenamente suas potencialidades. Esses estudiosos, embora utilizem bases teóricas e métodos distintos, investigam um tema complexo denominado bem-estar (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Em sua essência, bem-estar é um conceito multidimensional que inclui vários aspectos de saúde física e mental, suporte social, relacionamentos e capacidade para lidar com situações de estresse (MCDOWELL, 2010). Constitui um campo de estudo que busca compreender as avaliações que as pessoas fazem da própria vida, aplicando concepções subjetivas e, nesse processo, apoiando-se em próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003).

O bem-estar subjetivo é uma meta desejável para as nações preocupadas em produzir resultados sociais benéficos (LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005), não apenas por seu valor inerente a cidadania, mas também pelos indiretos benefícios positivos para a sociedade como um todo.

Tanto na perspectiva política, como na econômica e social, o interesse na investigação dessa temática é crescente. A utilização de indicadores de bem-estar populacional pode servir como base para as discussões de diretrizes nacionais de avaliação das políticas públicas em vários domínios, incluindo a assistência médica, serviços sociais, condições de trabalho e promoção da saúde (DIENER, 2005).

Diversos países estão adotando indicadores de bem-estar populacional no planejamento de suas estratégias de desenvolvimento econômico e social. No Reino Unido, por

exemplo, planejou-se investigar o bem-estar da população em escala nacional, buscando analisar, em 2011, como esse indicador pode ser utilizado para fins políticos (DOLAN; LAYARD; METCALFE, 2011). Especificamente na Inglaterra, discute-se a necessidade do uso de estimativas de satisfação de vida e de felicidade da população como indicadores de bem-estar populacional (SEYMOUR, 2007). No Canadá, o *Canadian Community Health Survey (CCHS) – Mental Health*, desenvolvido pelo setor de Recursos Humanos e Desenvolvimento Social, apresenta seleção de indicadores guiados por um modelo conceitual de bem-estar, proporcionando sistematicamente medidas e informações sobre diversos aspectos de bem-estar que são importantes para a sociedade canadense (HUMAN RESOURCES AND SKILLS DEVELOPMENT CANADA, 2011).

As razões para a utilização desses indicadores são diversas. Pesquisas apontam que constructos componentes do bem-estar, como a satisfação com a vida, são importantes preditores da longevidade (KOIVUMAA-HONKANEN et al., 2000) e protetores para desfechos em morbidade (OSTIR et al., 2001), com uma relação de dose-resposta indicando uma relação evidente entre insatisfação com a vida e diversas causas de doenças, lesões e mortalidade (KOIVUMAA-HONKANEN et al., 2000; CHIDA; STEPTOE, 2008). Além disso, pesquisas têm demonstrado associação direta entre satisfação na vida e indicadores positivos de saúde, suporte social e comportamentos saudáveis (MERLIN et al., 2003; STRINE et al., 2007).

Em populações de países de renda média ou baixa, evidencia-se escassez de dados referentes ao perfil de bem-estar em nível populacional. No Brasil, poucos trabalhos têm se dedicado a investigar essa temática (SILVA et al., 2007; HALLAL et al., 2010). Outro aspecto que vem sendo observado é a utilização do termo bem-estar por meio de diversas características em estudos epidemiológicos, sejam elas

relacionadas à saúde ou à doença (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Pesquisadores se utilizam de dados gerais, principalmente vinculados à saúde e remetem ao conceito de bem-estar apropriando-se do termo sem investigá-lo de fato, tratando com superficialidade essa área de investigação.

Indicadores subjetivos, como o bem-estar, têm a vantagem de avaliar a valorização da vida como um todo, e isso é de grande importância para elaboração de estratégias de intervenção (VEENHOVEN, 2000), tornando o bem-estar um importante constructo de saúde pública.

Nesse contexto, o local de trabalho se configura como um importante espaço para a promoção da saúde e qualidade de vida, pois permite atingir grande número de pessoas que destinam inúmeras horas de suas vidas ao labor (COX; MILES, 1994). No entanto, a investigação do tema bem-estar em trabalhadores ainda é incipiente. Pesquisadores utilizam conceitos diversos para representá-lo, seja por meio de fatores positivos como a satisfação no trabalho (YAMASHITA, 2009) ou fatores negativos como a síndrome de *burnout* (PEREIRA, 2002; PARKER; MARTIN, 2009) e o estresse (KAWAI; YAMAZAKI; NAKAYAMA, 2010), avaliando exclusivamente bem-estar no contexto do ambiente de trabalho.

O constructo bem-estar, se investigado de um ponto de vista abrangente, envolve outros domínios que não somente a satisfação com o trabalho, como por exemplo, a vida familiar e o lazer. A compreensão de tais aspectos pode trazer informações globais e mais próximas da realidade sobre as condições de vida e saúde do trabalhador.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a autopercepção de bem-estar e a associação com características sociodemográficas, comportamentais, de suporte social e de autorrelatos de saúde em trabalhadores do setor industrial no Brasil.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Estimar a prevalência da percepção de bem-estar positivo nas 24 unidades federativas do Brasil;
- b) Determinar a associação entre a percepção de bem-estar com gênero, idade, estado civil, região geográfica, nível de escolarização e renda familiar bruta;
- c) Determinar a associação entre a percepção de bem-estar com tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física no lazer;
- d) Estimar a associação da percepção de bem-estar e variáveis de suporte social, como número de habitantes no domicílio e religiosidade;
- e) Verificar a associação entre a percepção de bem-estar e autorrelatos de saúde como percepção de saúde, qualidade do sono, nível de estresse e sintomas depressivos.

### 1.3 Justificativa

Apesar do consenso na literatura científica de que as pesquisas em saúde pública não devam avaliar somente aspectos relacionados à doença, mas também desfechos positivos em saúde, ainda assim evidencia-se uma abordagem de estudos prioritariamente centrados em agravos e patologias. Recentemente, observa-se uma tendência crescente para os estudos que analisam indicadores positivos para a saúde. Entre tais resultados, os estudos sobre bem-estar e felicidade têm atraído cada vez mais atenção no meio acadêmico (SIAHPUSH; SPITTAL; SINGH, 2008; CRAMM; MOLLER; NIEBOER, 2010).

Por ser um constructo complexo e dinâmico que envolve uma série de fatores que exercem influência em sua percepção, a identificação das variáveis que afetam o bem-estar da população, muitas vezes, é difícil e pouco explorada, dada a falta de consenso sobre os conceitos subjacentes e instrumentos de pesquisa disponíveis (GIACOMONI, 2004). Na última década, a apreciação desse tema possibilitou estudos que evidenciaram possível associação causal entre indicadores de bem-estar e resultados positivos para a saúde (PRESSMAN; COHEN, 2005). Felicidade ou constructos relacionados parecem induzir aumento da imunidade (BARAK, 2006), servindo como fatores de proteção para algumas doenças ou até mesmo atuando como fatores preditivos de maior longevidade (KOIVUMAA-HONKANEN et al., 2000).

No entanto, inquéritos epidemiológicos que apresentem dados com indicadores de bem-estar populacional e quais os fatores que estão associados a essa percepção, são escassos na literatura mundial e raros no Brasil. Quando se refere à população de trabalhadores, percebe-se uma defasagem ainda maior. Além disso, as pesquisas sobre bem-estar e satisfação na vida têm focado indivíduos com doenças crônicas (WIKMAN; WARDLE; STEPTOE, 2011) como câncer (MATTHEWS et

al., 2002; TATE; FORCHHEIMER, 2002) e lesões medulares (KALPAKJIAN et al., 2011), além de muitos serem específicos da população idosa (LEE; HUNG, 2011; MOMTAZ et al., 2011).

Tendo em vista o papel dos profissionais de Educação Física de incentivar e promover estilos de vida mais saudáveis e frente às associações evidenciadas entre comportamentos positivos à saúde e a melhor percepção de bem-estar (STRINE et al., 2008; MCCANN, 2010), ressalta-se a importância da investigação dessa temática para a Educação Física.

O entendimento dos fatores associados ao bem-estar é fundamental para o conhecimento e avanço da área, proporcionando informações relevantes para o planejamento econômico, político e social de diversos segmentos, inclusive do setor industriário e das ações de promoção da saúde do trabalhador; logo, isso reforça a necessidade de um estudo específico com a população brasileira.

#### **1.4 Definição de Termos**

Atividade física – Movimento corporal produzido pela contração da musculatura esquelética que eleva o gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN et al., 1985).

Atividade física no lazer – Caracteriza-se como uma atividade não essencial na vida das pessoas, e sim uma atividade realizada a critério individual (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2008), incluindo exercícios físicos (caminhada, corrida, ginástica), esportes, dança, artes marciais, praticados por opção de lazer (NAHAS, 2010).

Bem-estar – Conceito multidimensional, instável ao longo do tempo, que se refere à avaliação subjetiva, tanto afetiva como cognitiva, que os indivíduos fazem de sua vida (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003). As concepções atuais constituem-se de duas perspectivas distintas: a primeira delas aborda o estado subjetivo de felicidade, envolvendo julgamentos globais de satisfação com a vida ou com domínios específicos dela e se sustenta nos domínios da cognição. A outra perspectiva abrange experiências emocionais positivas e negativas e se assenta nas teorias sobre estados emocionais, emoções, afetos e sentimentos (DIENER et al., 1999). Para este estudo, bem-estar será avaliado do ponto de vista da dimensão cognitiva, por meio da articulação do constructo satisfação na vida.

Felicidade - Refere-se ao grau em que um indivíduo julga a qualidade geral da sua vida (OTT, 2011). Estado afetivo de curto prazo que pode variar significativamente ao longo do tempo (MOONS, BUDTS, DE GEEST, 2006).

Qualidade de vida – Reflete “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1995). Compreende um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano (NAHAS, 2010).

Religiosidade – É definida como a extensão na qual um indivíduo acredita, segue ou pratica uma religião (PANZINI et al., 2007).

Satisfação com a vida – É o julgamento que o indivíduo faz sobre a própria vida (KEYES; SHMOTKIN; RYFF; 2002). Refere-se à dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo

(DIENER, 2000), sendo um constructo multidimensional que apresenta mudanças ao longo do tempo.

Suporte social – Trata-se de um conceito multidimensional que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais (SIQUEIRA, 2008).



## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

A abordagem holística do conceito de bem-estar coloca-o sob a interseção de vários campos de investigação em diferentes áreas de estudo, como a filosofia, antropologia, sociologia, psicologia e as ciências da saúde. Para esta revisão bibliográfica, realizou-se consulta às bases de dados eletrônicas Medline/Pubmed, PsycInfo, Scielo e Scopus e traçadas algumas estratégias de busca para revisão do material encontrado.

### **2.1 Concepções de Bem-Estar**

Ao longo dos séculos, o bem-estar e seus determinantes têm sido uma preocupação central de filósofos, psicólogos, sociólogos e profissionais de diversas áreas de conhecimento, inclusive do campo das ciências da saúde. Defini-lo tem sido um constante desafio, devido à complexidade do conceito, uma vez que pode ser influenciado por aspectos demográficos, econômicos, culturais, ambientais e de indicadores do estilo de vida. Assim, evidenciam-se na literatura diferentes proposições teóricas para o termo bem-estar. No intuito de identificar as definições mais empregadas, a busca bibliográfica é iniciada pela revisão da origem, contexto histórico e definições dos conceitos de bem-estar subjetivo (BES), assim como de alguns conceitos semelhantes, como qualidade de vida, satisfação com a vida e felicidade, que agem como constructos norteadores e elementares da concepção de bem-estar.

Qualidade de vida, assim definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reflete a “percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995). De acordo com Nahas (2010), esta seria resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais,

modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano, identificando a percepção de bem-estar como um filtro pessoal na interpretação dos indicadores de qualidade de vida. A atenção dada pela comunidade científica às variáveis positivas da saúde parece estar sendo acompanhada pela importância atribuída pela sociedade em geral (GALINHA; RIBEIRO, 2005).

Segundo Ventegodt et al. (2003), ter boa qualidade de vida significa ter “boa vida” e para medi-la, três aspectos deveriam ser analisados: o existencial (qualidade de vida num nível mais profundo, espiritual), o objetivo (percepção externa da qualidade de vida do indivíduo) e por fim o subjetivo (o quanto o indivíduo percebe-se satisfeito com sua vida) (VENTEGODT; MERRICK; ANDERSEN, 2003).

Dentro desse contexto, o bem-estar subjetivo seria então, de acordo com Diener (2000), a porção subjetiva da qualidade de vida. Refere-se a uma avaliação de caráter individual - tanto afetiva como cognitiva - que os indivíduos fazem de suas vidas, abrangendo constructos de felicidade, satisfação na vida e afeto positivo (GIACOMONI, 2004).

A história do conceito é relativamente recente. Surgiu no final da década de 1950, quando se buscavam indicadores de qualidade de vida para monitorar mudanças e implantação de políticas de desenvolvimento social (LAND, 1975). Como marco do seu nascimento, destaca-se a revisão desenvolvida por Wilson, em 1967, intitulada “Correlatos de Felicidade Declarada” (WILSON, 1967).

Atualmente, as concepções científicas mais proeminentes sobre o termo bem-estar subjetivo podem ser constituídas de duas perspectivas distintas: a primeira delas aborda o estado subjetivo de felicidade, envolvendo julgamentos globais de satisfação com a vida, ou com domínios específicos dela e se sustenta nos domínios da cognição. A outra perspectiva abrange experiências emocionais positivas e

negativas e se assenta nas teorias sobre estados emocionais, emoções, afetos e sentimentos (DIENER et al., 1999).

A satisfação com a vida, de forma ampla, indica o julgamento que o indivíduo faz sobre sua própria vida (KEYES; SHMOTKIN; RYFF; 2002). Envolve a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo (DIENER, 2000), sendo um constructo multidimensional que apresenta mudanças ao longo da vida. Originou-se nas concepções de qualidade de vida, tendo sido um conceito apropriado e redefinido por estudiosos das ciências comportamentais para compor um dos elementos que integram a definição de bem-estar subjetivo (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Diversas foram as tentativas para integrar satisfação na vida ao conceito de bem-estar. Pesquisadores nos anos 80 (GEORGE; BEARON, 1980; STONES; KOZMA, 1980) já reconheciam a satisfação na vida como a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo. Reconhecer tal natureza tornou-se importante não só porque era possível distinguir satisfação com a vida do componente emocional de BES - composto por afetos positivos e negativos - como também porque possibilitava compreender como se dava a estruturação dos dois componentes de BES entre amostras com características demográficas distintas (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Com relação à definição de felicidade, Ott (2011) aponta como sendo "*o grau em que um indivíduo julga a qualidade geral de sua vida*", em outras palavras seria o quanto se gosta da vida que se vive. Já para Diener (2000) este seria um termo coloquial do bem-estar subjetivo. A ligação entre felicidade e bem-estar é amplamente enfatizada na literatura, devido à similaridade de suas definições. Entretanto, evidenciam-se diferentes nomenclaturas para o conceito de felicidade. Alguns autores apontam que o BES seria o estudo científico da felicidade (OLIVEIRA et al., 2009), outros relatam que existem diferenças pontuais entre os dois

conceitos, visto que a felicidade seria momentânea, sendo um traço transitório, enquanto que o BES não (DIENER, 2005).

Em síntese, o bem-estar subjetivo é um conceito de importância crescente em um mundo democrático, em que se espera que as pessoas vivam a vida de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios.

Para esse estudo, reporta-se a concepção da dimensão cognitiva do bem-estar, buscando identificar e caracterizar esse perfil na população de adultos trabalhadores, por meio da utilização do conceito de bem-estar subjetivo, tendo como principal indicador, o constructo de satisfação com a vida.

## **2.2 Dados epidemiológicos sobre Bem-Estar**

O impacto da estrutura governamental sobre os índices de felicidade (OTT, 2011) despertou o interesse de diversas nações nas últimas décadas para adotar e acrescentar o indicador de bem-estar populacional aos indicadores econômicos e sociais, dado o seu potencial para refletir desigualdades e iniquidades em diferentes contextos de vida. Além disso, as medidas de bem-estar são capazes de prever conclusões importantes que não são visíveis a partir de indicadores econômicos tradicionais (DIENER; SELIGMAM, 2004), visto a importância das avaliações que as pessoas fazem sobre suas vidas nas condições de saúde e qualidade de vida da população (DIENER, 2005).

E de fato, essa informação parece ter sentido, uma vez que pesquisas atuais constataram que a qualidade do governo exerce impacto substancial sobre o nível de felicidade, sendo mais alta em países considerados bem administrados (HELIWELL; HUANG, 2008; OTT, 2011).

Estudo publicado recentemente por Ott (2011) investigou a diferença entre qualidade do governo e o índice de felicidade de 130 países e encontrou diferenças significativas nos níveis de felicidade, variando de 3,24 no Togo para 8,00 na

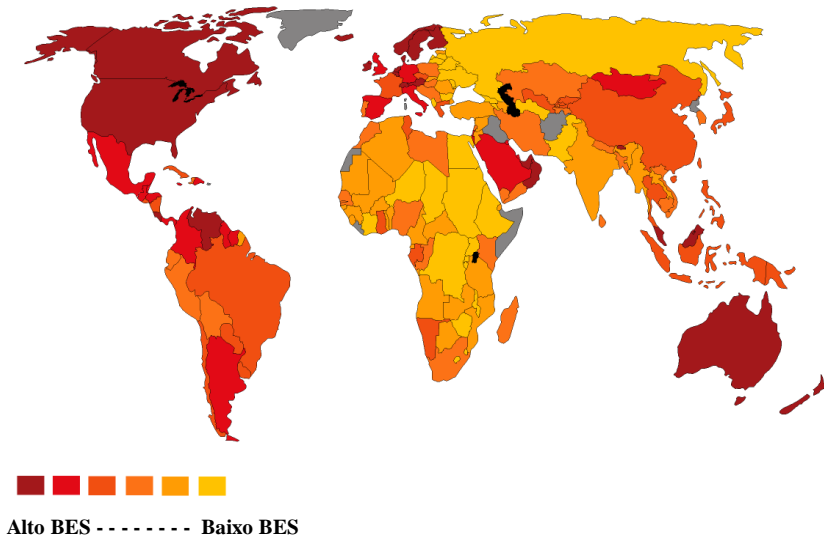
Dinamarca, em uma escala de 0 (muito insatisfeito) a 10 (muito satisfeito). Para o Brasil foi encontrado um índice de felicidade de 6,51. O autor explica que muitas dessas diferenças podem ser atribuídas à qualidade geral e técnica da administração governamental. Quando um nível mínimo é atingido, o aumento da qualidade técnica produz um aumento na felicidade média proporcionalmente. Salienta que um bom governo não só produz maior nível de felicidade, mas também reduz a desigualdade de felicidade entre os cidadãos.

A Figura 1 apresenta a projeção global dos níveis internacionais de bem-estar expostos no estudo de White (2007) conforme meta-análise de Marks et al. (2006). O bem-estar foi avaliado pelo pesquisador Diener et al. (1985) utilizando a escala de satisfação com a vida que consiste em um instrumento autorrespondido, composto de cinco itens sobre satisfação na vida avaliada de uma forma global, com sete opções de respostas dadas em uma escala de sete pontos. Ademais, tem sido amplamente utilizada em diversas populações de diferentes culturas no mundo inteiro.

O mapa está distribuído em seis cores, onde as áreas mais claras correspondem aos países com os níveis baixos na escala de bem-estar, e as áreas mais escuras reúnem aqueles países com os índices mais altos. De acordo com a figura, observa-se que a América do Norte e a Oceania foram os continentes com os mais altos índices de bem-estar, enquanto que o continente africano concentrou o maior número de países com baixos índices.

No estudo, White (2007) comparou dados de bem-estar com informações sobre acesso à educação, à saúde e à pobreza, constatando que o bem-estar correlacionou-se fortemente com a saúde, seguido de perto pela riqueza e acesso à educação básica. O autor destaca um efeito evidente da renda sobre os níveis de bem-estar, apontando o mapa como um espelho da pobreza e do PIB em cada país analisado. Além disso, salienta uma notável diferença entre as áreas, mostrando que os níveis

de bem-estar são maiores naqueles locais onde a pesquisa sobre o referido assunto já está sendo disseminada.



**Figura 1.** Projeção Global do bem-estar subjetivo

A experiência de países como Austrália, Reino Unido e Canadá expressa a utilização desse parâmetro nos inquéritos nacionais. O *Australian Unity Wellbeing Index* é um levantamento nacional realizado desde o ano de 2001, que tem como objetivo monitorar o bem-estar subjetivo da população australiana por meio de indicadores de satisfação com a vida, assim como estimar o Índice Nacional de satisfação com a vida na Austrália, considerando um escore médio de satisfação em seis aspectos da vida - a economia, o ambiente, as condições sociais, a governança, os negócios e a segurança nacional. Cada inquérito envolve uma entrevista por telefone com uma amostra de 2.000 australianos. No último levantamento, realizado no ano de 2010, encontrou-se um índice de bem-estar pessoal de 76,2, enquanto que o índice nacional de bem-estar

foi de 63 pontos em uma escala padronizada de 0 (totalmente insatisfeito) a 100 (totalmente satisfeito) (CUMMINS, 2010).

Resultados europeus também estão disponíveis por meio da divulgação dos dados do *Second European Quality of Life Survey: Subjective Well-being in Europe*, levantamento realizado em 31 países da Europa. A satisfação com a vida variou de 5,0 na Bulgária a 8,5 na Dinamarca, em uma escala de 1 (muito insatisfeito) a 10 (muito satisfeito). Destacam-se o desemprego, o apoio social, os problemas de saúde assim como, a qualidade percebida dos serviços públicos, como os fatores de grande impacto sobre os níveis de satisfação com a vida em todos os países analisados (WATSON, PICHLER, WALLACE, 2010).

A complexidade do conceito e a falta de um consenso com relação à definição de bem-estar, assim como a ausência de padronização de instrumentos e a discordância da melhor forma de aferi-lo, são aspectos que dificultam a interpretação e a comparação dos achados. No entanto, várias medidas de único-item (MCDOWELL, 2010) ou de múltiplos itens foram desenvolvidas no decorrer do século (DIENER; EMMONS, 1985; NEUGARTEN; HAVIGHURST, TOBIN, 1961; BRADBURN; CAPLOVITZ, 1965).

O método mais usual de mensuração do BES consiste no uso de autorrelato, em que o indivíduo julga a satisfação que possui com relação a sua vida e relata a frequência de emoções afetivas recentes de prazer e desprazer (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003). Medidas de autorrelato parecem particularmente apropriadas ao campo, tendo em vista que somente o indivíduo pode experimentar suas emoções e julgar se está satisfeito com sua vida (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Mcdowell (2010), em recente revisão, analisou nove medidas mais utilizadas por pesquisadores e estudiosos da área (dentre escalas e medidas de único-item) para avaliar bem-estar, constatando que as escalas variam de um único item a 22

questões e apresentam níveis da confiabilidade e validade variando de bom a excelente. Entretanto, alerta que o instrumento deve estar de acordo com o referencial teórico em que se pretende mensurar o bem-estar.

Inquérito populacional realizado na Austrália com 10.641 indivíduos, por Dear, Henderson e Kortzen (2002), constatou que 70,4% da população do país consideram-se satisfeitos com sua vida. O estudo adotou como instrumento a escala de faces de Andrews cuja resposta contém sete faces com expressões que variam de muito positivo a muito negativo. Resultados semelhantes foram encontrados por Yiengprugsawan et al. (2010) em estudo conduzido em uma coorte de 82.564 adultos na Tailândia, onde foi verificado um índice de bem-estar pessoal de 70,0. Considerando uma escala de 0 (extremamente insatisfeito) a 10 (extremamente satisfeito), foi realizada, após isso, a padronização dos dados em pontos de distribuição de 000-100 para permitir a comparabilidade dos achados com estudos anteriores que também foram conduzidos em 50 estados do Distrito da Columbia, Puerto Rico e Ilhas Virgens nos Estados Unidos, observando-se alta prevalência de bem-estar, já que 94,4% das pessoas reportaram estar muito satisfeitas em suas vidas (STRINE et al., 2008).

Em Hong Kong e na China os resultados apresentados por Lau et al. (2005) e Chen et al. (2008), respectivamente, apontam que os níveis de bem-estar pessoal são inferiores (cerca de 10 pontos na escala) aos reportados em países como Austrália e Tailândia.

Especificamente, no Brasil, não foram localizados estudos com adultos trabalhadores, entretanto Hallal et al. (2010) investigaram bem-estar na população de adolescentes pertencentes a uma coorte de nascimentos da cidade de Pelotas/RS, por meio de uma pergunta baseada na escala gráfica de faces proposta por Andrews, e constataram que dos 4.452 adolescentes entrevistados, aproximadamente a metade



(49,4%) relatou sentir-se muito feliz em sua vida; quando analisados aqueles muito felizes e felizes, o indicador de felicidade subiu para 86%. Outro estudo realizado na cidade de Pelotas/RS foi o de Sparrenberger, Santos e Lima (2007). Embora os autores tenham empregado a terminologia mal-estar psicológico, foi utilizada a escala de faces de Andrews para avaliar o desfecho, observando-se que aproximadamente 86% dos adultos apontaram a representação gráfica equivalente a níveis elevados de felicidade.

### **2.3 Aspectos sociodemográficos associados ao Bem-Estar**

Considerando a importância do indicador de bem-estar para planejamento e elaboração de estratégias de saúde e desenvolvimento social, o próximo passo seria identificar as características de grupos populacionais que estão mais susceptíveis a melhor percepção de bem-estar e quais as variáveis que interferem e exercem influência nesse processo.

Estudo conduzido por Lykken e Tellegen (1996), comparando gêmeos monozigóticos e dizigóticos, educados juntos e separados, mostrou que aproximadamente metade da variância encontrada na autoavaliação de felicidade está associada à hereditariedade. Nível socioeconômico, educação, renda familiar, situação conjugal e indicadores de religiosidade foram responsáveis por 6% da variância na autoavaliação de felicidade.

O bem-estar subjetivo também sofre influências culturais, mas, embora a hereditariedade responda por aproximadamente 50% de sua variância (LYKKEN; TELLEGEN, 1996), os fatores que respondem por esses outros 50% parecem ainda não estar claros na literatura. Além disso, os principais autores da área alertam para o fato de que é errôneo concluir que o bem-estar subjetivo resulta completamente de fatores genéticos e da personalidade dos indivíduos. Tal conclusão ignora os achados referentes às

diferenças transculturais, ao impacto dos eventos de vida e saúde e aos comportamentos adotados pelas pessoas (GIACOMONI, 2004). Assim, para o avanço do conhecimento sobre o tema, outras variáveis devem ser investigadas a fim de compreender melhor os fatores associados ao bem-estar.

Alguns estudos têm comprovado que a renda familiar apresenta associação direta com o nível de satisfação com a vida, (LIPOVČAN; BRKLJAČIĆ; ŠAKIĆ, 2007; DEATON, 2008; LUCAS; SCHIMMACK, 2009; CHIN, 2010) exercendo uma influência significativa na percepção de bem-estar subjetivo. Ao compararmos esse fato, entre os países, percebe-se que os indicadores econômicos, geralmente o produto interno bruto (PIB) per capita contribuem substancialmente no aumento do bem-estar subjetivo de uma forma quase linear comparado aos países com menor PIB. Porém, este não é o caso dos países que estão acima de um determinado nível de renda, em que a relação entre o aumento da renda e bem-estar subjetivo não é tão forte (LIPOVČAN, BRKLJAČIĆ; ŠAKIĆ, 2007).

Em estudo realizado em 65 países, Inglehard e Klingeman (2000) observaram que a felicidade e a satisfação com a vida aumentaram proporcionalmente até um PIB de US\$ 13.000. Após esse valor, nenhuma associação significativa entre riqueza e bem-estar subjetivo pôde ser notada.

No ano de 2006, a Organização *Gallup World Poll*, investigou dados sobre satisfação de vida e saúde e suas relações com o rendimento nacional, idade e expectativa de vida em 132 países. Foi observado que a média de satisfação com a vida está fortemente relacionada à renda per capita nacional; cada duplicação da renda é associada com o aumento de aproximadamente um ponto em satisfação com a vida em uma escala de 0 a 10 (DEATON, 2008).

O gênero, a idade e o nível de escolarização são outros fatores que devem ser considerados em investigações a respeito do bem-estar, visto o número de estudos revelar que homens

(STRINE et al., 2008), adultos jovens (DEAR; HENDERSON; KORTEN, 2002) e com maior grau de instrução tendem a apresentar maiores níveis de felicidade e satisfação com a vida (YIENGPRUGSAWAN et al., 2010). No entanto, os resultados com relação ao gênero e à idade ainda são inconsistentes na literatura, já que alguns estudos observaram que os homens eram menos satisfeitos com sua vida em relação às mulheres (KOIVUMAA-HONKANEN, 2000; DEAR; HENDERSON; KORTEN, 2002), ou que até mesmo não existiam diferenças significativas nesta percepção entre homens e mulheres (WATSON; PICHLER; WALLACE, 2010).

Para a idade, diferentes direções de associação vêm sendo evidenciadas. Ao avaliar 10.641 adultos australianos, Dear, Henderson e Korten (2002) revelaram associação positiva entre idade e satisfação na vida, mostrando que quanto mais se envelhece, mais altos são os índices de bem-estar. Já Mroczek e Spiro (2005) ao modelar a satisfação na vida, no período de 22 anos, em 1.927 indivíduos do gênero masculino, observaram relação curvilínea entre idade e satisfação na vida. Até os 65 anos foi observado aumento no bem-estar, porém, após essa idade, os níveis começaram a diminuir, destacando a morte como uma das possíveis causas para esse declínio. Além disso, os autores ressaltam que as descobertas estão em desacordo com as pesquisas transversais, pois evidenciam que o bem-estar melhora com o envelhecimento.

Pesquisa recente com adultos tailandeses demonstrou que os domínios de satisfação com a vida apresentam uma tendência positiva à medida que aumenta a idade, a renda, o fato de ser casado e de possuir maior nível educacional (YIENGPRUGSAWAN et al., 2010).

Subramanian, Kim e Kawachi (2005), em estudo com 24.118 adultos de 36 comunidades de vários estados norte-americanos mostraram que, após controle para variáveis demográficas, maior renda e educação estiveram associadas com felicidade. Tais correlações foram ainda mais fortes

quando comparadas no nível comunitário ao invés do nível individual.

Outra variável de substancial importância na avaliação de bem-estar é a situação conjugal. Em estudo cujo propósito era averiguar o efeito da situação conjugal e do gênero sobre qualidade de vida subjetiva na Coreia, Lee (1998) demonstrou que estar casado associava-se positivamente à maior felicidade, especialmente entre as mulheres; entretanto, quando avaliado o gênero, os homens se declaram mais felizes. Resultados similares foram encontrados em estudo desenvolvido em uma região da África do Sul, na qual foi observado que além da renda, do capital social, do emprego em tempo integral e do nível educacional, a situação conjugal e o estado de saúde também atuavam como preditores do bem-estar subjetivo (CRAMM; MOLLER; NIEBOER, 2010).

Em suma, diante das potenciais associações, pode ser observada relação entre variáveis sociodemográficas e melhor percepção de bem-estar. Contudo, ainda há incertezas quanto à direção de algumas associações principalmente em relação ao gênero e à idade, sendo necessárias mais evidências para clarificar essa relação.

## **2.4 Fatores Comportamentais, Suporte Social, Saúde e Bem-Estar**

A inclusão de componentes relacionados ao estilo de vida como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física no lazer também se destacam como relevante em estudos sobre bem-estar (KOIVUMAA-HONKANEN, 2000; MELIN; FUGL-MEYER; FUGL-MEYER, 2003).

Com relação ao tabagismo, recentes pesquisas em nível nacional têm apontado que um preditor do comportamento contemporâneo do fumo é estar insatisfeito com a sua vida (STRINE et al., 2008). Pesquisa realizada, há pouco tempo,

com mais de 350.000 adultos americanos, apontou correlações negativas entre o hábito de fumar e o bem-estar, mostrando que quanto mais o tabagismo aumenta, a satisfação com a vida diminui (MCCANN, 2010).

Ao investigar diferenças nos índices de felicidade entre fumantes, ex-fumantes e nunca fumantes em uma amostra de 6.923 adultos ingleses, Shahab e West (2011) observaram que sujeitos ex-fumantes ( $\geq 1$  ano) relataram níveis mais elevados da felicidade do que os fumantes e níveis semelhantes aos que nunca fumaram, mesmo após o ajuste para as variáveis sociodemográficas.

Quando verificados os resultados de pesquisas acerca do consumo de bebidas alcoólicas, identifica-se incoerência nos resultados: ao analisar o impacto do uso de álcool e de problemas relacionados em vários aspectos de satisfação com a vida, em amostra de estudantes universitários, Murphy et al. (2005) constatou que o uso abusivo de álcool esteve associado a menores índices de bem-estar. Em contrapartida, associações entre maior nível de satisfação na vida com o ato de beber pequenas ou moderadas quantidades de álcool foram evidenciadas em inquérito realizado na Austrália. Além disso, não beber ou beber muito estava associado com escores mais baixos de satisfação de vida (DEAR, HENDERSON, KORTEN, 2002).

A associação entre ser fisicamente ativo no lazer e mais feliz e satisfeito com a vida foi encontrada em estudo realizado, na Holanda, por Stubbe et al. (2007), ao comparar gêmeos monozigóticos e dizigóticos. No entanto, os autores alertam que tal relação não parece ser causal e sim mediada por fatores genéticos que influenciam tanto o BES como o comportamento para prática de exercício. Além disso, ressaltam que a associação entre praticar atividade física e bem-estar pode depender da causalidade reversa, ou seja, um perfil de personalidade suscetível a maior bem-estar pode ser um pré-requisito para as pessoas praticarem exercícios (STUBBE et

al., 2007). Finalmente, os autores atribuem que a associação pode não ser causal e sim devido a um fator genético ou familiar compartilhado (por exemplo, o status sócio-econômico, o bairro, a criação dos pais estilo) que influenciam tanto a participação exercício e bem-estar. Contudo, deve-se ter muita cautela com relação à interpretação desses achados, visto que resultados de amostras com gêmeos, muitas vezes, não podem ser generalizados para a população em geral.

Pesquisa conduzida por Merlin et al. (2003), com uma amostra representativa de adultos de 18-64 anos na Suíça, mostrou que indivíduos considerados ativos foram particularmente mais susceptíveis a serem satisfeitos com a vida, tanto de uma forma global quanto com dois ou mais domínios. Adicionalmente, Strine et al (2008), em inquérito desenvolvido em 50 estados americanos, observou que a insatisfação com a vida está positivamente associada a comportamentos adversos em saúde, como tabagismo, álcool e inatividade física.

No intuito de investigar a associação entre atividade física no lazer com a insatisfação na vida, foram avaliados 12.028 indivíduos pertencentes ao estudo *The Copenhagen City Hear*, da Dinamarca. Observou-se, com o aumento da atividade física, uma diminuição nos níveis de insatisfação com a vida por meio de um efeito dose-resposta (SCHNOHR et al., 2005). Os autores salientam a importância do bem-estar como um argumento fundamental para as campanhas futuras de promoção da atividade física no lazer.

Outro fator que vem exercendo importante papel dentro dos estudos de bem-estar é o suporte social. Estudo conduzido com adultos indianos constata essa afirmação. Relações positivas significativas foram encontradas entre bem-estar subjetivo e a rede de apoio social (família, amigos e outros) (KHAN, 2010).

Dentre as variáveis de suporte social, destaca-se a religiosidade. Há uma série de pesquisas que sugerem

associação positiva entre religiosidade e bem-estar subjetivo, em uma construção que inclui felicidade, satisfação com a vida, amor à vida, saúde física e mental (BALL; ARMISTEAD; AUSTIN, 2003; GREENE; YOON, 2004; MASELKO; KUBANSKY, 2006; KOZARYN, 2010)

Em recente estudo que buscou explorar as associações de religiosidade com bem-estar subjetivo entre estudantes universitários provenientes de duas culturas diferentes, foi encontrado que aqueles que relataram maior religiosidade foram os que também experimentaram maiores sensações de bem-estar (ABDEL-KHALEK; LESTER, 2010).

Entretanto, pesquisa realizada com dados de 79 países pertencentes ao *World Values Survey* (projeto global que explora valores e crenças dos seres humanos) constatou que a relação entre religiosidade e satisfação de vida é bidimensional, ou seja, formas de religiosidade que promovem o capital social preveem satisfação de vida elevada. Por outro lado, práticas religiosas que não promovem conexões internas e externas de uma rede social não preveem alta satisfação com a vida. O autor destaca que a religiosidade também é dependente do contexto, não sendo capaz por si só de tornar as pessoas felizes, e sim o ambiente social que ela oferece (KOZARYN, 2010).

Os indicadores de autopercepção negativa relacionada à saúde, embora sejam subjetivos, têm sido associados à morbimortalidade em diferentes populações. Da mesma maneira, vêm apresentando importantes predições e exercendo grande influência na percepção de bem-estar. Como exemplo disso, têm-se os resultados do *Second European Quality of Life Survey: Subjective Well-being in Europe*. Dentre as diversas variáveis investigadas nesse inquérito, destaca-se percepção negativa de saúde como um dos fatores de maior impacto sobre a satisfação na vida dos europeus.

Inquérito com 9.981 participantes realizado na Austrália examinou o efeito da felicidade e da satisfação na vida sobre a saúde. O estudo mostrou que as pessoas mais felizes e mais

satisfeitas com suas vidas eram as que reportavam melhores percepções de saúde, apresentando forte associação entre indicadores de saúde e bem-estar subjetivo. Os autores incentivam os investigadores da promoção da saúde a incluir o bem-estar subjetivo como uma covariável importante na análise multivariada dos preditores da saúde (SIAHPUSH; SPITTAL; SINGH, 2008).

## **2.5 Modelo teórico**

De forma a facilitar e orientar o processo de ocorrência do desfecho foi elaborado para este trabalho um modelo conceitual indicando a existência de uma cadeia de determinantes hierarquizados envolvidos neste processo. No entanto, recomenda-se muita cautela quanto às possíveis inferências que poderão ser feitas ao final deste estudo, referente às associações encontradas entre variáveis de exposição investigadas e o desfecho percepção de bem-estar. Tendo em vista o delineamento transversal do estudo, assim como a escassez de estudos longitudinais averiguando bem-estar, afirmações que falem em causas de bem-estar serão evitadas.

Evidências científicas (LIKKEN et al., 1996; STRUBBE et al., 2007) destacam a genética como um componente principal na cadeia causal do constructo bem-estar, sendo determinante de dois importantes fatores, a hereditariedade e a personalidade, ambos responsáveis por grande parte da variância e instabilidade do bem-estar ao longo do tempo (EID; LARSEN, 2008). Estudo (BARTELS; BOOMSMA, 2009) que investigou a etiologia do bem-estar mostrou estimativas de herdabilidade na faixa de 40 a 50%, sendo metade da variância do bem-estar atribuída principalmente ao fator genético, enquanto que os outros 50% seriam explicados por questões econômicas e culturais, do ambiente físico e social, dos comportamentos adotados pelas



peças, por meio de indicadores do estilo de vida, além de questões ainda não desvendadas.

Alguns autores (STRUBBE et al., 2007; BARTELS; BOOMSMA, 2009) ressaltam que a genética seria um fator mediador na cadeia causal de bem-estar, já que ela pode influenciar a exposição a múltiplos ambientes. Diferentes efeitos genéticos podem estar ligados a situações específicas de vida, por exemplo, associados aos investimentos e desafios enfrentados, experiências diversas de emprego, casamento, comportamentos adotados, passando por substanciais alterações em diferentes fases da vida (NES et al., 2006).

A questão cultural é outro fator relevante na investigação do bem-estar. O sentido das experiências individuais é construído socialmente através de crenças, expectativas e pressuposições sobre o contexto em que se vive; logo, a cultura é resultante de experiências compartilhadas que acabam por estabelecer, para aqueles que partilham dessas experiências, uma forma similar de enxergar o mundo, não havendo como descartar seu papel na experiência do bem-estar das pessoas. Como cultura influencia personalidade, e personalidade influencia cultura, ambos os níveis de análise são fundamentais para o entendimento do bem-estar (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004). Além disso, pesquisas sugerem que os níveis de satisfação na vida podem ser mediados pelos valores culturais e sociais (KANG, et al., 2003; SCHOON, HANSSON, SALMELA - ARO, 2005) e de experiências na década passada e expectativas com relação ao futuro (MEHLSSEN; PLATZ; FROMHOLT, 2003).

Nesse estudo foram avaliadas apenas as variáveis dos blocos demográficos, socioeconômicos, comportamentais, de suporte social e de autoavaliação em saúde. Optou-se por tais variáveis devido a questões logísticas, pois como a amostra é representativa do país, investigar aspectos genéticos demandaria mais custos para o estudo. As variáveis culturais não foram analisadas porque não constavam no projeto inicial

do inquérito, que teve como objetivo analisar o estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria.

Entre os determinantes mais distais deste modelo (1º. nível) encontram-se as variáveis demográficas: homens (STRINE et al., 2008), adultos jovens (DEAR; HENDERSON; KORTEN, 2002) e indivíduos casados (LEE, 1998), sendo, de acordo com a literatura, aqueles que apresentam a melhor percepção de bem-estar. As experiências de vida adversas, como viuvez, os desafios em termos de vida profissional e familiar e no mercado de trabalho, assim como a discriminação e desvalorização de indivíduos idosos na sociedade, podem explicar em parte, por que as mulheres, indivíduos solteiros e mais velhos apresentam índices de satisfação na vida inferiores aos de seus pares. Ambos os grupos podem determinar a autopercepção de bem-estar, seja por ação direta ou indireta sobre o segundo e terceiro níveis do modelo.

Quanto aos fatores socioeconômicos, observa-se uma tendência na literatura atual quanto às características dos indivíduos que apresentam uma melhor percepção de bem-estar, mostrando que quanto maior a renda familiar e o nível de escolaridade, mais alto é o nível de satisfação na vida (SUBRAMANIAM; KIM; KAWACHI, 2005; CHIN, 2010). Essas variáveis associam-se de forma distal com o desfecho, pois são determinantes de diferentes padrões de comportamento e de estilo de vida. Como exemplo de atuação direta das variáveis sociodemográficas sobre os determinantes do terceiro (bloco de suporte social) e quarto nível (bloco de variáveis comportamentais), cita-se que homens fumam mais, consomem mais bebidas alcoólicas em excesso, praticam mais atividade física no lazer e frequentam menos cultos religiosos do que as mulheres. Por outro lado, indivíduos com menor nível econômico costumam viver em domicílios com maior número de habitantes.

Em nível proximal, encontram-se os componentes de autoavaliação de saúde. Forte associação vem sendo

evidenciada na literatura (DEAR; HENDERSON; KORTEN, 2002) entre indicadores de saúde e bem-estar subjetivo, mostrando que sujeitos que referem percepção positiva de saúde são também mais felizes e satisfeitos com a vida. Por fim, a variável dependente dessa hierarquia de conceitos é a percepção de bem-estar.

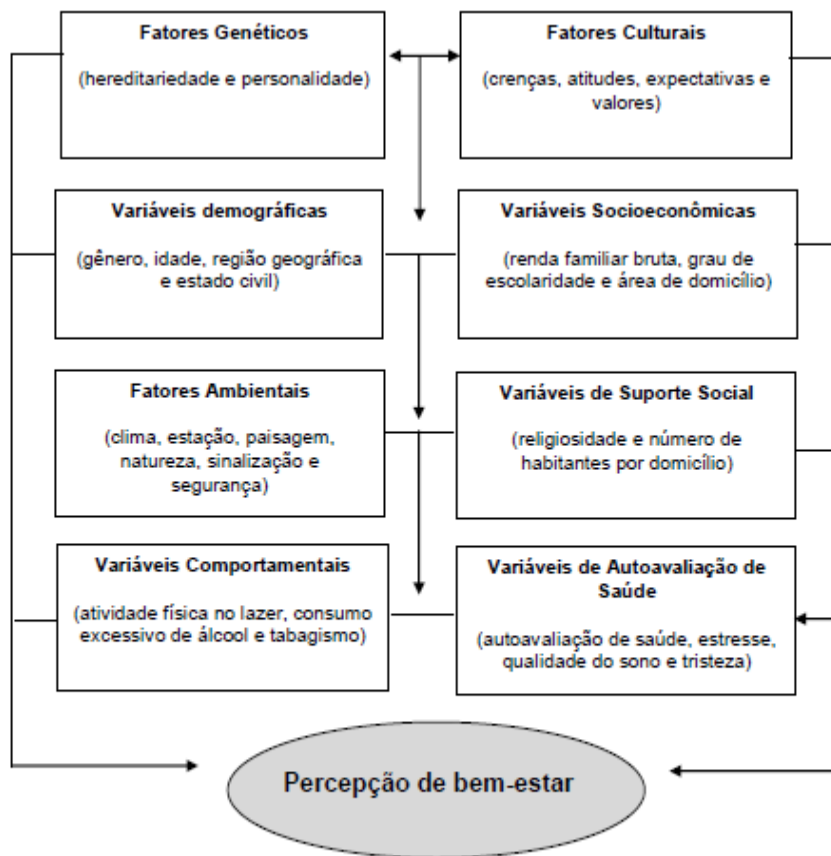
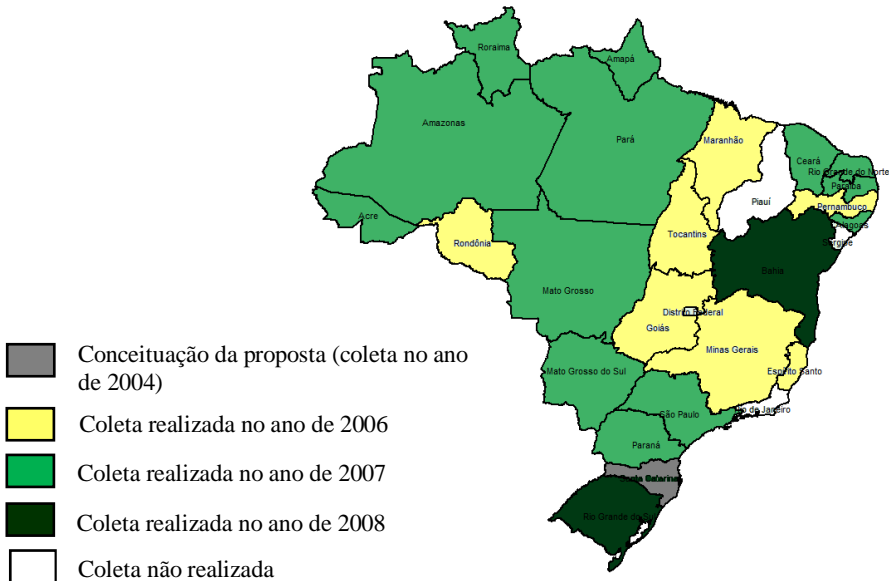


Figura 2. Modelo teórico da percepção de bem-estar subjetivo

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 Locais do estudo

Para este estudo foi realizada uma análise de dados da Pesquisa “Estilo de Vida e Hábitos de Lazer de Trabalhadores da Indústria”. Participaram desse inquérito, trabalhadores de 24 unidades federativas do Brasil (23 estados e o Distrito Federal). A coleta de dados foi conduzida no período de 2006 a 2008, exceto no estado de Santa Catarina, local sede da conceituação da proposta com coleta realizada no ano de 2004. Não participaram desse inquérito, os estados de Sergipe, Rio de Janeiro e Piauí, conforme ilustrado na figura abaixo.



**Figura 3.** Mapa da coleta de dados, Brasil, 2004; 2006 – 2008

### 3.2 População e Amostra

A população de referência deste inquérito incluiu 4,09 milhões de trabalhadores da indústria de 24 unidades federativas do país (23 estados brasileiros e o Distrito federal), conforme informação de cada Departamento Regional do SESI.

Cada Departamento Regional do SESI forneceu informações a respeito do cadastro do número de indústrias e de trabalhadores da unidade federativa que representava. Essas informações serviram de base para a elaboração do planejamento amostral e para realização dos sorteios das empresas e dos trabalhadores participantes do inquérito.

Para o cálculo do tamanho amostral, realizado separadamente para cada Departamento Regional do SESI, foram adotados os seguintes critérios: (I) erro amostral de três pontos percentuais, (II) intervalo de confiança de 95% ( $IC_{95\%}$ ), (III) uma prevalência de inatividade física no lazer de 45%, (IV) efeito do delineamento amostral fixado em 1,5 (V) aumento de 20% no tamanho amostral em função das possíveis perdas e recusas no processo de coleta, conforme equação sugerida por Luiz e Magnanini (2000). Como o objetivo do inquérito era identificar a prevalência de inatividade física no lazer, a prevalência estimada foi de 45% (valor encontrado no inquérito conduzido no ano de 1999 com trabalhadores da indústria do estado de Santa Catarina) (BARROS; NAHAS; 2001).

A soma das amostras requeridas em cada Departamento Regional do SESI foi de 52.774 trabalhadores. Adotou-se um plano de amostragem em dois estágios, sendo que as unidades amostrais no primeiro e no segundo estágio foram, respectivamente, a empresa e o trabalhador. No primeiro estágio, recorreu-se à seleção aleatória das empresas considerando a distribuição dos trabalhadores em empresas de grande ( $\geq 500$ ), médio (100 a 499) e pequeno porte ( $< 100$ ). Em seguida, foi definido o número de trabalhadores necessários em

cada porte para compor a amostra. O segundo estágio consistiu em estratificar, também de forma aleatória o número de trabalhadores, considerando o porte de cada uma das empresas que haviam sido sorteadas na fase anterior do processo amostral. Durante esse processo, buscando seguir a proporcionalidade encontrada na população de referência, os trabalhadores foram estratificados de acordo com o porte de suas indústrias dentro de suas respectivas Unidades Regionais, subdivisões de um Departamento Regional. Cada uma delas atendia uma região geográfica dentro do Departamento Regional, e a totalidade das unidades regionais cobriam todas as regiões geográficas do estado.

As empresas que não permitiram a aplicação dos questionários foram substituídas por empresas do mesmo porte e, preferencialmente, do mesmo ramo na mesma região. Para substituição daquele trabalhador selecionado que não estava no local de trabalho no momento da coleta ou que se negasse a participar, procedeu-se à escolha do nome imediatamente posterior na relação de empregados fornecida pela empresa. Optou-se, especificamente, por essas duas estratégias de reposição (indústrias e trabalhadores) para minimizar as perdas amostrais em determinadas regiões com pequena quantidade de indústrias, o que poderia inviabilizar o estudo pela falta de poder e representatividade (OLIVEIRA, 2010).

### **3.3 Instrumento para a coleta de dados**

No levantamento das informações utilizou-se um questionário previamente validado e originalmente construído por Barros (1999) e adaptado por Fonseca (2005) para a população de trabalhadores da Indústria. O questionário contém 58 questões agrupadas em quatro módulos: (I) informações pessoais e da indústria; (II) indicadores de saúde e comportamentos preventivos (III); atividade física e opções de

lazer; e (IV) controle do peso corporal e hábitos alimentares (Anexo A).

Com relação à validade de face e conteúdo, o instrumento foi avaliado por dois pesquisadores da área. Uma aplicação piloto também foi executada a fim de se avaliar a clareza do questionário, e, após, os problemas detectados nesse aspecto foram resolvidos. Quanto à reprodutibilidade, os índices Kappa e coeficientes de correlação intraclasse variaram de 0,40 a 0,79, apontando uma concordância de moderada a forte. Aquelas questões que apresentaram valores de concordância abaixo de 0,40 foram modificadas. Para as medidas de estatura e massa corporal, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as referidas e as autorrelatadas (BARROS, 1999).

Em virtude da mudança no sistema de tabulação dos dados, de digitação no primeiro inquérito (BARROS, 1999) para leitura ótica (FONSECA, 2005), houve adaptações de algumas opções de resposta das variáveis em escala de razão (numéricas) para variáveis em escala nominal ou ordinal (categóricas), exceto para as questões de massa corporal e estatura. Outras modificações também foram realizadas, mas que não afetaram a validade e reprodutibilidade do instrumento (FONSECA, 2005).

### 3.4 Variáveis do Estudo

#### 3.4.1 Definição das variáveis independentes

O quadro 1 apresenta a relação das variáveis independentes, assim como forma de categorização e o número de questão correspondente no questionário.

Quadro 1. Variáveis do estudo

	Variáveis	Categorização utilizada	Questão
Demográficas	Gênero	Masculino; Feminino	5
	Idade (anos)	< 30; 30-39; 40 – 49; ≥ 50	6
	Região Geográfica	Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste	1
Socioeconômicas	Nível de escolarização	Fundamental Incompleto (não conclusão da oitava série); Fundamental Completo (conclusão da oitava série); Ensino Médio Completo; superior completo	9
	Renda familiar bruta (em R\$)	≤ 600; 601 – 1500; 1501 - 3000; > 3000	10
Suporte Social	Religiosidade	Sim (praticante); Sim (não praticante); Não	16
	Estado civil	Solteiro; casado/vivendo com companheiro. Foram considerados como solteiros os trabalhadores que relataram ser divorciados/separados e viúvos	7
	Número de habitantes no domicílio*	Moro sozinho; 2-4 pessoas; 5 ou mais.	11
Comportamentais	Tabagismo	Sim; Nunca fumou; Ex-fumante	20
	Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	Sim (> 7 ou > 14 doses em uma semana normal ou ≥ 5 doses numa ocasião nos últimos trinta dias); Não	21, 22
	Prática de Atividade Física no Lazer	Sim (no mínimo uma vez por semana); Não	31
Autocorrelatos de Saúde	Saúde	Positiva; Negativa	12
	Estresse	Raramente ou às vezes estressado; Quase sempre ou sempre estressado.	14
	Qualidade do sono	Positiva; Negativa	13
	Percepção de tristeza/depressão	Raramente ou às vezes; Quase sempre ou sempre	15

\*Apesar do número de habitantes por domicílio ser uma variável demográfica, para efeito de análise nesse estudo, ela será tratada como variável de suporte social por assim representar melhor sua ação como determinante da percepção de bem-estar.



### 3.4.2 Definição do desfecho

O desfecho autopercepção de bem-estar foi definido como o grau em que o indivíduo avalia a satisfação com a sua vida em três contextos: lar, trabalho e lazer. Para cada uma das dimensões foi aplicada a seguinte pergunta: *“Como você se sente, atualmente, em relação à sua vida no... (lar, trabalho e lazer)?* Para cada questão foram oferecidas cinco opções de resposta (muito bem, bem, mais ou menos, mal e muito mal).

Na perspectiva de melhorar o entendimento do desfecho em relação aos fatores associados, foi construída uma escala ordinal contínua de três a 15 pontos com base na seguinte pontuação, conforme as opções de resposta em cada domínio: (1) muito mal; (2) mal; (3) mais ou menos; (4) bem; (5) muito bem. A presente escala teve como valor mínimo três pontos (trabalhadores que referiram “muito mal” a todas as percepções de bem-estar) e valor máximo de 15 pontos (trabalhadores que responderam “muito bem” a todas as percepções de bem-estar).

Inicialmente, para estimar a prevalência de bem-estar, o desfecho foi dicotomizado em percepção negativa e positiva, sendo definido como percepção negativa aqueles trabalhadores que atingiram de três a nove pontos na escala; e positiva, de 10 a 15 pontos. Posteriormente para fins de análise de associação, com base no escore proposto, a distribuição dos trabalhadores, em relação à percepção de bem-estar, foi realizada mediante quatro intervalos quartílicos. O escore foi categorizado em quartis (3-11; 12; 13; 14-15), definindo-se o 1°. quartil como a pior percepção, o 2°. como percepção intermediária-baixa, 3°. percepção intermediária – alta e o 4°. quartil como a melhor percepção de bem-estar.

### 3.5 Procedimentos para a coleta de dados

O plano amostral, assim como a relação das indústrias sorteadas, foi encaminhado aos Departamentos Regionais do SESI. Para cada Departamento Regional, foi definido um coordenador local, que era responsável por efetuar o contato com as empresas selecionadas, explicar a pesquisa, agendar a coleta de dados e supervisionar o trabalho de campo.

A seleção dos aplicadores da pesquisa foi responsabilidade de cada Departamento Regional. A aplicação por parte de profissionais e estagiários do SESI e a contratação de empresas terceirizadas foram as estratégias adotadas no processo de coleta das informações.

Os coordenadores da pesquisa, em cada Departamento Regional, participaram de treinamento específico objetivando padronizar os procedimentos de aplicação dos questionários, ministrado pelo Núcleo de Pesquisa em Atividade Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Nessa ocasião foi entregue um manual sobre os procedimentos de aplicação dos questionários.

A coleta de dados foi realizada mediante utilização do questionário autoadministrado em grupos de três a 15 trabalhadores. Após a distribuição dos questionários, os aplicadores liam as perguntas em voz alta e esclareciam as possíveis dúvidas dos trabalhadores, que então respondiam a cada uma das questões. Não foi requerida nenhuma informação por parte dos trabalhadores, e estes foram orientados a não escreverem seus nomes nos questionários a fim de se preservar o anonimato das informações fornecidas. Para os trabalhadores com dificuldades audiovisuais, o questionário foi aplicado na forma de entrevista.

Durante toda a fase de coleta de dados, uma equipe do NuPAF esteve à disposição para esclarecer dúvidas e dar apoio técnico aos grupos responsáveis pelo trabalho de campo nos 24 Departamentos Regionais do SESI.

### 3.6 Tabulação e análise dos dados

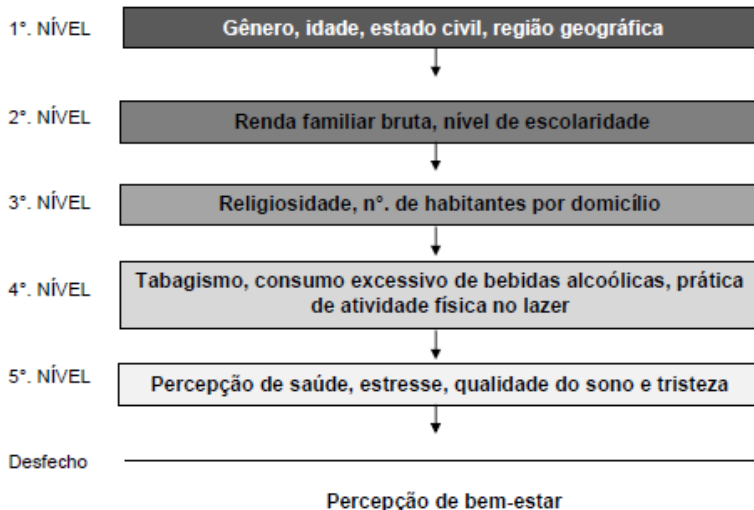
Após a conclusão da coleta de dados, os questionários foram identificados conforme seu setor de origem e encaminhados ao Departamento Regional de Santa Catarina, o qual era responsável pela digitalização dos dados. Esse procedimento se deu por meio da leitura ótica dos questionários, mediante a utilização do Programa Sphynx® (*Sphynx Software Solutions Incorporation*, Washington, Estados Unidos).

Para a análise dos dados, foi utilizado o Programa estatístico Stata® versão 11.0 para Microsoft® Windows™ (StataCorp LP, Estados Unidos). A análise descritiva consistiu em apresentar os dados por meio de frequências absolutas e relativas, além dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para estatística inferencial, recorreu-se inicialmente à Regressão Logística Ordinal por meio do modelo de *odds* proporcionais, por ser o método mais apropriado quando o desfecho é ordenado categoricamente (KIRKWOOD; STERNE, 2003). Contudo, ao verificar-se o ajuste do modelo por meio do teste de Brant, constatou-se que os dados violaram o teste de regressão paralela, não atendendo, dessa forma, ao pressuposto da proporcionalidade do *odds ratio*, requisito fundamental para a análise de Regressão Logística Ordinal (ABREU; SIQUEIRA; CAIAFFA, 2009). Após a constatação de que esse pressuposto não foi validado, recorreu-se à Regressão Logística Multinomial como alternativa de análise.

Em todos os casos foram realizadas análises brutas e ajustadas, e os resultados foram expressos em *odds ratio* (OR), juntamente com seu intervalo de confiança de 95% (IC95%), assumindo como categoria de referência o 1º. quartil de bem-estar (definido como a pior percepção). Na análise bruta, aplicou-se o teste de Wald para heterogeneidade ou tendência linear, adotando nível de significância de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

No modelo conceitual de análise, propõem-se, no nível mais distal de causalidade, as variáveis demográficas, o gênero, a idade, o estado civil e a região geográfica. Estas afetam diretamente o desfecho em estudo e exercem influência sobre os determinantes do segundo nível (renda familiar bruta e nível de escolaridade). As variáveis do terceiro e quarto nível, relacionadas às variáveis de suporte social, como número de habitantes de domicílio e religiosidade e comportamentais (tabagismo, consumo excessivo de álcool e prática de atividade física no lazer) são influenciadas pelas posicionadas acima no modelo em questão. As variáveis do nível mais proximal (autorrelatos de saúde, estresse, qualidade do sono e percepção de tristeza) são influenciadas por todas posicionadas acima no modelo e exercem efeito direto sobre o desfecho (Figura 3).



**Figura 3.** Modelo hierarquizado de análise

Para a seleção das variáveis que permaneceram no modelo de regressão foi utilizado o processo *backward*, ficando no modelo as variáveis que apresentaram valor  $p < 0,20$ .

Optou-se por não apresentar as análises estratificadas por gênero, pois os fatores associados ao bem-estar, analisados nesse estudo, foram similares entre homens e mulheres, além de apresentarem magnitude de efeito semelhante.

Considerando como parâmetros estatísticos um poder de 80% e um nível de confiança de 95%, este estudo pôde detectar *odds ratio*  $\geq 1,15$  para percepção intermediária-baixa, *odds ratio*  $\geq 1,08$  para percepção intermediária-alta e *odds ratio*  $\geq 1,07$  para a melhor percepção de bem-estar, caso as prevalências dos desfechos nos grupos de não expostos fossem 27,6%, 17,4% e 21,9%, respectivamente.

### 3.7 Procedimentos éticos

O projeto “Estilo de Vida e Hábitos de Lazer das Indústrias Brasileiras”, desenvolvido em duas etapas, foi submetido ao comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob os pareceres número 306/05 e 099/07 (Anexo B).

Antes de responderem ao questionário, todos os trabalhadores foram informados dos objetivos do estudo, do caráter voluntário da participação e da garantia de sigilo das informações obtidas. O acesso ao banco de dados foi autorizado pelo Departamento Nacional do SESI (Anexo C).

Os resultados desta pesquisa serão divulgados por meio de: a) matéria na imprensa local; b) defesa pública da dissertação de mestrado; c) relatório do estudo entregue ao SESI; d) publicações de artigos científicos.

## 4 RESULTADOS

No intuito de facilitar e organizar a seção de resultados, este capítulo foi dividido em três subseções: perfil geral da amostra, prevalências de bem-estar e associação entre a percepção de bem-estar em quartis e características sociodemográficas, de suporte social, comportamentais e de autorrelatos de saúde.

**Tabela 1.** População, amostra calculada e amostra final de trabalhadores segundo departamentos Regionais do SESI. Brasil, 2004 e 2006-2008.

Departamentos Regionais	População (N)	Amostra requerida (n)	Amostra final (n)*			
			P	M	G	T
Acre	2644	1.409	620	793	-	1.413
Alagoas	53.286	2.434	392	482	1.353	2.227
Amapá	3.640	1.605	157	993	193	1.343
Amazonas	128.437	2.495	286	827	1.391	2.504
Bahia	238.499	2.513	493	599	1.108	2.200
Ceará	38.993	2.404	464	928	866	2.258
Distrito Federal	41.600	1.872	425	626	833	1.884
Espírito Santo	41.649	1.861	88	606	712	1.406
Goiás	58.154	1.885	700	649	600	1.949
Maranhão	30.286	1.856	498	488	630	1.616
Mato Grosso	36.873	2.398	494	486	1.418	2.398
Mato Grosso do Sul	48.079	2.428	413	787	7333	1.933
Minas Gerais	562.170	1.917	402	622	455	1.479
Pará	49.137	2.431	296	808	856	1.960
Paraíba	43.937	2.420	681	637	704	2.022
Paraná	333.571	2.519	592	1.303	466	2.361
Pernambuco	132.647	1.906	389	498	1.023	1.910
Rio Grande do Norte	61.003	2.451	642	739	1.038	2.419
Rio Grande do Sul	670.326	2.527	615	955	695	2.265
Rondônia	18.012	1.803	654	729	292	1.675
Roraima	4.654	1.744	605	554	282	1.441
Santa Catarina <sup>†</sup>	383.963	3.000	-	-	-	2.569
São Paulo	1.100.085	3.165	597	1.125	1.452	3.174

Tocantins	9.650	1.731	541	582	330	1.453
<b>Total</b>	<b>4.091.295</b>	<b>52.774</b>				<b>47.886</b>

\* Número de trabalhadores por porte da indústria e n°. total, sendo: P = indústria de pequeno porte (20 a 99 trabalhadores), M = indústria de médio porte (100 a 499 trabalhadores) e G = indústria de grande porte ( $\geq 500$  trabalhadores) † Coleta realizada no ano de 2004, com plano amostral sem estratificação de trabalhadores por porte da indústria.

#### 4.1 Perfil geral da amostra

Dos 52.774 sujeitos elegíveis para o estudo, obteve-se taxa de retorno de, em média, 90,6% ( $s=8,6$ ) em cada um dos Departamentos Regionais participantes desse inquérito. Apenas três estados apresentaram taxa de retorno inferior a 80%; Espírito Santo (75,6%), Minas Gerais (77,2%) e Mato Grosso do Sul (79,6%). Goiás foi o único estado que obteve amostra final acima de 1% da amostra requerida, atingindo 103,4% da taxa de respostas (Tabela 1).

Participaram desse inquérito, 47.886 trabalhadores vinculados a 2.775 empresas do setor Industrial de 23 estados brasileiros e do Distrito Federal. No processo de leitura e conferência dos dados, 409 questionários foram excluídos por não apresentarem a resposta referente ao sexo, representando 0,9% do total. Dessa forma a amostra foi constituída de 47.477 trabalhadores.

A Tabela 2 apresenta as características demográficas e socioeconômicas da amostra investigada. Observou-se maior proporção de trabalhadores do gênero masculino (69,9%), com idade inferior a 30 anos (46,1%), em sua maioria casados (56,3%) e pertencentes à região nordeste do Brasil (30,6%).

Com relação à descrição das características socioeconômicas, constatou-se que mais da metade da amostra possuía como grau de escolaridade o ensino médio completo (51,0%) e 41,4% tinham renda familiar mensal compreendida entre R\$ 601 e 1.500 reais (Tabela 2).

**Tabela 2.** Características demográficas e socioeconômicas de trabalhadores do setor Industrial no Brasil. 2004, 2006 – 2008.

Variável	n	% (IC95%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	14.316	30,1 (29,7 – 30,6)
Masculino	33.161	69,9 (69,4 – 70,3)
<b>Faixa etária</b>		
< 30	21.801	46,1 (45,7 - 46,6)
30 – 39	14.639	40,0 (30,5 - 31,4)
40 – 49	7.943	16, 8 (16,5 - 17,1)
≥ 50	2.902	6,1 (5,9 – 6,4)
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	20.694	43,7 (43,3 – 44,1)
Casado	26.664	56,3 (55,9 – 56,7)
<b>Região Geográfica</b>		
Norte	11.640	24,5 (24,1 – 25,0)
Nordeste	14.535	30,6 (30,2 – 31,0)
Centro-Oeste	8.150	17,2 (16,8 – 17,5)
Sudeste	6.004	12,6 (12,3 – 12,9)
Sul	7.148	15,1 (14,7 – 15,4)
<b>Nível de escolaridade</b>		
Fundamental Incompleto	8.969	18,9 (18,6 – 19,3)
Fundamental Completo	7.425	15,7 (15,3 – 16,0)
Ensino Médio Completo	24.173	51,0 (50,6 – 51,5)
Superior Completo	6.803	14,4 (14,0 – 14,7)
<b>Renda familiar bruta<sup>†</sup></b>		
≤ 600	15.069	32,1 ( 31,7 – 32,5)
601 – 1500	19.451	41,4 (41,0 – 41,8)
1501 – 3000	8.216	17,5 (17,1 – 17,8)
> 3000	4.245	9,0 (8,8 – 9,3)

<sup>†</sup> Variável com maior número de *missings* (n= 496)

A distribuição da amostra conforme características de suporte social, comportamentais e de autorrelatos de saúde está apresentada na Tabela 3.



**Tabela 3.** Distribuição da amostra conforme variáveis de suporte social, comportamentais e autorrelatos de saúde de trabalhadores do setor Industrial no Brasil. 2004, 2006 – 2008.

Variável	n	% (IC95%)
<b>Nº. de hab. no domicílio</b>		
Moro sozinho	2.189	4,9 (4,7 – 5,1)
2- 4 pessoas	29.856	66,9 (66,5 – 67,3)
≥ 5 pessoas	12.590	28,2 (27,8 – 28,6)
<b>Religiosidade</b>		
Não	2.475	5,7 (5,5 – 5,9)
Sim, não praticante	21.230	48,9 (48,4 – 49,4)
Sim, praticante	19.709	45,4 (44,9 – 45,9)
<b>Tabagismo</b>		
Fumante	6.163	13,0 (12,7 – 13,3)
Ex-fumante	7.275	15,4 (15,0 – 15,7)
Não fumante	33.890	71,6 (71,2 – 72,0)
<b>Consumo excessivo de bebidas alcoólicas<sup>‡</sup></b>		
Sim	15.601	32,9 (32,4 – 33,3)
Não	31.876	67,1 (66,7 – 67,6)
<b>Atividade Física no Lazer<sup>†</sup></b>		
Não	21.392	45,4 (44,9 – 45,8)
Sim	25.740	54,6 (54,2 – 55,1)
<b>Percepção de saúde</b>		
Negativa	7.651	16,2 (15,8 – 16,5)
Positiva	39.727	83,8 (83,5 – 84,2)
<b>Qualidade do sono</b>		
Negativa	9.909	20,9 (20,6 – 21,3)
Positiva	37.395	79,1 (78,7 – 79,4)
<b>Percepção de estresse</b>		
Quase sempre/ Sempre	6.533	13,8 (13,5 – 14,1)
Raramente/ Às vezes	40.788	86,2 (85,9 – 86,5)
<b>Percepção de tristeza/depressão</b>		
Quase sempre/ Sempre	2.535	5,7 (5,4 – 5,9)
Raramente/ Às vezes	42.259	94,3 (94,1 – 94,6)

<sup>†</sup> Variável com maior número de *missings* (n= 345); <sup>‡</sup> > 7 ou > 14 doses em uma semana normal (para mulheres e homens, respectivamente) ou ≥ 5 doses, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias.

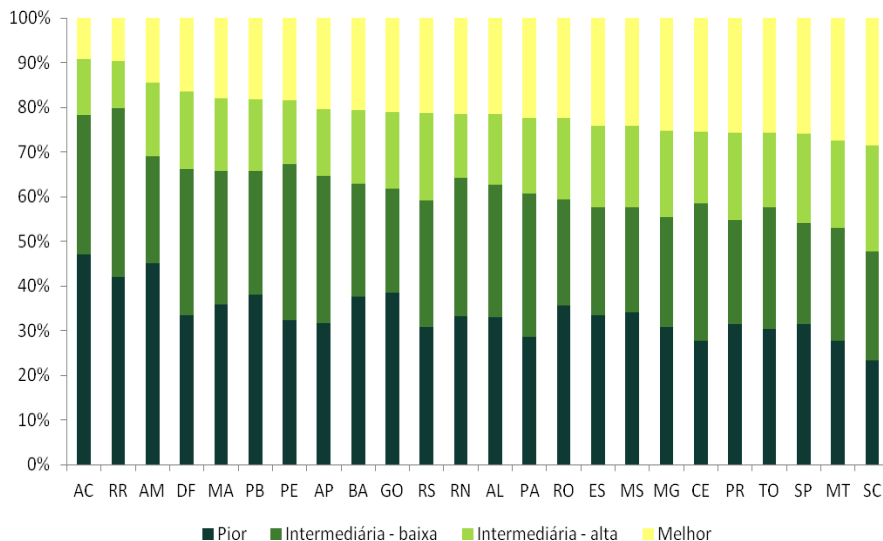
Em relação às variáveis consideradas como de suporte social nesse estudo, evidenciou-se que a maior proporção da amostra possui de dois a quatro indivíduos morando no mesmo domicílio (66,9%) e 48,9% se declararam religiosos, porém não praticantes

Quanto às características comportamentais, mais da metade da amostra afirmou ser não fumante (71,6%), 67,1% foram classificados como não consumidores de bebidas alcoólicas em excesso e 54,6% dos trabalhadores reportaram praticar atividades físicas em seu lazer. Na investigação dos autorrelatos de saúde, identificou-se que a maior parte percebe positivamente a sua saúde (83,8%), 86,2% relatam ter estresse raramente e/ou nunca em sua vida, 79,1% avaliam sua qualidade do sono como positiva e a maioria não se percebe triste (94,3%).

## **4.2 Prevalências de bem-estar**

A prevalência da percepção positiva de bem-estar em trabalhadores no Brasil foi de 93%, o que representa dados de 43.807 industriários.

A Figura 5 apresenta a distribuição de bem-estar em quartis conforme os 23 estados brasileiros e Distrito Federal. Enquanto que os estados do Acre e de Roraima apresentaram o maior número de trabalhadores no quartil definido como pior percepção de bem-estar, os estados de Minas Gerais e de Santa Catarina foram aqueles com a maior concentração de trabalhadores na categoria de melhor percepção de bem-estar comparado aos demais estados brasileiros.



**Figura 5.** Percepção de bem-estar conforme quartis em trabalhadores da Indústria de 23 estados brasileiros e do Distrito Federal.

A Tabela 3 apresenta as prevalências de bem-estar segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Trabalhadores do gênero feminino, pertencentes à região nordeste do Brasil, com ensino fundamental completo e renda familiar inferior a R\$ 600 reais foram aqueles com a pior percepção de bem-estar. A percepção intermediária – baixa de bem-estar foi maior para indivíduos do gênero masculino, casados, com ensino Fundamental Incompleto e renda familiar inferior ou igual a R\$ 600 reais, enquanto que na percepção intermediária – alta os grupos mais expostos foram: trabalhadores das regiões sul e sudeste do país, com ensino Superior Completo e renda igual ou superior a R\$ 1.500 reais. E, por fim, trabalhadores do gênero masculino, com idade inferior a 30 anos, vinculados às regiões Sul e Sudeste do Brasil, com nível superior de ensino e renda acima de R\$ 3.000 reais foram os que apresentaram a melhor percepção de bem-estar.

As prevalências da autopercepção de bem-estar, segundo variáveis de suporte social, comportamentais e de autorrelatos de saúde estão apresentadas na Tabela 4. Constatou-se que trabalhadores sem religião, fumantes, com consumo excessivo de bebidas alcoólicas, inativos no lazer, com percepções negativas de saúde e qualidade do sono e frequentemente estressados e tristes, foram classificados como tendo as piores percepções de bem-estar. Já aqueles declarados religiosos praticantes, não fumantes, não consumidores em excesso de bebidas alcoólicas, praticantes de atividade física no lazer, com percepções positivas da saúde e qualidade do sono e declarantes de não estresse e pouca tristeza no dia a dia, foram os que apresentaram a melhor percepção de bem-estar.

Em relação às percepções intermediárias, observou-se que trabalhadores ditos religiosos, não praticantes, consumidores de bebidas alcoólicas em excesso, praticantes de atividade física no lazer, com percepção de saúde e qualidade do sono positiva e não estressados e tristes frequentemente, apresentaram maiores prevalências na categoria baixa. Por outro lado, os religiosos praticantes, os não fumantes, os não consumidores de bebidas alcoólicas em excesso, os ativos fisicamente no lazer, com percepção positiva de saúde e qualidade do sono, e aqueles que relataram raramente estresse e tristeza na vida, tiveram as maiores prevalências na categoria alta.

**Tabela 4.** Prevalências das percepções de bem-estar segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em trabalhadores do setor Industrial no, Brasil, 2004, 2006 – 2008

Variável	Pior		Intermediária - baixa		Intermediária – alta		Melhor	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Gênero</b>								
Feminino	37,4	36,6 – 38,2	25,2	24,4 – 25,9	17,1	16,4 – 17,7	20,4	19,7 – 21,0
Masculino	31,8	31,3 – 32,3	28,6	28,1 – 29,1	17,4	17,0 – 17,8	22,1	21,7 – 22,6
<b>Faixa etária</b>								
< 30	32,7	32,0 – 33,3	26,5	25,9 – 27,0	17,7	17,1 – 18,2	23,2	22,6 – 23,7
30 – 39	33,7	32,9 – 34,5	28,7	28,0 – 29,4	17,2	16,6 – 17,8	20,4	19,8 – 21,1
40 – 49	34,9	33,9 – 36,0	28,4	27,4 – 29,4	16,9	16,1 – 17,7	19,8	18,9 – 20,7
≥ 50	34,7	32,9 – 36,4	28,8	27,1 – 30,4	16,4	15,1 – 17,8	20,1	18,6 – 21,6
<b>Estado civil</b>								
Solteiro	34,0	33,4 – 34,7	26,7	26,1 – 27,3	17,4	16,8 – 17,9	21,9	21,3 – 22,5
Casado	33,1	32,5 – 33,7	28,2	27,7 – 28,8	17,3	16,8 – 17,7	21,4	20,9 – 21,9
<b>Região Geográfica</b>								
Norte	37,5	36,6 – 38,4	29,2	28,4 – 30,0	15,5	14,8 – 16,1	17,8	17,1 – 18,5
Nordeste	33,8	33,0 – 34,6	29,9	29,1 – 30,6	15,6	15,0 – 16,2	20,7	20,1 – 21,4
Centro-Oeste	33,2	32,2 – 34,2	26,1	25,1 – 27,3	18,2	17,3 – 19,0	22,6	21,7 – 23,5
Sudeste	31,7	30,5 – 32,9	23,6	22,5 – 24,7	19,4	18,4 – 20,4	25,3	24,2 – 26,4
Sul	28,3	27,2 – 29,3	25,4	24,3 – 26,3	21,0	20,0 – 21,9	25,4	24,4 – 26,4
<b>Nível de escolaridade</b>								
Fundamental Incompleto	34,0	33,0 – 35,0	30,7	29,7 – 31,6	15,1	14,3 – 15,8	20,3	14,5 – 21,1
Fundamental Completo	34,6	33,5 – 35,7	28,5	27,4 – 29,5	16,3	15,4 – 17,1	20,7	19,7 – 21,6

*Continuação tabela 4*

Ensino Médio Completo	33,9	33,2 – 34,5	26,6	26,0 – 27,1	17,8	17,3 – 18,3	21,7	21,2 – 22,2
Superior Completo	30,4	29,3 – 31,5	26,2	25,1 – 27,2	19,5	18,5 – 20,4	24,0	22,9 – 25,0
<b>Renda familiar bruta</b>								
≤ 600	35,9	35,1 – 36,6	28,0	27,3 – 28,7	15,4	14,8 – 16,0	20,7	20,1 – 21,4
601 – 1500	34,1	33,4 – 34,7	28,3	27,6 – 28,8	17,3	16,8 – 17,9	20,4	19,8 – 20,9
1501 – 3000	31,0	30,0 – 31,9	26,7	25,7 – 27,6	18,9	18,0 – 19,7	23,5	22,6 – 24,4
> 3000	27,5	26,2 – 28,9	25,7	24,3 – 27,0	20,8	19,6 – 22,0	26,0	24,7 – 27,3

§ Percentuais das linhas somam 100%.

**Tabela 5.** Prevalências de percepção de bem-estar segundo variáveis de suporte social, comportamentais e autorrelatos de saúde em trabalhadores do setor Industrial no, Brasil, 2004, 2006 – 2008

Variável	Pior		Intermediária - baixa		Intermediária – alta		Melhor	
	%	IC95%	%	IC95%	n	IC95%	n	IC95%
<b>Nº de hab. no domicílio</b>								
Moro sozinho	34,1	32,1 – 36,1	27,6	25,7 – 29,5	16,9	15,3 – 18,5	21,4	19,7 – 23,2
2- 4 pessoas	33,4	32,8 – 33,9	27,6	27,1 – 28,1	17,4	17,0 – 17,9	21,6	21,1 – 22,0
≥ 5 pessoas	35,8	34,9 – 36,6	28,2	27,4 – 29,0	15,8	15,1 – 16,4	20,3	19,6 – 21,0
<b>Religiosidade</b>								
Não	44,1	42,1 – 46,0	26,9	25,2 – 28,7	13,9	12,5 – 15,2	15,2	13,7 – 16,6
Sim, não praticante	37,4	36,8 – 38,1	29,4	28,8 – 30,1	15,7	15,2 – 16,1	17,5	17,0 – 18,0
Sim, praticante	28,5	27,9 – 29,1	26,6	26,0 – 27,2	18,8	18,3 – 19,4	26,1	25,5 – 26,7
<b>Tabagismo</b>								
Fumante	38,7	37,5 – 40,0	28,6	27,5 – 29,7	14,8	13,9 – 15,7	17,9	16,9 – 18,8
Ex-fumante	36,6	35,5 – 37,7	27,7	26,7 – 28,8	16,6	15,4 – 17,1	19,4	18,5 – 20,3
Não fumante	31,8	31,4 – 32,4	27,4	26,9 – 27,9	18,0	17,6 – 18,5	22,7	22,3 – 23,2
<b>Consumo excessivo de bebidas alcoólicas</b>								
Sim	34,4	33,7 – 35,2	29,5	28,8 – 30,2	16,4	15,8 – 17,0	19,7	19,0 – 20,3
Não	33,1	32,5 – 33,6	26,7	26,1 – 27,1	17,8	17,3 – 18,2	22,6	22,1 – 23,0
<b>Atividade Física no Lazer</b>								
Não	42,7	42,0 – 43,3	26,6	26,0 – 27,2	15,1	14,6 – 15,6	15,6	15,1 – 16,1

Sim	25,9	25,4 – 26,4	28,5	27,9 – 29,0	19,1	18,6 – 19,6	26,5	26,0 – 27,0
<b>Percepção de saúde</b>								
Negativa	57,7	56,6 – 58,8	22,3	21,4 – 23,2	11,1	10,4 – 11,8	8,9	8,2 – 9,5
<i>Continuação tabela 5</i>								
Positiva	28,9	28,4 – 29,3	28,6	28,2 – 29,1	18,5	18,1 – 18,9	24,0	23,6 – 24,5
<b>Qualidade do sono</b>								
Negativa	53,4	52,3 – 54,4	23,8	23,0 – 24,7	12,4	11,7 – 13,0	10,4	9,8 – 11,0
Positiva	28,3	27,8 – 28,7	28,6	28,1 – 29,1	18,6	18,2 – 19,0	24,6	24,1 – 25,0
<b>Percepção de estresse</b>								
Quase sempre/ sempre	48,5	47,3 – 49,8	23,8	22,7 – 24,8	13,9	13,1 – 14,8	13,7	12,9 – 14,6
Raramente/ às vezes	31,1	30,7 – 31,6	28,2	27,8 – 28,6	17,8	17,5 – 18,2	22,8	22,4 – 23,2
<b>Percepção de tristeza/depressão</b>								
Quase sempre/ sempre	73,7	72,0 – 75,4	14,7	13,3 – 16,1	6,8	5,8 – 7,8	4,8	3,9 – 5,6
Raramente/ às vezes	31,7	31,3 – 32,2	28,6	28,1 – 29,0	17,5	17,2 – 17,9	22,2	21,8 – 22,6

§ Percentuais das linhas somam 100%.



### **4.3 Associação entre as categorias de percepção de bem-estar e aspectos sociodemográficos, de suporte social, comportamentais e autorrelatos de saúde**

Os resultados da análise bruta e ajustada da associação entre as categorias de percepção de bem-estar e demais variáveis de exposição podem ser observados na Tabela 4.

Na análise bruta, ao compararem-se as três categorias investigadas (intermediária-baixa, intermediária-alta e melhor percepção) *versus* a pior percepção de bem-estar, constatou-se que trabalhadores do gênero masculino, em todas as percepções avaliadas, apresentaram maiores chances de estarem em categorias superiores de bem-estar. Essas associações permaneceram, após a análise ajustada, verificando-se que os homens tiveram 1,35 (IC95%: 1,28 – 1,43) vezes maior chance de reportarem uma melhor percepção de bem-estar *versus* a pior percepção quando comparado ao gênero feminino.

Para a variável faixa etária, observou-se - tanto na análise bruta como na ajustada - que quanto menor era a idade, maior era a chance de reportar melhor percepção de bem-estar, exceto na comparação entre a percepção intermediária - baixa e a pior percepção de bem-estar. Trabalhadores mais jovens apresentaram 1,14 vezes maior chance de estarem no terceiro quartil de bem-estar (intermediária- alta) comparado aos mais velhos, e quando avaliada a melhor percepção *versus* a pior percepção de bem-estar, esta chance aumentou para 1,24 vezes.

Em relação ao estado civil, indivíduos casados apresentaram maior chance de estarem na categoria de percepção intermediária-baixa *versus* a pior percepção; no entanto, essa associação só foi observada na análise bruta.

Quando investigada a associação entre região geográfica e percepções de bem-estar, averiguaram-se maiores chances de percepções positivas em todas as regiões avaliadas quando comparadas à região Norte do Brasil. Essa associação

só não foi observada nas regiões Centro-Oeste e Sudeste quando comparada à percepção intermediária-baixa com a pior percepção de bem-estar. A região Nordeste foi a que apresentou o menor efeito de associação (OR: 1,34; IC95%: 1,25 – 1,44) enquanto que trabalhadores da região Sul apresentaram 1,99 vezes maior chance de terem melhor percepção de bem-estar quando comparados à região Norte do país.

Com relação às variáveis socioeconômicas, destaca-se uma tendência de melhor percepção de bem-estar com o aumento da renda, contudo o mesmo não foi observado para o nível de escolaridade. Enquanto que na renda a magnitude do efeito foi maior, à medida que se avançava para melhores percepções de bem-estar, isso não foi observado na variável escolaridade. Trabalhadores com renda superior a R\$ 3.000 apresentaram 1,59 vezes maior chance de estarem na melhor categoria de bem-estar quando comparados à pior percepção. Para a variável escolaridade, identificou-se que quanto maior o nível de ensino, mais alta é a chance de estar no terceiro quartil de bem-estar (percepção intermediária – alta) do que no primeiro (pior percepção).

Dentre as variáveis de suporte social investigadas nesse estudo, apenas a religiosidade se mostrou associada a melhores percepções de bem-estar. Após o ajuste para as variáveis sociodemográficas, observaram-se maiores chances à medida que se avançava para melhor percepção de bem-estar, mostrando que trabalhadores religiosos praticantes apresentaram 2,84 vezes maior chance de estarem na categoria de melhor percepção de bem-estar comparados aos não religiosos.

Na análise bruta, ao se avaliar a percepção de bem-estar e variáveis comportamentais, constatou-se que trabalhadores não fumantes (OR: 1,28; IC95%: 1,17–1,39), não consumidores de álcool em excesso (OR: 1,11; IC95%: 1,04 – 1,18) e os ativos no lazer (OR: 2,67; IC95%: 2,52 – 2,83)

tiveram maiores chances de estarem na categoria de melhor percepção de bem estar quando comparados aos seus pares *versus* a pior percepção. Na análise ajustada, as associações se mantiveram, sendo que a magnitude aumentou à medida que se avançava para uma melhor percepção.

Com relação aos autorrelatos de saúde investigados neste estudo, observou-se, tanto na análise bruta como na ajustada, sujeitos com percepção positiva de saúde e qualidade do sono, e aqueles que se sentiam estressados e tristes esporadicamente apresentaram-se em melhores categorias da percepção do bem-estar quando comparados com a pior categoria de percepção.

Em síntese, trabalhadores do gênero masculino, na faixa etária inferior a 30 anos de idade, pertencentes à região Sul do Brasil, com renda superior a R\$ 3.000, declarados religiosos, não fumantes, ativos no lazer, com percepções positivas de saúde e qualidade do sono e baixa percepção de estresse e tristeza na vida foram aqueles com as maiores chances de estarem na categoria de melhor percepção de bem-estar comparados aos demais.

**Tabela 6.** Odds Ratio (OR) bruto e ajustado da pior percepção de bem-estar versus percepções intermediária-baixa, intermediária-alta e melhor percepção considerando indicadores sociodemográficos, de suporte social, comportamentais e autorrelatos de saúde em trabalhadores do setor Industrial no Brasil, 2004, 2006 – 2008.

Variável	Percepção Intermediária - baixa		Percepção Intermediária - alta		Melhor percepção	
	OR bruto IC (95%)	OR ajustado* IC (95%)	OR bruto IC (95%)	OR ajustado* IC (95%)	OR bruto IC (95%)	OR ajustado* IC (95%)
<b>Gênero</b>						
Feminino	1	1	1	1	1	1
Masculino	1,33 (1,26 – 1,40)*	1,34 (1,27 – 1,42)*	1,20 (1,13 – 1,27)*	1,26 (1,19 – 1,34)*	1,28 (1,21 – 1,35)*	1,35 (1,28 – 1,43)*
<b>Faixa etária</b>						
< 30	0,97 (0,88 – 1,07)	1,02 (0,93 – 1,13)	1,14 (1,02 – 1,28)**	1,14 (1,01 – 1,28)**	1,22 (1,09 – 1,36)**	1,24 (1,12 – 1,39)**
30 – 39	1,03 (0,93 – 1,13)	1,07 (0,96 – 1,18)	1,08 (0,95 – 1,21)	1,09 (0,96 – 1,23)	1,04 (0,93 – 1,17)	1,07 (0,96 – 1,20)
40 – 49	0,98 (0,88 – 1,09)	1,01 (0,90 – 1,12)	1,02 (0,90 – 1,16)	1,03 (0,90 – 1,17)	0,96 (0,87 – 1,10)	1,00 (0,88 – 1,12)
≥ 50	1	1	1	1	1	1
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	1	1	1	1	1	1
Casado	1,09 (1,04 – 1,14)*	1,04 (0,99 – 1,08)	1,02 (0,97 – 1,08)	0,99 (0,94 – 1,05)	1,00 (0,95 – 1,05)	0,98 (0,93 – 1,03)
<b>Região Geográfica</b>						
Norte	1	1	1	1	1	1
Nordeste	1,14 (1,07 – 1,21)*	1,15 (1,08 – 1,23)*	1,12 (1,04 – 1,21)*	1,14 (1,06 – 1,23)*	1,29 (1,21 – 1,39)*	1,34 (1,25 – 1,44)*
Centro-Oeste	1,00 (0,94 – 1,09)	1,02 (0,95 – 1,10)	1,33 (1,22 – 1,45)*	1,35 (1,24 – 1,46)*	1,44 (1,33 – 1,55)*	1,45 (1,34 – 1,57)*
Sudeste	0,96 (0,88 – 1,04)	0,98 (0,90 – 1,06)	1,49 (1,36 – 1,63)*	1,52 (1,38 – 1,66)*	1,69 (1,55 – 1,84)*	1,74 (1,59 – 1,89)*
Sul	1,15 (1,07 – 1,25)*	1,21 (1,12 – 1,31)*	1,80 (1,65 – 1,96)*	1,87 (1,71 – 2,04)*	1,90 (1,75 – 2,06)*	1,99 (1,83 – 2,16)*
<b>Nível de escolaridade</b>						
Fundamental Incompleto	1	1	1	1	1	1
Fundamental Completo	0,91 (0,84 – 0,98)**	0,91 (0,84 – 0,98)**	1,06 (0,97 – 1,17)**	0,99 (0,90 – 1,09)**	1,00 (0,92 – 1,09)**	0,93 (0,85 – 1,02)
Ensino Médio Completo	0,87 (0,82 – 0,92)*	0,85 (0,80 – 0,91)	1,19 (1,10 – 1,28)	1,06 (0,98 – 1,15)	1,07 (1,00 – 1,15)	0,96 (0,89 – 1,04)
Superior Completo	0,96 (0,88 – 1,04)	0,91 (0,82 – 1,00)	1,45 (1,32 – 1,59)	1,16 (1,03 – 1,30)	1,32 (1,21 – 1,44)	1,06 (0,95 – 1,18)
<b>Renda familiar bruta</b>						
≤ 600	1	1	1	1	1	1
601 – 1500	1,06 (1,00 – 1,12)**	1,09 (1,03 – 1,15)**	1,18 (1,11 – 1,26)**	1,12 (1,05 – 1,20)**	1,04 (0,98 – 1,10)**	1,00 (0,94 – 1,07)**
1501 – 3000	1,10 (1,03 – 1,18)	1,17 (1,08 – 1,26)	1,42 (1,31 – 1,54)	1,31 (1,20 – 1,43)	1,31 (1,22 – 1,41)	1,27 (1,17 – 1,38)
> 3000	1,19 (1,09 – 1,31)	1,25 (1,12 – 1,39)	1,76 (1,59 – 1,95)	1,62 (1,44 – 1,82)	1,64 (1,49 – 1,80)	1,59 (1,43 – 1,78)
<b>Nº. de hab. no domicílio</b>						
Moro sozinho	1	1	1	1	1	1
2- 4 pessoas	1,02 (0,91 – 1,14)	1,01 (0,89 – 1,13)	1,05 (0,93 – 1,20)	1,04 (0,90 – 1,19)	1,03 (0,91 – 1,16)	0,99 (0,87 – 1,13)
≥ 5 pessoas	0,97 (0,86 – 1,09)	0,94 (0,83 – 1,07)	0,89 (0,78 – 1,02)	0,91 (0,78 – 1,04)	0,90 (0,80 – 1,02)	0,89 (0,78 – 1,03)
<b>Religiosidade</b>						
Não	1	1	1	1	1	1
Sim, não praticante	1,29 (1,16 – 1,42)*	1,34 (1,20 – 1,48)*	1,33 (1,17 – 1,51)*	1,35 (1,18 – 1,54)*	1,36 (1,20 – 1,54)*	1,40 (1,23 – 1,58)*

Sim, praticante	1,53 (1,38 – 1,69)*	1,62 (1,46 – 1,80)*	2,10 (1,85 – 2,39)*	2,22 (1,94 – 2,53)*	2,66 (2,35 – 3,01)*	2,84 (2,50 – 3,22)*
<b>Tabagismo</b>						
Fumante	1	1	1	1	1	1
Ex-fumante	1,03 (0,94 – 1,12)	0,97 (0,88 – 1,06)	1,16 (1,05 – 1,29)*	1,02 (0,91 – 1,14)	1,15 (1,04 – 1,27)*	0,97 (0,87 – 1,08)
Não fumante	1,16 (1,09 – 1,25)*	1,16 (1,08 – 1,25)*	1,48 (1,36 – 1,61)*	1,28 (1,16 – 1,40)*	1,55 (1,43 – 1,67)*	1,28 (1,17 – 1,39)*
<b>Consumo excessivo de bebidas alcoólicas</b>						
Sim	1	1	1	1	1	1
Não	0,94 (0,90 – 0,99)*	0,92 (0,87 – 0,97)*	1,13 (1,06 – 1,19)*	1,08 (1,01 – 1,15)*	1,19 (1,13 – 1,26)*	1,11 (1,04 – 1,18)*
<b>AF no Lazer</b>						
Não	1	1	1	1	1	1
Sim	1,76 (1,68 – 1,85)*	1,73 (1,64 – 1,82)*	2,08 (1,97 – 2,20)*	2,00 (1,88 – 2,12)*	2,79 (2,65 – 2,94)*	2,67 (2,52 – 2,83)*
<b>Percepção de saúde</b>						
Negativa	1	1	1	1	1	1
Positiva	2,57 (2,41 – 2,73)*	2,02 (1,88 – 2,16)*	3,33 (3,07 – 3,61)*	2,22 (2,03 – 2,43)*	5,41 (4,97 – 5,90)*	3,28 (2,98 – 3,61)*
<b>Qualidade do sono</b>						
Negativa	1	1	1	1	1	1
Positiva	2,27 (2,15 – 2,40)*	1,71 (1,60 – 1,81)*	2,84 (2,65 – 3,05)*	2,08 (1,92 – 2,24)*	4,44 (4,13 – 4,78)*	3,04 (2,80 – 3,30)*
<b>Percepção de estresse</b>						
Sempre/ Quase sempre	1	1	1	1	1	1
Raramente/ Às vezes	1,85 (1,73 – 1,97)*	1,34 (1,24 – 1,44)*	1,99 (1,84 – 2,16)*	1,38 (1,26 – 1,51)*	2,59 (2,39 – 2,80)*	1,61 (1,46 – 1,76)*
<b>Percepção de tristeza</b>						
Sempre/ Quase sempre	1	1	1	1	1	1
Raramente/ Às vezes	2,12 (2,00 – 2,25)*	1,81 (1,70 – 1,92)*	2,45 (2,26 – 2,65)*	2,06 (1,89 – 2,25)*	3,29 (3,00 – 3,61)*	2,53 (2,29 – 2,80)*

\* Teste de Wald para heterogeneidade,  $p < 0,05$ ; \*\* Teste de Wald para tendência linear,  $p < 0,05$ ;

<sup>1</sup> Pior percepção de bem-estar – categoria de referência;

<sup>2</sup> Ajustado para gênero, faixa etária, estado civil e região geográfica (1°. nível hierárquico), escolaridade, e renda (2°. nível hierárquico), n°. de habitantes por domicílio e religiosidade (3° nível hierárquico), tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física no lazer (4°. nível hierárquico) e autopercepções de saúde, estresse, qualidade do sono e tristeza (5°. nível hierárquico).

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo foi pioneiro na investigação de bem-estar em uma amostra representativa de trabalhadores no Brasil. A escassez de investigações sobre bem-estar em populações brasileiras, o ineditismo das informações, o alto percentual de respostas (90,6%) e a análise utilizada, que permitiu observar as magnitudes do efeito de associação com a evolução da percepção de bem-estar, devem ser destacados como pontos positivos deste trabalho.

Outro aspecto relevante foi a qualidade e a abrangência da amostra, que representou adequadamente os trabalhadores de indústrias de 24 das 27 unidades federativas do Brasil. Por fim, foi possível realizar análises com modelos ajustados para variáveis sociodemográficas, de suporte social e do estilo de vida dos trabalhadores, permitindo estimativas mais precisas das associações. Por outro lado, o emprego do delineamento transversal na pesquisa deve ser encarado como uma limitação deste estudo, já que impede o entendimento das relações causais entre a percepção de bem-estar e muitas das exposições investigadas, principalmente pela dificuldade de se estabelecer temporalidade.

As prevalências de percepção de bem-estar positivo encontradas neste estudo são consistentes às evidenciadas na literatura internacional (STRINE et al., 2008) e nacional (HALLAL et al., 2010). Independente do contexto, observa-se grande contingente populacional concentrado nas categorias de melhor percepção de bem-estar, enquanto que a menor parcela da população tem reportado percepção negativa.

Nesse estudo, a maioria dos trabalhadores (93%) foi classificada na categoria de percepção positiva de bem-estar, enquanto que apenas 7% apresentaram a percepção negativa. Resultado muito similar foi encontrado por Strine et al. (2008) em uma grande amostra representativa de adultos dos Estados

Unidos. Ao avaliarem a satisfação na vida por meio de uma medida de único item, revelaram que 94,4% dos americanos estavam satisfeitos com a vida. Contudo, a prevalência de bem-estar positivo encontrada para trabalhadores brasileiros neste estudo foi superior a inquéritos conduzidos na Austrália (70,4%) e na Tailândia (70%) (DEAR; HENDERSON; KORTEN, 2002; YIENGPRUGSAWAN et al., 2010).

No cenário nacional, não foram localizados estudos com industriários brasileiros, no entanto Hallal et al. (2010) por meio de uma pergunta baseada na escala de faces proposta por Andrews, investigaram bem-estar na população de adolescentes pertencentes a uma coorte de nascimentos da cidade de Pelotas/RS e evidenciaram uma percepção de felicidade de 86%. Ainda na cidade de Pelotas/RS, estudo populacional de Sparrenberger, Santos e Lima (2007) analisaram mal-estar psicológico em adultos com idade igual ou superior a 20 anos. Apesar de a terminologia utilizada ser diferente da empregada no presente estudo, os autores utilizaram a escala de faces para mensurar mal-estar e observaram que aproximadamente 86% dos adultos assinalaram a representação que elucida altos níveis de felicidade.

Quando a unidade de análise passa a ser o país e não o indivíduo, é nítida a disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Como parâmetros, têm sido utilizados indicadores socioeconômicos, e um exemplo é a renda per capita nacional. Estudo publicado recentemente por Ott (2011) investigou a diferença entre qualidade do governo e o índice de felicidade de 130 países. Diferenças significativas foram identificadas nos níveis de felicidade entre países com diferentes níveis de desenvolvimento. Enquanto que no Togo o índice de felicidade foi de 3,24, na Dinamarca este índice foi de 8,00 em uma escala de 0 (muito insatisfeito) a 10 (muito satisfeito). Já no Brasil foi encontrado um índice de felicidade de 6,51. Como explicações para as diferenças encontradas, o

autor confere a qualidade geral e técnica da administração governamental, ressaltando que uma vez que um nível mínimo é atingido, o aumento da qualidade técnica produz um aumento na felicidade média proporcionalmente.

Inquérito realizado em 31 países europeus, identificou variação na percepção de satisfação na vida de 5,0 na Bulgária para 8,5 na Dinamarca, em uma escala de 1 (muito insatisfeito) a 10 (muito satisfeito). Os autores atribuem grande impacto do desemprego, dos problemas de saúde, do apoio social e da qualidade percebida dos serviços públicos nos níveis de satisfação com a vida em todos os países investigados. No entanto, aspecto que merece atenção é a dificuldade de interpretação e comparação dos achados, visto a complexidade do conceito e a falta de consenso com relação à definição de bem-estar. Além disso, a falta de padronização de instrumentos e a discordância quanto à melhor forma de mensurá-lo são outros fatores que dificultam a comparabilidade dos dados, tanto em nível individual como ambiental.

Esse estudo confirmou os resultados de pesquisas anteriores sugerindo associação entre bem-estar e características demográficas, com exceção apenas para o estado civil. Fatores como gênero, idade, cor da pele e estado civil têm sido frequentemente associados ao bem-estar. No entanto, a literatura (STRINE et al., (2008; WATSON; PICHLER; WALLACE, 2010) tem demonstrado resultados inconsistentes em relação à direção das associações entre bem-estar e as variáveis gênero e idade.

Na avaliação do gênero, homens apresentaram melhor percepção de bem-estar. Os achados desse estudo corroboram aos encontrados por Strine et al. (2008) em levantamento conduzido em 50 estados americanos, no qual foi apontada maior satisfação na vida entre os homens. Entretanto, um *survey* sobre saúde mental e bem-estar, realizado com 10.641 adultos australianos, revelou níveis mais elevados de bem-estar para as mulheres (DEAR; HENDERSON; KORTEN, 2002).



Mais discrepantes ainda, são os achados do inquérito sobre bem-estar na Europa que demonstrou não haver diferenças entre os níveis globais de satisfação na vida entre homens e mulheres entre alguns países europeus (WATSON; PICHLER; WALLACE, 2010).

No presente estudo, a pior percepção do bem-estar no gênero feminino em comparação ao masculino pode ser explicada, em partes, por aspectos de ordem socioculturais. A dupla jornada de trabalho exercida, combinando a realização de tarefas domésticas e ocupacionais que as expõem a situações de estresse, responsabilidades com os filhos e a cargas ergonômicas, particularmente repetitividade, posição viciosa e trabalho em grande escala podem levá-las a um desafio em termos de equilíbrio entre vida profissional e bem-estar, conduzindo-as à pior percepção. Além desse aspecto, quando o contexto é o mercado de trabalho, diversos indicadores mostram que as mulheres estão num patamar inferior ao dos homens (IBGE, 2011), já que estes se inserem mais cedo no mercado, possuem melhor remuneração e regularização de emprego. Essas razões elucidam algumas desigualdades de gênero e pode refletir na expectativa de vida, afetando, conseqüentemente, a percepção do bem-estar.

Com relação à idade, indivíduos com idade inferior a 30 anos foram os que apresentaram a melhor percepção de bem-estar. Constatou-se ainda que ao se envelhecer, pior é o nível de satisfação com a vida evidenciando um declínio no bem-estar. O fato dos trabalhadores mais jovens estarem mais satisfeitos com a vida deve-se, possivelmente, a uma série de fatores, dentre eles: menos vulnerabilidade a situações de vida adversas como viuvez, divórcio, frustrações, maior estabilidade emocional e autoconfiança, maiores expectativas com relação ao futuro e à ascensão no mercado de trabalho e menos responsabilidades em termos familiares comparados aos mais velhos. Os resultados são similares ao estudo de Dear, Hendersen e Korten (2002); em contrapartida, divergem

daqueles encontrados por Yiengprugsawan et al. (2010), os quais revelaram associação positiva entre satisfação na vida e idade, ao avaliar uma coorte de 87.134 adultos tailandeses. Ainda em contraste com os achados do presente estudo, Mroczek e Spiro (2005) evidenciaram uma associação em “U” (curvilínea) entre idade e satisfação na vida.

A partir desses achados, pode-se perceber que a literatura entre bem-estar e idade não converge para um achado em comum, e o que afeta ainda mais as conclusões são os diferentes instrumentos utilizados para mensurar bem-estar.

Em relação às regiões brasileiras, observou-se melhor percepção de bem-estar nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. As disparidades na distribuição da renda, no desenvolvimento industrial, social e urbano e nas condições de trabalho (IBGE, 2011), dentre outras razões, podem explicar, em parte, as diferenças encontradas, confirmando o potencial do bem-estar de refletir desigualdades e iniquidades em diferentes contextos de vida.

Em termos regionais, evidenciam-se diferenças marcantes no nível de alfabetização da população, embora tenha ocorrido avanços expressivos de 2000 para 2010. Enquanto que a região Sul detém a taxa mais baixa de analfabetismo (4,7%) em pessoas com dez anos ou mais de idade, as regiões Nordeste e Norte se configuram com as taxas mais altas, 17,6% e 10,6%, respectivamente (IBGE, 2011). No que concerne aos indicadores econômicos, índice de Gini e percentual de pessoas sem rendimento, novamente a região Sul aparece com as menores taxas. Quando analisado do ponto de vista do produto interno bruto (PIB), ratificam-se essas diferenças. De acordo com as contas regionais do ano de 2008, verifica-se que a região Sudeste é a de maior participação no PIB brasileiro (56%), enquanto que a região Norte possui a menor contribuição (5,1%).

Lipovčan, Brkljačić e Šakić (2007) destacaram a contribuição substancial do PIB *per capita* no aumento do

bem-estar subjetivo, ao compararem níveis de satisfação na vida entre países com diferentes valores de PIB. Quanto maior o valor do PIB, melhor é a percepção. Já Inglehard e Klingeman (2000), em estudo realizado em 65 países, observaram que a felicidade e a satisfação com a vida aumentaram proporcionalmente até um PIB de US\$ 13.000. Após esse valor, nenhuma associação significativa entre riqueza e bem-estar subjetivo pôde ser notada.

Os fatores socioeconômicos, avaliados em nível individual, nesse estudo, vão ao encontro das evidências apresentadas na literatura. Observou-se uma associação direta entre renda familiar e percepção de bem-estar. O mesmo fator foi constatado para a variável escolaridade. Os resultados são similares a estudos conduzidos na Alemanha (LUCAS; SCHIMMACK, 2009), na Croácia (LIPOVČAN; BRKLJAČIĆ; ŠAKIĆ, 2007) e nos Estados Unidos (SUBRAMANIAM; KIM; KAWACHI, 2005), que identificaram níveis mais elevados de satisfação com a vida naqueles grupos com maior renda familiar e nível educacional.

Subramanian, Kim e Kawachi (2005), ao investigar 36 comunidades de vários estados norte-americanos, verificaram, após o controle para variáveis demográficas, que maior renda e nível educacional estiveram associados à melhor percepção de felicidade. Quando comparadas no nível comunitário ao invés do nível individual, essas correlações foram ainda mais fortes. No entanto, a literatura científica não é consensual. Um dos principais catalisadores de investigações sobre “renda e felicidade”, o econômico Richard Easterlin, em estudo realizado nos Estados Unidos no período de 1973 – 2004 mostrou que, enquanto a renda *per capita* quase que duplicou, a felicidade não mostrou nenhuma tendência. Os argumentos se fundamentam no fato de que uma vez que o indivíduo se eleva acima de uma linha de pobreza ou “nível de subsistência”, a principal fonte de aumento do bem-estar não é renda, mas sim amigos e boa vida familiar, sugerindo que a renda evidencia

um papel mais marcante no bem-estar quando as necessidades básicas não são satisfeitas. Contudo, quando se ultrapassa esse nível, a relação entre bem-estar e renda torna-se mais fraca (CLARK; FRIJTERS; SHIELDS, 2008). Porém, deve-se ter cautela na interpretação desses achados, pois nem sempre indicadores econômicos nacionais refletem a realidade individual.

Muitas são as razões para explicar as diferenças marcantes nos padrões de bem-estar entre trabalhadores de diferentes níveis de renda. Maior renda possibilita mais poder de consumo, que, por conseguinte propicia a aquisição de bens materiais, de experiências prazerosas durante o lazer, acesso a planos e serviços de saúde, melhor segurança e seguridade (LUCAS; SCHIMMACK, 2009). Já um grau de escolaridade superior, pode representar melhores condições de trabalho e emprego causando um impacto no rendimento e nos padrões de vida (WATSON; PICHLER; WALLACE, 2010).

Dentre as variáveis de suporte social investigadas nesse estudo destaca-se a religiosidade. Trabalhadores declarados religiosos, sendo praticantes ou não, foram aqueles com a melhor percepção de bem-estar comparados aos sem religião. Resultados são similares a uma série de pesquisas que sugerem associação positiva entre religiosidade e bem-estar subjetivo, em uma construção que inclui felicidade, satisfação com a vida, amor à vida, saúde física e mental (BALL; ARMISTEAD; AUSTIN, 2003; GREENE; YOON, 2004; MASELKO; KUBANSKY, 2006; KOZARYN, 2010).

Em recente estudo, que buscou explorar as associações de religiosidade com bem-estar subjetivo entre estudantes universitários provenientes de duas culturas diferentes, detectou-se que aqueles que relataram maior religiosidade foram os que também experimentaram maiores sensações de bem-estar (ABDEL-KHALED; LESTER, 2010). Entretanto, pesquisa realizada com dados de 79 países pertencentes ao *World Values Survey* (projeto global que explora valores e

crenças dos seres humanos) constatou que a relação entre religiosidade e satisfação com a vida é bidimensional, ou seja, formas de religiosidade que promovem o capital social preveem elevada satisfação com a vida. Por outro lado, práticas religiosas que não promovem conexões internas e externas de uma rede social não preveem alta satisfação com a vida. O autor destaca que a religiosidade também é dependente do contexto, não sendo capaz por si só de tornar as pessoas felizes, e sim o ambiente social que ela oferece (KOZARYN, 2010).

Possível hipótese para tal associação é que a doutrina da religião torna-se parte integrante de atividades comunitárias e sociais, oferecendo um ambiente seguro e familiar com apoio social, além de fornecer às pessoas o sentimento de inclusão, que encoraja a realização de escolhas positivas, proporcionando-lhes um sentido na vida que promove o bem-estar (WHITE; DRECHSEL; JOHNSON, 2006)

Ferriss (2002) traz a explicação fundamentada na promoção e distinção de influências entre respostas internas e externas. Fatores endógenos são as atitudes internas e crenças que refletem a disposição para o bem-estar pessoal do indivíduo. Estas podem ser influenciadas por fatores exógenos: respostas sociais que venham a ser geradas por rituais, atividades sociais e de práticas religiosas participativas, evidenciando a religião como agente promotor de bem-estar.

Ao analisar as variáveis comportamentais nesse estudo, observou-se que trabalhadores não fumantes, não consumidores de bebidas alcoólicas em excesso e praticantes de atividade física no lazer tiveram melhor percepção de bem-estar.

Em relação ao tabagismo, resultados são consistentes aos reportados na literatura. Recentemente uma pesquisa com uma amostra representativa de 340.575 adultos americanos apontou a insatisfação com a vida como sendo um facilitador do hábito de fumar no mundo contemporâneo (STRINE et al., 2008). Adicionalmente, estudo realizado, no ano de 2008 com

350.000 indivíduos, também nos Estados Unidos, apresentou correlações negativas entre o tabagismo e o bem-estar, verificando diminuição nos níveis de satisfação na vida com o aumento da prevalência do uso do tabaco (MCCANN, 2010). Quando analisadas três categorias para o tabagismo, em estudo com 6.923 adultos ingleses, verificou-se que sujeitos ex-fumantes - por um período igual ou superior a um ano - relataram níveis mais elevados de felicidade comparados aos fumantes, e níveis semelhantes aqueles que nunca fumaram (SHAHAB; WEST, 2011), atribuindo resultado similar ao do presente estudo.

Efeitos do uso crônico da nicotina sobre a ansiedade e sobre a depressão podem ser uma das razões pelas quais trabalhadores fumantes reportaram pior percepção de bem-estar. A explicação deve-se aos receptores nicotínicos da acetilcolina (PICCIOTTO, BRUNZELL, CALDARONE, 2002). Estudos sugerem que eles podem modular as vias envolvidas na resposta ao estresse, provocando alterações no nível de ansiedade e de humor de indivíduos fumantes. Além disso, as limitações de ascensão, em relação a oportunidades de trabalho pelo estigma social ligado ao tabagismo, podem ser outro fator elucidado para explicar as associações encontradas entre fumo e bem-estar (STUBER; GALEA; LINK, 2008).

Para o consumo de bebidas alcoólicas, as evidências são contraditórias. Estudo, conduzido por Murphy et al. (2005), analisou o impacto do uso de álcool e de problemas relacionados em vários domínios de satisfação com a vida, em uma amostra de estudantes universitários, e constatou que o uso excessivo de álcool esteve associado a menores índices de bem-estar. No entanto, Dear, Henderson e Korten (2002), em um grande inquérito, realizado na Austrália, revelaram associações entre maior nível de satisfação na vida com o ato de beber pequenas ou moderadas quantidades de álcool (não beber ou beber muito estava associado com escores mais baixos de satisfação. Dentre as razões para explicar tais

contradições está o fato de que beber moderadamente produz relações sociais benéficas à medida que estreita as relações interpessoais. Enquanto que consumir bebidas alcoólicas em excesso está associado à depressão e níveis de estresse elevados, afetando consecutivamente a percepção de bem-estar (KASSEL; JACKSON; UNROD, 2000).

As potenciais associações entre ser fisicamente ativo e estar mais satisfeito com a vida, evidenciadas nesse estudo, são similares a outras pesquisas conduzidas na Holanda e na Suíça. Merlin et al. (2003), em uma amostra representativa de adultos suíços de 18-64 anos, evidenciaram maiores níveis de satisfação com a vida naqueles indivíduos praticantes de esportes e exercícios, tanto de forma global como em dois ou mais domínios. O mesmo fato foi descoberto por Stubbe et al., (2007), ao comparar gêmeos holandeses monozigóticos e dizigóticos. Argyle (1999), em sua revisão, explica que o exercício aumenta a felicidade; logo, a razão para isso pode ser dada tanto pela liberação de endorfinas como pelo efeito social, provocado tanto pelos esportes quanto pelas atividades físicas praticadas em grupo.

Dentre todas as exposições investigadas nesse estudo, os autorrelatos de saúde foram as variáveis com maior magnitude de efeito sobre o desfecho bem-estar. Trabalhadores com autopercepção positiva de saúde e qualidade do sono, assim como com baixa frequência de estresse e tristeza na vida, apresentaram maiores chances de estar na melhor percepção de bem-estar comparada aos seus pares. Resultados, corroboram as investigações existentes, de que aspectos de saúde mental como estresse e sintomas depressivos, assim como percepções negativas de saúde e qualidade do sono, estão inversamente relacionados ao bem-estar positivo (STRINE et al., 2008; CRAMM; MOLLER; NIEBOER, 2010).

Em uma análise da projeção global de bem-estar, ao comparar níveis internacionais com dados sobre acesso à educação, à saúde e à pobreza, White (2007) constatou que, em

meio aos componentes investigados, o acesso à saúde foi o que se correlacionou mais fortemente com o bem-estar. Achados são consistentes aos evidenciados por Cramm, Moller e Niebor (2010), ao investigar preditores do bem-estar em uma região de baixa renda na África do Sul. Os autores observaram que, além da renda, do capital social, do emprego em tempo integral, do nível educacional e da situação conjugal, o estado de saúde também atuava na predição do bem-estar.

Dados do *Second European Quality of Life Survey: Subjective Well-being in Europe* revelaram diferenças significativas na satisfação com a vida de acordo com a autopercepção de saúde, destacando a percepção negativa de saúde como um dos fatores de maior impacto sobre a satisfação na vida dos europeus (WATSON; PICHLER; WALLACE, 2010).

Possível hipótese para tais associações deve-se principalmente ao fato de que muitas pessoas ainda associam bem-estar exclusivamente ao conceito de saúde, em uma perspectiva em que pessoas com hábitos de vida mais saudáveis focam na presença de características psicológicas positivas promovendo uma melhor percepção de bem-estar. Além disso, a questão biológica é outro fator de substancial importância. Estados emocionais positivos, como baixos níveis de estresse e de sintomas depressivos, assim como a ausência de distúrbios do sono, desencadeiam uma série de fatores, como equilíbrio nos níveis de cortisol e no ciclo circadiano contribuindo para uma percepção positiva de bem-estar.



## 6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

De acordo com os objetivos propostos, os resultados deste estudo permitem as seguintes conclusões:

- a) A percepção de bem-estar positivo esteve presente em 93% dos trabalhadores, sendo a melhor percepção mais prevalente nos homens, em indivíduos com idade inferior a 30 anos, pertencentes às regiões Sul e Sudeste do Brasil, com renda familiar superior a R\$ 3.000 e nível de ensino correspondente ao superior completo. Além disso, trabalhadores declarados religiosos praticantes, não fumantes, não consumidores de bebidas alcoólicas em excesso, praticantes de atividades físicas no lazer, com percepções positivas de saúde e qualidade do sono e baixa frequência de estresse e tristeza na vida apresentaram as prevalências mais altas na categoria de melhor percepção de bem-estar;
- b) Os estados do Acre e Roraima foram os que apresentaram a percepção mais baixa de bem-estar positivo, enquanto que os estados do Pará, Ceará, Tocantins e Santa Catarina foram aqueles com as prevalências mais altas;
- c) Trabalhadores do gênero masculino, com idade inferior a 30 anos, da região Sul do país e com renda familiar superior a R\$ 3.000 tiveram chances mais elevadas de estarem em categorias de melhor percepção de bem-estar comparados aos seus pares. Além disso, notou-se que quanto melhor era a percepção, maior era a magnitude do efeito;

- d) Trabalhadores não fumantes, não consumidores de bebidas alcoólicas em excesso e ativos no lazer tiveram maiores chances de estar em categorias de melhor percepção de bem-estar quando comparados aos fumantes e aos que faziam uso abusivo de álcool e não praticavam atividades físicas no lazer;
- e) Melhor percepção de bem-estar esteve associada à religiosidade. Trabalhadores ditos religiosos praticantes tiveram maiores chances de estar em uma categoria de melhor percepção de bem-estar e, à medida que se evoluía para uma melhor percepção, mais altas eram estas chances;
- f) Trabalhadores com autorrelatos positivos de saúde em geral: percepção positiva de saúde e qualidade do sono e baixa frequência de estresse e de sintomas depressivos apresentaram chances mais elevadas de estar em uma categoria de melhor percepção de bem-estar comparada aos seus pares.

A satisfação na vida - tratada neste estudo como componente cognitivo do bem-estar subjetivo - envolve muitos domínios, individuais e comunitários, podendo ser um importante constructo para pesquisas em saúde pública. Diante das peculiaridades acerca dos resultados encontrados, espera-se que a divulgação deste trabalho incentive novas pesquisas sobre bem-estar no Brasil. Por ser um tema complexo que envolve uma série de fatores econômicos, culturais e comportamentais, este assunto merece ser abordado com mais profundidade dada a sua importância para o subsídio e planejamento de políticas públicas.

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

- a) Estratégias de intervenção dirigidas aos grupos de menor prevalência de bem-estar positivo, particularmente às mulheres, aos indivíduos mais velhos, de menor renda e escolaridade, com adoção de comportamentos de risco e percepções negativas de saúde;
- b) As variações do nível de bem estar possibilitam um indicador de progresso e podem ser utilizadas para medir o sucesso das políticas públicas em diferentes segmentos. Desse modo, sugere-se que o bem-estar seja avaliado em escala populacional por meio de estudos transversais e longitudinais no intuito de acompanhar e monitorar o comportamento deste indicador na população brasileira;
- c) Políticas de promoção da saúde e de tratamento de doenças, visto que a melhoria da saúde da população é de importância primordial para promover o bem-estar positivo. Também, deve ser prestada atenção a outros aspectos como o bem-estar psicológico e emocional dos indivíduos.
- d) Investigação com mais profundidade e especificidade pelos pesquisadores da área de Educação Física a fim de que seus profissionais incentivem e promovam estilos de vida mais saudáveis, tendo em vista as associações evidenciadas entre a adoção de comportamentos positivos à saúde e à percepção positiva de bem-estar;

## 7 REFERÊNCIAS

- ABDEL-KHALEK, A. M.; LESTER, D. Constructions of religiosity, subjective well-being, anxiety, and depression in two cultures: Kuwait and USA. **International Journal of Social Psychiatry**, 2010 [no prelo].
- ABREU, M. N. S.; SIQUEIRA, A. L.; CAIAFFA, W. T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, v.43, p. 183-194, 2009.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.20, n.2, p. 153-164, 2004.
- ARGYLE, M. Causes and correlates of happiness. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, eds. **Well-being. The foundations of hedonic psychology**. New York: Russel Sage Foundation, p. 353–373, 1999.
- BALL, J.; ARMISTEAD, L.; AUSTIN, B. J. The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. **Journal of Adolescence**, v.26, n.4, Aug, p. 431-46, 2003.
- BARAK, Y. The immune system and happiness. **Autoimmunity Reviews**, v.5, n.8, Oct, p. 523-7, 2006.
- BARROS, M.V. **Atividades físicas no lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores da indústria no estado de Santa Catarina, Brasil**. 1999. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

BARROS, M. V.; NAHAS, M. V. Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 554-563, 2001.

BARTELS, M.; BOOMSMA, D. I. Born to be happy? The etiology of subjective well-being. **Behaviors Genetics**, v.39, n.6, Nov, p. 605-15, 2009.

BRADBURN, N.M.; CAPLOVITZ, D. **Reports on happiness: a pilot study of behavior related to mental health**. Chicago: Aldine, 1965.

CASPERSEN, C. J., POWELL, K. E; CHRISTEENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, 100, p. 172-179, 1985.

CHEN, Z.; DAVEY, G. Happiness and Subjective Wellbeing in Mainland China. **Journal of Happiness Studies**, v.9, n.4, p. 589-600, 2008.

CHIDA, Y.; STEPTOE, A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. **Psychosomatic Medicine**, v.70, n.7, Sep, p. 741-56, 2008.

CHIN, B. Income, health, and well-being in rural Malawi. **Demographic Research**, v.23, n.35, Nov 19, p. 997-1030, 2010.

CLARK, A.E.; FRIJTERS, C.P.; SHIELDS, M.A. Relative Income, Happiness, and Utility: An Explanation for the Easterlin Paradox and Other Puzzles. **Journal of Economic Literature**, v. 46, n.1, p. 95-144, 2008.

COX, M.H.; MILES, D.S. **Workplace active living and total quality management: a paradigm for a new corporate culture.** In: Quiney HA, Gauvin L, Wall AET, editors. *Toward active living.* Champaign: Human Kinetics, p. 179-86, 1994.

CRAMM, J. M.; MOLLER, V.; NIEBOER, A. P. Improving subjective well-being of the poor in the Eastern Cape. **Journal of Health Psychology**, v.15, n.7, Oct, p. 1012-9, 2010.

CUMMINS, R. **Australian Unity Wellbeing Index: “The Wellbeing of Australians – Trust, Life Better/Worse and Climate Change”, 2010.** The School of Psychology, Deakin University, 2010.

DEAR, K.; HENDERSON, S.; KORTEN, A. Well-being in Australia-findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. **Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology**, v.37, n.11, Nov, p. 503-9, 2002.

DEATON, A. Income, health, and well-being around the world: evidence from the Gallup World Poll. **The Journal of Economic Perspectives: a journal of the American Economic Association**, v.22, n.2, Spring, p. 53-72, 2008.

DIENER, E. et al. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, n.125, p. 276-302, 1999.

DIENER, E. **Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being.** University of Illinois, 2005.

DIENER, E.; SELIGMAN, M. E. P. Beyond money: Toward an economy of well-being. **Psychological Science in the Public Interest**, v.5, p. 1-31, 2004.

DIENER, E.; OISHI, S.; LUCAS, R. E. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. **Annual Review Psychology**, v.54, p. 403-25, 2003.

DIENER, E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. **The American Psychologist**, v.55, n.1, Jan., p. 34-43, 2000.

DIENER, E.; EMMONS, R.A. The independence of positive and negative affect. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 47, p.1105-1117, 1985.

DIENER, R. et al. The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, v.49, p. 71-75, 1985.

DOLAN, P; LAYARD, R; METCALFE, R. **Measuring Subjective Well-being for Public Policy: recommendations on measures**. Disponível em:  
<<http://www.statistics.gov.uk/cci/article.asp?id=2647>> Acesso em: 19 de maio de 2011.

EID, M.; LARSEN, R.J. **The science of well-being subjective**. (Eds.) New York: Guilford Press, 2008.

FERRISS, A. Religion of Quality of life. **Journal of Happiness Studies**, v.3, p. 199–215, 2002.

FONSECA, S.A. **Inatividade física no lazer e outros fatores de risco à saúde em industriários catarinenses, 1999 e 2004**. 2005.100 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GALINHA, I.; RIBEIRO, J.L.P. História e evolução do conceito do bem-estar subjectivo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.6, n.2, p. 203-214, 2005.

GEORGE, L.K.; BEARON, L.B. **Quality of life in older persons: Meaning and measurement**. New York: Human Science Press, 1980.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, v.12, n.1, p. 43 - 50, 2004.

GREENE, K. V.; YOON, B.J. Religiosity, Economics and Life Satisfaction. **Review of Social Economy**, v.62, p. 245-261, 2004.

HALLAL, P. C. et al. Well-being in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.10, p. 1887-1894, 2010.

HELLIWELL, J.; HUANG, H. How's your government? International evidence linking good government and well-being. **British Journal of Political Science**, v. 38, p. 595-619, 2008.

HUMAN RESOURCES AND SKILLS DEVELOPMENT CANADA. **Indicators of well-being in Canada, 2011**. Disponível em: <<http://www4.hrsdc.gc.ca/h.4m.2@-eng.jsp>>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do Universo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em:



&lt;

[http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php)> Acesso em: 5 de dezembro de 2011.

INGLEHART, R.; KLINGEMANN, H.D. Genes, culture, democracy and happiness. In: Diener E, Suh EM, editors. **Culture and subjective well-being**. Cambridge (MA): The MIT Press, 2000.

KALPAKJIAN, et al. Marital status, marital transitions, well-being, and spinal cord injury: an examination of the effects of sex and time. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation**, v.92, n.3, Mar., p. 433-40, 2011.

KANG, S. et al.. Culture-specific patterns in the prediction of life satisfaction: Roles of emotion, relationship quality, and self-esteem. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 29, p. 1596–1608, 2003.

KASSEL, J. D.; JACKSON, S. I.; UNROD, M. Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v.61, n.2, Mar., p. 332-40, 2000.

KAWAI, K.; YAMAZAKI, Y.; NAKAYAMA, K. Process evaluation of a web-based stress management program to promote psychological well-being in a sample of white-collar workers in Japan. **Industrial Health**, v.48, n.3, p. 265-74, 2010.

KEYES, C. L.; SHMOTKIN, D.; RYFF, C. D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.82, n.6, Jun., p. 1007-22, 2002.

KHAN, A.; HUSAIN, A. Social support as a moderator of positive psychological strengths and subjective well-being. **Psychological Reports**, v.106, n.2, Apr, p. 534-8, 2010.

KIRKWOOD, B.R.; STERNE, J.A.C. **Logistic regression: controlling for confounding and other extensions**. In: Medical Statistics. 2.ed. Oxford: Blackwell Science, 2003.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. et al. Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. **American Journal Epidemiology**, v.152, n.10, Nov. 15, p. 983-91, 2000.

KOZARYN, A.O. Religiosity and life satisfaction across nations. **Mental Health, Religion & Culture**, v.13, n.2, p.155-169, 2010.

LAND, K. C. **Social indicators models: An overview**. In K. C. Land & S. Spilerman (Orgs.), Social indicator models. New York: Russell Sage Foundation, p.5-36, 1975.

LAU, A. L. D.; CUMMINS, R. A.; MCPHERSON, W. An Investigation into the Cross-Cultural Equivalence of the Personal Wellbeing Index. **Social Indicators Research**, v.72, n.3, p. 403-430, 2005.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n.2, p. 127-141, 2005.

LEE, S. Marital status, gender, and subjective quality of life in Korea. **Development and Society**, v.27, n.2, Dec., p. 35-49, 1998.

LEE, Y. J.; HUNG, W. L. The relationship between exercise participation and well-being of the retired elderly. **Aging & Mental Health**, Jan. 1, p. 1-9, 2011.

LIPOVČAN, L.K.; BRKLJAČIĆ, T.; ŠAKIĆ, V. Monthly income and subjective well-being of Croatian citizens. **Croatian Medical Journal**, v.48, n.5, p. 727-33, 2007.

LYKKEN, D.; TELLEGEN, A. Happiness is a stochastic phenomenon. **American Psychological Society**, v.7, n.3, p. 186-189, 1996.

LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.; DIENER, E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? **Psychological Bulletin**, v.131, n.6, Nov., p. 803-55, 2005.

LUCAS, R.E.; SCHIMMACK, U.. Income and well-being: How big is the gap between the rich and the poor? **Journal of Research in Personality**, v.43, p. 75-78, 2009.

LUIZ, R.R.; MAGNANINI, M.M. The logic of sample size determination in epidemiological research. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.8,n.2, p.9-28,2000.

MARKS, N. et al.. **The Happy Planet Index**. London: New Economics Foundation, 2006.

MASELKO, J.; KUBZANSKY, L. D. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: results from the US General Social Survey. **Social Science & Medicine**, v.62, n.11, Jun., p. 2848-60, 2006.

MATTHEWS, B. A. et al. Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. **Psychooncology**, v.11, n.3, May-Jun, p. 199-211, 2002.

MCCANN, S. J. Subjective well-being, personality, demographic variables, and American state differences in smoking prevalence. **Nicotine & Tobacco Research**, v.12, n.9, Sep., p. 895-904, 2010.

MCDOWELL, I. Measures of self-perceived well-being. **Journal of Psychosomatic Research**, v.69, n.1, Jul., p. 69-79, 2010.

MELIN, R.; FUGL-MEYER, K. S.; FUGL-MEYER, A. R. Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to education, employment situation, health and physical activity. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v.35, n.2, Mar., p. 84-90, 2003.

MEHLSSEN, M.; PLATZ, M.; FROMHOLT, P. Life satisfaction across the life course: Evaluations of the most and least satisfying decades of life. **International Journal of Aging & Human Development**, v. 57, p.217–236, 2003.

MOMTAZ, Y. A. et al. Sociodemographic predictors of elderly's psychological well-being in Malaysia. **Aging & Mental Health**, v.15, n.4, May, p. 437-45, 2011.

MOONS, P.; BUDTS, W.; DE GEEST, S. Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. **International Journal Nursing Study**, v. 43, n. 7, p. 891–901, 2006.

MROCZEK, D. K.; SPIRO, A. Change in life satisfaction during adulthood: findings from the veterans affairs normative aging study. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.88, n.1, p. 189-202, 2005.

MURPHY, J. G.; MCDEVITT-MURPHY, M. E.; BARNETT, N. P. Drink and be merry? Gender, life satisfaction, and alcohol consumption among college students. **Psychology Addictive Behaviors**, v.19, n.2, Jun., p. 184-91, 2005.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina, v.5, 2010.

NES, R. B et al. Subjective well-being: genetic and environmental contributions to stability and change. **Psychological Medicine**, v.36, n.7, Jul., p. 1033-42, 2006.

NEUGARTEN, B.L.; HAVIGHURST, R.J.; TOBIN, S.S. The measurement of life satisfaction. **Journal of Gerontology**, v.16, Apr., p. 134-43, 1961.

OLIVEIRA, E. S. A. **Inatividade física no lazer e outros comportamentos de risco à saúde em trabalhadores do setor industrial no Brasil**. 2010. 119 p. Tese (Doutorado em Educação Física) – Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

OLIVEIRA, G. F. et al. Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais. **Revista Bioética**, v.17, n.2, p. 319-344, 2009.

OSTIR, G. V. et al. The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. **Psychosomatic Medicine**, v.63, n.2, Mar-Apr, p. 210-5, 2001.

OTT, J. C. Government and Happiness in 130 Nations: Good Governance Fosters Higher Level and More Equality of Happiness. **Social Indicators Research**, v.102, n.1, May, p. 3-22, 2011.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, p. 105-115, 2007.

PARKER, P. D.; MARTIN, A. J. Clergy Motivation and Occupational Well-being: Exploring a Quadripolar Model and Its Role in Predicting Burnout and Engagement. **Journal of Religion and Health**, 2009 [no prelo].

PARKIN, D.M; BRAY, F.I. Cross-sectional studies: In: AHRENS, W.; PIGEOT, I. **Handbook of epidemiology**. Berlim: Springer, 2005.p. 174-176.

PEREIRA, A. M. T. B. **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2002.

PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. **Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008**. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

PICCIOTTO, M.R; BRUNZELL, D.H; CALDARONE, B.J. Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. **Neuroreport**, v. 13, n.9, p. 1097-106, 2002.

PRESSMAN, S. D.; COHEN, S. Does positive affect influence health? **Psychological Bulletin**, v.131, n.6, Nov., p. 925-71, 2005.

SCHNOHR, P. et al. Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time-The Copenhagen City Heart Study. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, v.15, n.2, Apr., p. 107-12, 2005.

SEYMOUR, L. Health, wealth and the pursuit of happiness. **The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health**, v.127, n.2, Mar., p. 61-2, 2007.

SHAHAB, L. WEST, R. Differences in happiness between smokers, ex-smokers and never smokers: cross-sectional findings from a national household survey. **Drug Alcohol Depend**, v.7, p. 7, 2011.

SCHOON, L.; HANSSON, L.; SALMELA- ARO, K.. Combining work and family life: Life satisfaction among married and divorced men and women in Estonia, Finland, and the UK. **European Psychologist**, v.10, p. 309–319, 2005.

SIAHPUSH, M.; SPITTAL, M.; SINGH, G. K. Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. **American Journal of Health Promotion**, v.23, n.1, Sep-Oct, p. 18-26, 2008.

SILVA, R. A. D. et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n. 5, p. 1113-1118, 2007.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. **Psicologia em Estudo**, v.13, n. 2, p. 381-388, 2008.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.24, n.2, p. 201-209, 2008.

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I. D.; LIMA, R. D. C. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p. 249-258, 2004.

STONES, M. J.; KOZMA, A. Issues relating to the usage and conceptualization of mental health constructs employed by gerontologists. **International Journal of Aging & Human Development**, v.11, n.4, p. 269-81, 1980.

STRINE, T. W. et al. The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. **Journal of Community Health**, v.33, n.1, Feb., p. 40-50, 2008.

STUBBE, J. H et al. The association between exercise participation and well-being: a co-twin study. **Preventive Medicine**, v.44, n.2, Feb., p. 148-52, 2007.

STUBER, J.; GALEA, S.; LINK, B. G. Smoking and the emergence of a stigmatized social status. **Social Science & Medicine**, v.67, n.3, Aug., p. 420-30, 2008.

SUBRAMANIAN, S. V.; KIM, D.; KAWACHI, I. Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.59, n.8, Aug., p. 664-9, 2005.

TATE, D. G.; FORCHHEIMER, M. Quality of life, life satisfaction, and spirituality: comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v.81, n.6, Jun., p. 400-10, 2002.



The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v.41, n.10, Nov., p. 1403-9, 1995.

VEENHOVEN, R. The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. **Journal of Happiness Studies**, 1, 1-39, 2000.

VENTEGODT, S.; MERRICK, J.; ANDERSEN, N. J. Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. **Scientific World Journal**, v.3, Oct. 13, p. 1030-40, 2003.

WATSON, D.; PICHLER, F.; WALLACE, C. **Second European Quality of Life Survey: Subjective well-being in Europe, 2010**. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2010.

WHITE, J.A.; DRECHSEL, J.; JOHNSON, J. Faithfully Fit Forever: A Holistic Exercise and Wellness Program for Faith Communities. **Journal of Holistic Nursing**, v.24, n.2, p.127-131, 2006.

WHITE, A. A Global Projection of Subjective Well-being: A Challenge To Positive Psychology? **Psychtalk** v.56, p. 17-20, 2007.

WIKMAN, A.; WARDLE, J.; STEPTOE, A. Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study. **PLoS One**, v.6, n.4, p. e18952, 2011.

WILSON, W. Correlates of avowed happiness **Psychological Bulletin**, v.67, n.4, p. 294 - 396, 1967.

YAMASHITA, M. et al. Work satisfaction of Japanese public health nurses: assessing validity and reliability of a scale. **Nursing & Health Sciences**, v.11, n.4, Dec., p. 417-21, 2009.

YIENGPRUGSAWAN, V. et al. Personal Wellbeing Index in a National Cohort of 87,134 Thai Adults. **Social Indicators Research**, v.98, n.2, Sep., p. 201-215, 201

## Questionário “Estilo de vida e hábitos de lazer de trabalhadores da Indústria”

### ESTILO DE VIDA E HÁBITOS DE LAZER DOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA - 2006/2007

**ATENÇÃO:**

- Você não precisa escrever o seu nome; suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo.
- Por favor, para cada pergunta, leia atentamente todas as alternativas de resposta antes de responder.
- Assinale apenas uma opção e, em caso de dúvidas, pergunte ao instrutor.
- Marcar as respostas com caneta preta ou azul, conforme modelo

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

As questões 1 a 11 referem-se a informações pessoais.

**1. Em qual DEPARTAMENTO REGIONAL DO SESI (Estado) você trabalha?**

- |                                   |   |  |   |
|-----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acre     | <input type="checkbox"/> Ceará              | <input type="checkbox"/> Paraná              | <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro |
| <input type="checkbox"/> Alagoas  | <input type="checkbox"/> Mato Grosso        | <input type="checkbox"/> Piauí               | <input type="checkbox"/> Roraima        |
| <input type="checkbox"/> Amapá    | <input type="checkbox"/> Mato Grosso do Sul | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Norte | <input type="checkbox"/> São Paulo      |
| <input type="checkbox"/> Amazonas | <input type="checkbox"/> Pará               | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Sul   | <input type="checkbox"/> Sergipe        |
| <input type="checkbox"/> Bahia    | <input type="checkbox"/> Paraíba            |  |   |

**2. Em qual UNIDADE REGIONAL/CAT do SESI está a sua empresa? (O Instrutor deve informar)**

- 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    11    12

**3. Qual o TAMANHO DA EMPRESA em que você trabalha?**

- Pequena (20 - 99 empregados)    Média (100 - 499 empregados)    Grande (500 empregados ou mais)

**4. Qual o RAMO DE ATIVIDADE de sua empresa?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentos            | <input type="checkbox"/> Bebidas           |
| <input type="checkbox"/> Construção civil     | <input type="checkbox"/> Eletro-eletrônico |
| <input type="checkbox"/> Extrativismo         | <input type="checkbox"/> Fundação          |
| <input type="checkbox"/> Frigorífico e carnes | <input type="checkbox"/> Metal-mecânica    |
| <input type="checkbox"/> Móveis / celulose    | <input type="checkbox"/> Plásticos         |
| <input type="checkbox"/> Têxtil               | <input type="checkbox"/> Outro ramo        |

**5. Qual o seu SEXO?**

- Masculino    Feminino

**6. Qual a sua IDADE?**

- Menos de 30 anos    30 a 39 anos    40 a 49 anos    50 anos ou mais

**7. Qual o seu ESTADO CIVIL?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Solteiro (a) | <input type="checkbox"/> Casado(a) / vivendo com parceiro (a) |
| <input type="checkbox"/> Viúvo (a)    | <input type="checkbox"/> Divorciado (a) / separado (a)        |

**8. Quantos FILHOS você tem?**

- Nenhum    1 ou 2 filhos    3 ou 4 filhos    Mais de 4 filhos

**9. Qual o seu nível de ESCOLARIZAÇÃO?**

- Fundamental incompleto (não concluiu a 8ª série)
- Fundamental completo (concluiu a 8ª série)
- Ensino médio completo (concluiu a 3ª série do 2º grau)
- Superior completo

10. Qual a sua RENDA FAMILIAR BRUTA mensal?

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

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

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

### INDICADORES DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS

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

12. Como você classifica seu ESTADO DE SAÚDE atual?

- Excelente     Bom     Regular     Ruim

13. Com que frequência você considera que DORME BEM?

- Sempre     Quase sempre     Às vezes     Nunca / raramente

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

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

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

- Nunca / raramente     Às vezes     Quase sempre     Sempre

16. Você se considera uma pessoa RELIGIOSA?

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

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

- Muito bem     Bem     Mais ou menos     Mal     Muito mal

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

- Muito bem     Bem     Mais ou menos     Mal     Muito mal

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

- Muito bem     Bem     Mais ou menos     Mal     Muito mal

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

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

21. Quantas DOSES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS você toma em uma SEMANA NORMAL?

(1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça / vodka)

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

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

- Não  Sim

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

- Sempre  Quase sempre  Às vezes  Nunca / raramente

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

- Não  Sim  
 Não lembro  Nunca medi minha pressão sanguínea

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

- Não  Sim  
 Não lembro  Nunca fiz exame para medir colesterol

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

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

#### ATIVIDADES FÍSICA E OPÇÕES DE LAZER

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

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

- A pé  De bicicleta  De ônibus  De carro / moto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

33. COMO você pratica atividades físicas no lazer?

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

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

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

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

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

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

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

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

- Sim, regularmente  Sim, às vezes  Não

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

- Melhor  Semelhante  Pior  Não sei responder

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

- Bem disposto     Disposto     Mais ou menos     Cansado     Muito cansado

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

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

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

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

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

- Dança     Música  
 Teatro     Exposição/mostra de arte  
 Outra \_\_\_\_\_

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

- Dança     Música  
 Teatro     Exposição/mostra de arte  
 Outra \_\_\_\_\_

## CONTROLE DE PESO E HÁBITOS ALIMENTARES

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

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

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

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

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

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

- Sim     Não     Não estou tentando perder peso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

58. QUE TIPO de REFRIGERANTE você geralmente toma?

Não tomo refrigerante    Normal    Diet / light    Os dois tipos

Obrigado! Sua participação é muito importante.



**ANEXO B**  
**Pareceres do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (2005 e 2007)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N º 306/05**

**I – Identificação**

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

**Pesquisador Responsável:** Markus Vinicius Nahas (Orientador)

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

**Data Coleta dados:** Início: outubro/2005 – Término previsto: julho/2006

**Local onde a pesquisa será conduzida:** Empresas cadastradas pelo SESI nos estados de Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Rondônia e Tocantins além do Distrito Federal.

**II - Objetivos:**

**a) geral:** Realizar um levantamento das características gerais do estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria em seis Estados e Distrito Federal.

**III - Sumário do Projeto:** Trata-se de um estudo, de caráter epidemiológico descritivo. Além de informações pessoais, serão coletadas informações sobre indicadores de saúde e bem-estar, morbidade referida de doenças crônicas não transmissíveis, atividades físicas de lazer, participação em programas de ginástica na empresa, controle de peso e hábitos alimentares.

**a) descrição e caracterização da amostra:** Foram selecionadas empresas grandes (500 trabalhadores ou mais), médias (100 a 499 trabalhadores) e pequenas (20 a 99 trabalhadores), e, de cada uma delas, foram selecionados aleatoriamente trabalhadores de ambos os sexos, em número proporcional dentro do previsto para cada Unidade Regional. Totalizou um total de 12.956 questionários, que serão enviados as setes unidades regionais, onde a coleta de dados será realizada por profissionais e estagiários do SESI treinados por vídeo-conferência. A coleta será realizada em pequenos grupos (até 15 trabalhadores), com a presença de um dos representantes do SESI na região. Será realizada a leitura ótica das



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COMITÊ DE  
ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado Projeto nº. 099/2007

I - Identificação

Data de entrada no CEP: não anotado.

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

Pesquisador Responsável: Markus Vinicius Nahas (Orientador)

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

Propósito: Não referido

Instituição onde se realizará:

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

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

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

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

**Aprovado (x)**

Aprovado "ad referendum" ( ) Aprovado e

encaminhado ao CONEP ( ) Com pendências (

) Reprovado( )

VI- Data da Reunião

Florianópolis, 07 de maio de 2007.

Prof. Washington Portela de Souza  
Washington Portela de Souza  
Coordenador

## ANEXO C

### Autorização do Serviço Social da Indústria para utilização do banco de dados



De: Unidade de Cultura, Esporte e lazer

Para: Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde – NuPAF

Prezado Dr. Markus Vinicius Nahas,

No ano de 2006 e 2007, o Serviço Social da Indústria – SESI em parceria com Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde – NuPAF da Universidade Federal de Santa Catarina fizeram uma pesquisa pioneira sobre o **Perfil de Estilo de Vida e Hábitos de Lazer do Trabalhador da Indústria**, em âmbito nacional ( 23 Estados e o Distrito Federal), abrangendo 2.275 empresas e 47.886 trabalhadores.

Autorizamos a utilização da pesquisa para efetuar análises secundárias dos dados e publicá-los em artigos científicos, desde que as citações feitas sejam mencionadas o nome do SESI.

Atenciosamente,

**Eloir Edison Simm**

Gerente Executivo de Cultura, Esporte e Lazer.

e-mail: [esimm@sesi.org.br](mailto:esimm@sesi.org.br)

fone: (61) 3317.9476 – 9315