

ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E OUTROS COMPORTAMENTOS
RELACIONADOS À SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA: TENDÊNCIA SECULAR 1994-2004

por

Elusa Santana Antunes de Oliveira

Dissertação Apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Educação Física da
Universidade Federal de Santa Catarina
Como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre

Fevereiro, 2005

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

A dissertação ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E OUTROS
COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE DOS
SERVIDORES DA UFSC: TENDÊNCIA SECULAR 1994-2004

Elaborada por Elusa Santana Antunes de Oliveira

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

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA
Área de concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde

Data: 28 de fevereiro de 2005

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Markus Vinícius Nahas – Orientador

Prof. Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros

Profª. Dra. Vera Lucia Guimarães Blank

Profª. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família e aos meus amigos que acreditaram e incentivaram minha vida acadêmica e profissional.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina, em especial aos seus docentes e técnicos administrativos pela participação nesse estudo.

Aos Profissionais da Saúde Ocupacional do Hospital Universitário, principalmente Lilian Bodenmuller, Dra. Norma Lopes, Dra. Vera, Dra. Luiza e Nicolau Marques pela parceria e apoio nesse estudo.

A Arnaldo Podestá da Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina, que me auxiliou com simpatia e presteza em momentos cruciais da coleta de dados.

A todos os professores e técnicos administrativos do Centro de Desportos, que participaram da minha caminhada acadêmica desde o princípio, oportunizando crescimento acadêmico e pessoal.

Ao Programa de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial aos professores que me deram suporte fundamental para essa nova etapa.

Ao eterno mestre, Professor Markus pelo incentivo, ensinamentos, auxílio, amizade e compreensão.

A Professora Maria Fermínia, por proporcionar amizade, carinho e ensinamentos;

Aos professores Vera Blank, Mauro Barros e Maria de Fátima, que compuseram a banca examinadora deste trabalho, dedicando seu tempo e atenção;

Aos eternos amigos Simone e Mauro, pelo exemplo de vida, incentivo e carinho que sempre demonstraram;

Aos amigos do NuPAF meus sinceros agradecimento por esse convívio de amizade e aprendizagem;

Ao “grupo da coleta”, Silvio, Mathias, Patrícia, Lisandra, Marcelo, Catiana, Graziela, Letícia, Cristina Lima, Maria Lúcia e Roger meus sinceros agradecimentos;

Aos amigos do Mestrado, em especial a Simone, Lisandra e Andréa, por dividirem comigo não somente momentos acadêmicos, mas momentos especiais de suas vidas;

À minha família, Túlia, Jaqueline, Caliel, Salete e Jeferson, sem vocês nenhuma conquista pessoal teria sentido.

Muito Obrigada!

RESUMO

ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E OUTROS COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA: TENDÊNCIA SECULAR 1994-2004

Autor: Elusa Santana Antunes de Oliveira

Orientador: Markus V. Nahas

O objetivo do estudo foi realizar um levantamento de indicadores de saúde, hábitos de atividade física e aptidão física relacionada à saúde dos servidores (docentes e técnico-administrativos) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e comparar com o estudo realizado em 1994, nesta população. A amostra foi selecionada através de técnica aleatória estratificada e incluiu 484 servidores (165 docentes e 319 técnico-administrativos). Destes, 172 servidores participaram dos testes de aptidão física relacionada à saúde. Para coleta de dados, utilizou-se: questionário adaptado do estudo de 1994; medidas antropométricas e testes de aptidão física relacionada à saúde. Foram utilizados para análise dos dados, os programas *SPSS* para *Windows* e *EpiCalc*. A média de idade dos servidores foi de 45,24 anos (DP=7,75), 60,1% são casados, 82,2% pertencentes aos níveis socioeconômicos A/B e 83,4% relataram estarem satisfeitos no trabalho. A maioria dos servidores (83,3%) tem uma percepção positiva de saúde, superior aos dados de 1994. Aproximadamente 60% dos servidores relataram estarem insatisfeitos com o peso corporal e gostariam de diminuí-lo. Metade dos servidores encontra-se com IMC na faixa recomendável para a saúde, sendo os homens os que apresentam maior proporção de sobrepeso e obesidade. Houve uma tendência de aumento de homens com sobrepeso e obesidade de 1994 para 2004. A prevalência de fumantes foi de 14,1% significativamente menor que 1994 (21%), principalmente entre os técnicos administrativos. O consumo de mais de cinco doses de bebidas alcoólicas foi referido por 12%, proporção maior entre os homens e os docentes, em comparação as mulheres e os servidores técnico-administrativo, respectivamente. Os técnicos administrativos de 2004 diminuíram o consumo de álcool comparando com os 1994. A percepção positiva na qualidade do sono foi relatada por 79,4% dos servidores e em 1994 os servidores tiveram uma percepção mais positiva. Identificou-se que 14% dos servidores sentem-se estressados, resultados semelhantes aos de 1994 e os docentes do sexo feminino revelaram níveis mais altos de estresse. Os servidores técnico-administrativos do sexo masculino são os sujeitos com hábitos alimentares mais negativos. Quanto aos hábitos de atividade física habitual, foram considerados insuficientemente ativos 60% dos servidores. A maioria dos técnicos administrativos e das mulheres está em níveis insuficientemente ativos, confirmando os resultados de 1994. Nas atividades físicas diárias, os servidores passam a maior parte do tempo em atividades leves e moderadas. Diferente de 1994, em que os servidores passavam a maior parte do tempo em atividades leves. Relataram não incluir a prática regular de exercícios físicos ou esportes, 44,2% dos servidores, sendo a prevalência de servidores inativos no lazer inferior a 1994 (59,5%). Os servidores preferem utilizar o transporte passivo como meio de deslocamento para UFSC. Apesar das limitações devido à baixa representatividade da amostra na avaliação da aptidão física relacionada à saúde, indicou uma tendência a níveis melhores de cardiorrespiratório e resistência muscular, mas não para flexibilidade. Na razão cintura-quadril, aproximadamente um quinto dos servidores estão em condição de risco aumentado para doenças. Dados semelhantes a 1994 foram observados nos resultados do somatório das cinco dobras cutâneas. Não houve inter-relação entre atividade física habitual, IMC, fumo e consumo ocasional exagerado de álcool. Atividade física habitual foi associada negativa ao consumo de álcool, ao nível de estresse e ao consumo de frutas/sucos naturais e saladas verdes/verduras.

ABSTRACT

PHYSICAL ACTIVITY AND OTHER HEALTH-RELATED BEHAVIORS OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA EMPLOYEES: SECULAR TREND 1994-2004

Author: Elusa Santana Antunes de Oliveira

Advisor: Markus V. Nahas, PhD

The main purpose was to develop a survey of health indicatives, physical activity habits and health-related physical fitness of the Federal University of Santa Catarina (UFSC) employees (teachers and staff), contrasting with data from 1994 from the same population. A random sample was selected through stratified technique and included 484 employees (165 teachers and 319 staff members). From these, 172 participated in the physical fitness tests. Data were collected through a questionnaire (adapted from the 1994 study), anthropometric measures and physical fitness tests. Data analysis utilized the *SPSS for Windows* and *EpiCalc* programs. Mean age was 45.24 years ($s=7.75$); 60.1% were married; 82.2% were classified as higher socio-economic levels; and 83.4% considered themselves satisfied with their jobs. Most of the employees (83.3%) had a positive health perception, above the 1994 data. Approximately 60% of the employees reported that they were unhappy with their weight and would like to reduce it. Half of the employees were within average BMI category, recommended for good health, with men having higher proportion of overweight and obesity. A tendency of increasing number of men with overweight and obesity was observed from 1994 to 2004. The prevalence of smokers was 14.1%, significantly less than 1994 (21.9% smoked). This difference was more significant among staff members. Occasional excessive drinking (the consumption of five or more drinks in one occasion) was 12% higher among male teachers, comparing with women and staff members, respectively. Data from 2004 for staff members showed a decrease in the consumption of alcoholic drinks comparing with those of 1994. The positive perception of sleeping quality was reported by 79.4% of the employees in 2004. In 1994 this perception was more positive. It was found that 14% of the subjects perceived high levels of stress: similar to 1994, with female teachers referring higher stress levels. The male staff members had more negative food habits. As to regular physical activity, 60% of the subjects were considered as being insufficiently active. Women, in the staff group, had the greater proportion of insufficient active levels, confirming the results of 1994. In daily physical activities, the servers spend most of the time with light and moderate activities, differently from 1994, when the employees spent most of the time with light activities. A significant part of the employees (44.2%) reported no regular practice of physical exercises and sports, meaning that the predominance of inactive employees during leisure time was lower than in 1994 (59,5%). The employees preferred to use transportation by bus or car to the UFSC. Fitness data, despite the limitations due to low representativeness of the sample in this aspect, indicated a trend to better levels of cardiorespiratory and muscular endurance, but not for flexibility. In the waist-hip ratio, nearly one fifth of the employees were at the level of increased risk for disease conditions. No association was found between regular physical activity and BMI, tobacco use or binge drinking. However, a negative association was found between physical activity and regular alcohol consumption, stress level, and natural fruits/juices and green salads/vegetables consumption.

ÍNDICE

	Página
<i>LISTA DE ANEXOS</i>	<i>viii</i>
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTAS DE TABELAS.....	x
Capítulo	
I. INTRODUÇÃO.....	01
Formulação do Problema	
Objetivo Geral	
Questões à Investigar	
Delimitações e Limitações	
Definição dos Termos	
II. REVISÃO DE LITERATURA	07
Atividade Física, Saúde e Trabalho	
Comportamentos Relacionados à Saúde de Adultos	
Aptidão Física Relacionada à Saúde	
III. METODOLOGIA	23
Caracterização do Estudo	
População e Amostra	
Instrumento de Medida	
Procedimentos	
Tabulação e Análise dos Dados	
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
Características Sociodemográficas da Amostra	
Indicadores Gerais de Saúde	
Níveis de Atividade Física	
Níveis de Aptidão Física Relacionada à Saúde	
Inter-relação entre atividade física habitual, aptidão física relacionada à	
Saúde, medidas corporais e certos comportamentos	
Aptidão Física Relacionada à saúde	
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	79

LISTAS DE ANEXOS

Anexos	Página
1. Questionário	80
2. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano da UFSC.....	88
3. Memorando do Reitor enviado para Pró-Reitores, Diretores de Centro, Diretores Administrativos e Órgãos Suplementares	90
4. Divulgação da Pesquisa.....	92
5. Carta-convite	97
6. Termo de Consentimento	99
7. Carta-resposta – Teste de Aptidão Física Relacionada à Saúde.....	101

LISTAS DE FIGURAS

Figuras	Página
1. Proporção de Servidores da UFSC Insatisfeitos no Trabalho, por Categoria Funcional e Sexo (1994-2004)	36
2. Proporção de Servidores por Classificação do IMC, Segundo Sexo (1994-2004).....	40
3. Prevalência de Servidores Fumantes da UFSC, por Categoria Funcional e Sexo (1994-2004).....	42
4. Prevalência de Servidores da UFSC que Ingerem Cinco ou Mais Doses de Bebidas Alcoólicas na Semana, por Categoria Funcional e Sexo (1994-2004)	43
5. Percepção Negativa da Qualidade do Sono dos Servidores da UFSC, por Categoria Funcional e Sexo (1994-2004).....	45
6. Prevalência do Nível de Estresse dos Servidores da UFSC, por Categoria Funcional e Sexo (1994-2004).....	47
7. Nível de Atividade Física Habitual dos Servidores da UFSC, por Categoria Funcional e Sexo (2004).....	51
8. Forma de Deslocamento dos Servidores da UFSC (1994-2004).....	54
9. Consumo Máximo de Oxigênio entre Servidores da UFSC (1994-2004)	56

LISTAS DE TABELAS

Tabelas	Página
1. Distribuição da População de Servidores da UFSC, por Categoria Funcional e Sexo .	23
2. Distribuição da Amostra Inicial de Servidores da UFSC, por Categoria Funcional e Sexo	24
3. Distribuição da Amostra Final dos Servidores da UFSC de 1994 e 2004	34
4. Características Sociodemográficas dos Servidores da UFSC 2004.....	35
5. Proporção de Servidores da UFSC Insatisfeitos no Trabalho (2004).....	36
6. Proporção de Servidores da UFSC com Percepção Negativa de Saúde (2004).....	38
7. Proporção de Servidores da UFSC por Classificação do IMC – 2004 (n=433).....	39
8. Prevalência de Servidores Fumantes da UFSC (2004)	41
9. Prevalência de Servidores da UFSC, conforme o Consumo Exagerado Ocasional de Bebidas Alcoólicas (2004).....	44
10. Proporção de Servidores da UFSC que Dorme Bem – Percepção Positiva (2004)....	45
11. Prevalência do Nível Elevado de Estresse dos Servidores da UFSC (2004)	46
12. Frequência de Hábitos Alimentares dos Servidores da UFSC (2004).....	48
13. Proporção de Servidores da UFSC Insuficientemente Ativos (2004)	50
14. Frequência de Prática de Atividade Física de Lazer dos Servidores da UFSC (2004).....	53
15. Consumo Máximo de Oxigênio dos Servidores da UFSC (2004) (médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos).....	55
16. Força Abdominal dos Servidores da UFSC (2004) (médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos)	57
17. Nível de Classificação de Força Abdominal dos Servidores da UFSC (2004)	58
18. Flexão e Extensão dos Cotovelos dos Servidores da UFSC (2004) (médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos).....	58
19. Nível de Classificação do Teste de Flexão e Extensão dos Cotovelos dos Servidores da UFSC (2004).....	59
20. Nível de Classificação do Teste de Dinamometria dos Servidores da UFSC (2004)..	60
21. Flexibilidade de Tronco-Quadril dos Servidores da UFSC (2004) (médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos).....	61

22. Nível de Classificação de Flexibilidade dos Servidores da UFSC (2004).....	61
23. Nível de Classificação de Flexibilidade do Ombro Direito e Esquerdo dos Servidores da UFSC (2004).....	62
24. Medidas de Massa Corporal e Estatura dos Servidores da UFSC (2004) (médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos).....	63
25. Medidas da Razão Cintura/Quadril (RCQ) e Somatório de Cinco Dobras Cutâneas ($\Sigma 5DC$) dos Servidores da UFSC (médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos)	64

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Formulação do Problema

Há um corpo consistente de evidências demonstrando que se pode prevenir um grande número de doenças através de mudanças de hábitos e comportamentos relacionados à saúde (Glanz, Lewis & Rimer, 1997; Pekkanen, Tuomilehto, Uutela, Vartiainen, 1995). Investigações foram desenvolvidas no sentido de não apenas compreender o que adultos e crianças consideram como práticas saudáveis, mas também na tentativa de identificar fatores associados ao engajamento em comportamentos saudáveis.

O estilo de vida caracterizado por um conjunto de hábitos e comportamentos, adotado pelos indivíduos da sociedade moderna, é o principal responsável pelas alterações relacionadas ao perfil de morbi-mortalidade (U.S. Department of Health and Human Service – USDHHS, 1999). Uma das principais características para levar um estilo de vida saudável, é a prática regular de atividade física (Blair, 1997; USDHHS, 1999). Apesar disso, as pesquisas têm apontado uma redução das atividades físicas, tanto no trabalho como no lazer, gradualmente substituídas por atividades mais passivas.

Nas últimas décadas, os benefícios à saúde pela prática regular de atividades físicas são bem evidenciados e documentados. Dentre os ganhos para se ter um estilo de vida ativo, destacam-se a prevenção e controle de algumas doenças como a hipertensão, diabetes mellitus, osteoporose e as doenças cardiovasculares, bem como diminuição na prevalência destas últimas e do risco de morbi-mortalidade por qualquer doença (*American College of Sports Medicine-ACSM*, 2000; Paffenbarger, 1993; Pate; Pratt, Blair, Haskell, Macera, Bouchard, Buchner, Ettinger, Health, King, Leon, Marcus, Morris, Paffenbarger, Patrick, Pollock, Rippe, Sallis & Wilmore, 1995; Shephard, 1994; Tremblay, 1998).

A atividade física e a aptidão física têm sido associadas ao bem estar, à saúde e à qualidade de vida das pessoas em todas as idades, principalmente na meia idade e na velhice (Nahas, 2003). Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que a inatividade física aumenta com a idade e que também está associada à mortalidade precoce e à redução da independência e da qualidade de vida (Pate et al., 1995; USDHHS, 1999).

O interesse por estudos envolvendo levantamentos populacionais tem sido cada vez maior nas últimas décadas, principalmente para estabelecer indicadores referenciais que possam contribuir para com a monitoração do nível de saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

É importante identificar quais são os comportamentos de risco à saúde que melhor caracterizam o estilo de vida de cada grupo populacional. Esse tipo de informação é necessário para o desenvolvimento de ações que visam à promoção da saúde e direcionamento para estudos em população específica.

Diferente do que acontece em outros estados brasileiros, em Santa Catarina há dados disponíveis sobre a prevalência de comportamentos de risco à saúde em vários subgrupos populacionais: trabalhadores da indústria (Barros, 1999; Nahas & Fonseca, 2004); escolares do ensino médio (De Bem, 2003; Farias Júnior, 2001) e do ensino Fundamental (Lopes, 1999).

A análise de tendência secular de eventos do processo saúde-doença é uma das estratégias de investigação mais antiga na saúde pública, e tem contribuído para a formulação de hipóteses sobre a causalidade de várias enfermidades (França Júnior & Monteiro, 2000).

Ainda, França Junior e Monteiro (2000) afirmaram que estudos sobre tendência secular de indicadores de saúde têm permitido a criação de horizontes normativos em saúde pública, ou seja, situações de saúde desejáveis que podem ser atingidas por quaisquer populações humanas em suas trajetórias tanto históricas como sociais.

A investigação da tendência secular de aumento na estatura é considerada atualmente uma importante alternativa no monitoramento de mudanças nos padrões sociais, de saúde e nutrição, comparadas às obtidas com indicadores econômicos (Kac, 1999).

Estudos sobre tendência secular do índice massa corporal de adultos são encontrados com alguma freqüência nos países desenvolvidos. Os dados mais abrangentes procedem possivelmente dos inquéritos nacionais sobre saúde e nutrição, realizados nos Estados Unidos a partir de 1960 (Flegal, Carroll, Kuczmarski & Johnson, 1998).

A tendência secular em outros países desenvolvidos, além dos Estados Unidos, aponta, em geral, para riscos crescentes da obesidade, como no caso da Inglaterra e Alemanha, mas com algumas exceções, como o Japão, onde a obesidade ainda é muito rara, ou certas populações da Escandinávia, onde a obesidade em mulheres tem mostrado tendência de declínio (Monteiro, Conde & Popkin, 1999).

No Brasil, o principal suporte para essa constatação procede da análise de inquéritos nacionais realizados em 1974/1975, 1989 e 1996/1997, evidenciando um aumento generalizado da obesidade em todos os estratos sociais, com destaque para um aumento significativo registrado entre as famílias de menor renda (Monteiro et al., 1999; Nahas, 2003). Ainda, destaca-se o estudo de Vasconcelos e Silva (2003) que verifica nos últimos vinte anos (1980 a 2000) a prevalência crescente de sobrepeso e de obesidade em adolescentes masculinos, residentes nos estados do Nordeste do Brasil.

Também no Brasil, os estudos de tendência secular foram realizados principalmente nas variáveis massa corporal e estatura (Figueira Júnior, Matsudo, Pereira & Duarte, 1988; Monteiro & Conde, 2000), composição corporal (Biachetti, 1995; Theodosio, Araújo, Figueira Júnior, Raso & Matsudo, 2000) e aptidão física relacionada à saúde (Marques, Araújo, Figueira Júnior, Raso & Matsudo, 2000). Especificamente, pesquisa de tendência secular em estatura de militares foi verificada por Marcondes e Marques (1993), Kac (1998) e por Colla e Duarte (2000).

Em função do exposto e considerando o estudo realizado com servidores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por Nahas, Francalacci, Alvarez, Vasconcelos, Duarte e Martins (1995), buscou-se realizar um novo levantamento, uma década depois, para comparação de dados e análise de tendência secular de mudanças em certas variáveis morfo-funcionais, estilo de vida e outros indicadores de saúde.

Objetivo do Estudo

O objetivo do estudo é realizar um levantamento de indicadores de saúde, hábitos de atividade física e aptidão física relacionada à saúde dos servidores (docentes e técnico-administrativos) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e comparar com o estudo realizado em 1994 por Nahas et al. (1995).

Questões a Investigar

- (a) Quais as características sociodemográficas da amostra (sexo, idade, estado civil e condição socioeconômica) e satisfação no trabalho?
- (b) Quais as características dos servidores da UFSC em relação à exposição a comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, consumo de álcool, qualidade do sono, nível de estresse e hábitos alimentares)?
- (c) Quais os níveis de atividade física habitual dos servidores da UFSC, utilizando-se um questionário proposto por Pate e adaptado por Nahas (2003)?
- (d) Quais os níveis de aptidão física relacionados à saúde, através de uma bateria de testes, incluindo as áreas cardiorrespiratória, neuromuscular e composição corporal?
- (e) Qual a inter-relação entre atividade física habitual, índice de massa corporal e certos fatores do comportamento?
- (f) Como os dados desta pesquisa se comparam aos dados do estudo realizado em 1994, nesta população?

Delimitações do Estudo

Delimitações

- (a) este estudo compreendeu os servidores (docentes e Técnico-administrativos) da Universidade Federal de Santa Catarina de ambos os sexos;
- (b) foram excluídos do estudo os servidores inativos, afastados e pensionistas;
- (c) adotou-se como componentes da aptidão física relacionada à saúde: aptidão cardiorrespiratória, resistência/força muscular, flexibilidade e composição corporal.

Definição de Termos

Comportamento de Risco à Saúde: são fatores do estilo de vida que afetam negativamente a saúde e sobre as quais podemos ter controle, porque depende de nossa vontade. São eles: o hábito de fumar, o uso de drogas, o consumo de álcool, o sedentarismo, o estresse, as dietas insalubres, entre outras (Nahas, 2003).

Atividade Física: movimento corporal produzido pela musculatura esquelética e que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Inclui o exercício físico, que representa uma das formas de atividade física planejada, estruturada e repetitiva, tendo por objetivo a melhoria da aptidão física ou a reabilitação orgânico-funcional (Caspersen et al., 1985).

Exercício Físico: representa uma das formas de atividade física planejada, estruturada e repetitiva, tendo por objetivo a melhoria da aptidão física ou reabilitação orgânico-funcional (Caspersen et al., 1985).

Aptidão Física Relacionada à Saúde: um conjunto de atributos pessoais de natureza fisiológica, morfológica, motriz e comportamental que estão relacionados à capacidade de realizar atividade física e associados à prevenção de diversas doenças crônicas, não transmissíveis (adaptado de Caspersen, 1989).

Estilo de Vida: representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas (Nahas, 2003).

Tendência Secular: variações ocorridas em indicadores do processo saúde-doença em quinquênios, décadas ou até em períodos de maior duração. A análise de tendência secular pode focar, no pólo saúde, objetos como crescimento corporal, dentição, desenvolvimento cognitivo e psicológico e expectativa média de vida; no pólo doença, podem ser examinadas taxas de mortalidade ou incidência e a prevalência de enfermidades específicas. Destacando ainda, variáveis temporais em determinantes das condições de saúde ou em fatores de risco ou proteção (França Junior & Monteiro, 2000).

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Atividade Física, Saúde e Trabalho

A inter-relação atividade física e saúde tem sido demonstrada em estudos do efeito protetor da atividade física em relação ao risco de diversas doenças crônicas. Os baixos níveis de atividade física estão associados a um aumento nas taxas de mortalidade e morbidade por todas as causas em adultos (Paffenbarger et al., 1993; Pate et al., 1995; Pollock, Feigenbaum & Breuche, 1995). Segundo Sallis e Owen (1999) a atividade física pode promover efeitos benéficos significativos, particularmente, na prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer.

A prática de atividade física regular propicia um perfil lipoprotéico mais favorável, controle do peso corporal, aumento na sensibilidade à insulina e redução da pressão arterial, redução do estresse, melhoria do sono e da percepção de bem estar. Em sedentários que passaram a realizar mais atividades físicas, aumentando seu gasto energético, observou-se uma redução dos riscos de mortalidade em quantidade comparável a mudança de outros fatores de risco (pressão arterial, colesterol, glicose) para doenças crônicas (ACSM, 2000; Paffenbarger et al, 1993; Pate et al., 1995; Tremblay, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (2004a) e seus países-membros, preocupados com a incidência das chamadas doenças não-transmissíveis lançaram oficialmente a “Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde”. Trata-se de uma campanha que deve ser implementada mundialmente para incentivar a adoção de uma dieta balanceada e da prática regular de exercícios físicos.

Apesar do conhecimento dos benefícios da atividade física, acredita-se que grande parte dos adultos continua exposta a comportamentos sedentários. Nos Estados Unidos,

estima-se que aproximadamente 60% dos adultos são insuficientemente ativos, a prevalência é maior entre as mulheres e negros (Pratt, Macera & Blanton, 1999; USDHHS, 1999). No Canadá, utilizando dados de cinco pesquisas nacionais, efetuadas entre 1981 e 1998, a maior prevalência de inatividade física foi observada entre as mulheres e os indivíduos mais velhos (Bruce & Katzmarzyk, 2002).

Exemplo de estudos nacionais e internacionais indicam que alguns grupos (mulheres, pessoas com menor escolaridade e idosos) encontram-se em particular risco para o comportamento sedentário e as conseqüências causadas por ele (Anjos, 1999; Carpersen, Pereira & Curran, 2000).

Estudos apontam que indivíduos fisicamente ativos têm um aumento da expectativa de vida produtiva e independente, diminuindo sensivelmente os custos com a saúde pública (Nahas, 2003). Dados apresentados pelo *Centers for Disease Control and Prevention (2004)* apontam que nos Estados Unidos, em 2000, o gasto com médicos foi de 76 bilhões de dólares, sendo o principal responsável a inatividade física, mostrando que seu combate merece prioridade na saúde pública.

No Brasil, embora com algumas limitações metodológicas nos estudos, constatou-se que cerca de 60-65% dos adultos dos grandes centros urbanos são pouco ou irregularmente ativos (Brasil, Ministério da Saúde, 1988; Instituto Datafolha, 1997).

Em estudo realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal verificou-se que o percentual de indivíduos classificados como insuficientemente ativo foi maior em João Pessoa (54,5%) e menor em Belém (28,2%). Especificamente em Florianópolis, 44,4% dos indivíduos (35,3% homens e 51,9% das mulheres) foram considerados insuficientemente ativos. No geral, da população brasileira, as mulheres apresentaram-se mais insuficientemente ativos que os homens (exceção de Belém) (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

O Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul-CELAFISCS realizou um estudo representativo da população de São Paulo e constatou que menos de 50% dos indivíduos apresentavam-se expostos a baixo nível de atividade física (Matsudo, Matsudo, Araújo, Andrade, Andrade, Oliveira & Braggion, 2002).

Tem-se observado redução da atividade física no trabalho e como meio de locomoção, resultado da modernização nos meios de produção e transporte. Mesmo com as informações e conhecimentos atuais sobre os benefícios para a saúde a partir de um estilo de vida mais ativo fisicamente, observa-se diminuição das atividades físicas no lazer, gradualmente substituídas por atividades fisicamente mais passivas (Barros, 1999).

Em estudo epidemiológico de base populacional com trabalhadores da indústria em Santa Catarina (Barros, 1999), identificou-se que 46,6% dos indivíduos não realizavam atividades físicas no lazer (67% das mulheres e 34,8% dos homens). Nahas e Fonseca (2004), repetiram o mesmo estudo e observaram redução de inatividade física no lazer (32,4%) e destacam que as mulheres continuam menos ativas no lazer, mas comparando com 1994 essa proporção diminuiu (46,6%).

Com servidores da UFSC (Nahas et al., 1995), os níveis de atividade física habitual foram baixos, sendo que 60% desses relataram não incluir em seu lazer qualquer forma de atividade física e as mulheres foram menos ativas que os homens. Souza, Barros, Anegues e Silva (1998), encontraram dados superiores em servidores da Universidade de Pernambuco, em que 77% deles foram considerados insuficientemente ativos.

Especificamente com professores da UFSC, Martins (2000) constatou que o nível de atividade física habitual é reduzido e irregular. As diferenças da prática de atividade física entre os sexos, apontam que os homens praticam mais atividade física de intensidade vigorosa e combinam diferentes intensidades de prática, enquanto as mulheres pareceram ser mais regularmente ativas. Recentemente, Petroski (2004) estudou esta mesma população e verificou que não houve diferença significativa entre os sexos aos hábitos de atividade física, pouco mais da metade dos professores são ativos ou muito ativos fisicamente, o percentual de professores sedentários e insuficientemente ativos foi similar entre os sexos, as mulheres é maioria entre os ativos fisicamente e os homens é maioria entre os muitos ativos fisicamente.

Nos estudos envolvendo profissionais de saúde, os índices de prevalência de sedentarismo foram significativamente diferentes, Dioguardi, Ghorayeb, Reginato, Baptista, Savili e Camargo (1996) observaram uma prevalência de 37% de indivíduos sedentários, enquanto Cruz e Lima (1998) encontraram uma prevalência bem maior (63%).

Um estudo realizado com bancários, sedentários e ativos, Andrade (2001) verificou que os ativos praticavam atividade física regular, tinham um lazer ativo, consumiam uma dieta equilibrada, relataram boa saúde, manifestaram ter boa força, resistência, flexibilidade, resistência aeróbica e capacidade neuromuscular para o trabalho. Os sedentários preferiam um lazer relaxante, não afirmaram controle alimentar, relataram problemas de saúde e descrevem comprometimento das capacidades motoras.

Uma análise secundária, dos resultados do Projeto de Pesquisa “Levantamento de hábitos de atividade física e aptidão física relacionada à saúde dos servidores” de 1994 foi realizada por Xavier (1997), que tinha como objetivo estudar os aspectos epidemiológicos,

hábitos de vida de 202 servidoras da UFSC e propor um programa de saúde. Esse programa visou incentivar o controle do peso, uma alimentação balanceada, formação de grupos anti-estresse, prática de atividades físicas e campanhas educativas.

O ambiente de trabalho tem sido apontado como um local favorável para modificar hábitos, já que nestes, os funcionários passam a maior parte do tempo, proporcionando excelentes oportunidades para ações educativas. Segundo Chor (1999) ambientes coletivos podem ser especialmente adequados para a elaboração e implantação das ações de saúde ajustando a cada contexto específico.

Comportamento Relacionado à Saúde em Adultos

Alguns hábitos têm uma relação mais imediata com a saúde, os quais podem ser nocivos como o tabagismo, o consumo de álcool, o uso de drogas, alimentação inadequada, falta de atividade física ocasionando impacto sobre a saúde em geral e aptidão relacionada à saúde, em particular.

Em diferentes países e em contextos populacionais diversos estudos epidemiológicos têm demonstrado uma elevada prevalência de comportamentos de risco, incluindo-se dentre outros: práticas alimentares inadequadas, tabagismo, alcoolismo, baixo nível de atividades físicas e sexo sem uso de preventivo (USDHHS, 1999).

É importante identificar quais são os comportamentos de risco à saúde que melhor caracterizam o estilo de vida de cada grupo populacional. Esse tipo de informação é de grande importância para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde e, parece ser uma importante direção para estudos futuros.

A expressão comportamentos de risco relacionados à saúde é utilizada para indicar o conjunto de características do estilo de vida, como a inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, estresse, hábito de fumar, uso de drogas e outras situações que afetam a saúde e qualidade de vida das pessoas. Geram preocupação entre as pessoas em geral e, principalmente, entre as autoridades e instituições que respondem por questões de saúde pública.

Hábitos Alimentares

Ao longo das últimas décadas, observa-se um dinâmico e complexo processo de mudanças nos padrões alimentares e nutricionais, nos perfis demográficos, socioeconômico e epidemiológico. Pesquisas têm demonstrado que a alimentação inadequada é um dos principais fatores de risco para doenças, dentre as quais: doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão, diabetes e câncer (Gordon, 1998).

Trudeau et al. (1998) investigaram a associação entre variáveis demográficas e psicossociais e o consumo de frutas e verduras. Observaram nos adultos, que praticavam exercícios físicos, o aumento do consumo de porções diárias de frutas e verduras em relação aos que não praticavam exercícios físicos.

Segundo a OMS (2004a) as doenças do coração, diabetes e cânceres poderiam ser evitadas com mudanças nos hábitos alimentares. Acrescentando ainda, a atividade física e o não uso de tabaco.

Nos Estados Unidos, o Departamento de Agricultura, desenvolveu a pirâmide dos alimentos, com Guia Alimentar, com objetivo de esclarecer o conhecimento nutricional relacionado à saúde. Os alimentos são divididos em seis grupos básicos, recomendando porções diárias de alimentos, considerando as necessidades para o crescimento, o nível de atividade física e a manutenção do peso (McArdle, Katch & Katch, 1998).

No Brasil, as informações disponíveis sobre padrões alimentares têm sido realizadas em bases domiciliares. Estudos de tendência secular utilizaram-se como fontes de dados as pesquisas sobre orçamento familiar do IBGE (1998), realizadas em 1987 a 1988 e 1995 a 1996 ambas em áreas metropolitanas do Brasil, apontaram um aumento no consumo de ácidos graxos saturados em todas as regiões do Brasil, do consumo excessivo de açúcar e redução do consumo de leguminosas, verduras, legumes e frutas. Recentemente, o IBGE (2004) realizou novamente a pesquisa de orçamentos familiares e revelou, que, em geral, as famílias brasileiras ainda consomem muitos alimentos com alto teor de açúcar, principalmente refrigerantes, e poucas quantidades de frutas e hortaliças.

Em outro estudo realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, Ministério do Brasil, 2004a) em 15 capitais e Distrito Federal concluiu que uma política de nutrição direcionada ao incentivo de práticas alimentares saudáveis se faz necessária e deve focar: 1) O aumento do consumo de frutas, legumes e verduras principalmente no Norte do país, com especial atenção aos seguintes grupos: jovens, homens, e adultos com menor escolaridade; 2) O estímulo a estudos qualitativos e quantitativos sobre o consumo de legumes e

verduras as quais permitam conhecer as barreiras que impedem o consumo desses alimentos; 3) A redução do consumo de leite integral, gordura visível da carne e pele de frango; 4) Conscientização e instrumentalização da leitura dos rótulos de alimentos embalados.

A OMS (2004a) com a “Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde”, responsabilizam os governos a fornecerem à população informações sobre alimentação saudável e atividade física. Entre outros temas relacionados a esta questão, está a rotulagem de alimentos embalados. Os consumidores precisam de informações precisas, padronizadas e compreensíveis para que possam fazer escolhas alimentares saudáveis.

O consumo de frutas e verduras está associado a crenças, atitudes e motivação intrínseca (em particular o desejo de manutenção da saúde), que são elementos essenciais de intervenções nutricionais bem sucedidas.

Uma alimentação de melhor qualidade foi observada entre as mulheres trabalhadoras, onde o consumo de verduras, legumes e frutas é maior, enquanto os homens, especialmente os mais jovens, apresentaram uma alimentação mais rica em colesterol, gordura saturada, sal e açúcar (Barros, 1999; De Bem, 2003; Fonseca, Chor & Valente, 1999; Nahas & Fonseca, 2004). Independente do sexo, com o aumento da idade, Barros (1999), observou uma diminuição da proporção de trabalhadores que consomem menos de uma fruta ao dia.

Apesar das informações sobre uma alimentação saudável, estudos indicam o aumento da obesidade. Nos Estados Unidos, os inquéritos sobre saúde e nutrição realizados em 1960 e 1994, documentaram um aumento progressivo na prevalência de adultos obesos, de 12,3% para 19,9% entre homens e 16,9% para 24,9% entre mulheres (Flegal et al., 1998).

No Brasil, estudo de tendência secular da obesidade nas regiões nordeste e sudeste realizados em 1975, 1989 e 1997, mostraram que no primeiro período (1975-1989) a evolução da obesidade foi ascendente e relativamente uniforme nas duas regiões e, entre 1989 e 1997 as modificações na prevalência da obesidade são algo mais complexos.

Resultados indicam em estudos que os determinantes de obesidade são diferentes entre os sexos, ocorrendo em maior frequência entre as mulheres e com o aumento da idade (Cervato, Mazzilli, Martins & Marucci, 1997; Gigante, Barros, Post & Olinto, 1997).

Porém, um estudo realizado no Rio de Janeiro com funcionários de um banco estatal, verificaram que o excesso de peso, analisado pelo IMC, foi aproximadamente três vezes maior em homens que em mulheres (Ell, Camacho & Chor, 1999).

Recentemente um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004) afirma que o excesso de peso e a obesidade são um risco muito maior à saúde da população brasileira do que a desnutrição. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003, 40% dos adultos apresentam excesso de peso e, neste grupo, 11,1% enfrentam a obesidade. Em contrapartida, apenas 4% dos brasileiros têm déficit de peso.

Consumo de Álcool

O elevado consumo de bebidas alcoólicas tem um efeito prejudicial à saúde, afetando órgãos e sistemas vitais do corpo, podendo levar a doenças como deficiência cardiorrespiratória, hipertensão, cirrose hepática, gastrite, problemas do sistema nervoso, entre outras (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a, OMS, 2004b, Rhem, Gmel & Sempo, 2003). A mortalidade e as limitações funcionais causadas pelo uso abusivo de álcool são maiores que aquelas causadas pelo tabagismo (OMS, 2004b).

Este elevado consumo de álcool tem sido classificado como um problema de saúde pública, associado a elevação dos custos para manutenção do sistema de saúde, internação psiquiátrica, aposentaria por invalidez, absenteísmo, transtornos familiares, acidente de trabalho e de trânsito (Almeida & Coutinho, 1993; Costa, Silveira, Gazalle, Oliveira, Hallal, Menezes, Gigante, Olinto & Macedo, 2004; Rhem, Gmel, Sempo, 2003).

A OMS (2004b) estabelece critério diferente de alcoolismo em potencial para mulheres e homens. Para as mulheres, o consumo de mais de sete doses (uma dose=uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma medida padrão de bebida destilada) por semana na mesma ocasião no último mês, e para os homens é de 14 doses por semana.

No Brasil, no estudo realizado nas 15 capitais e no Distrito Federal, o percentual de indivíduos que relataram ter consumido pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias variou de 32,4% em João Pessoa até 58,6% em Florianópolis. Na região sul e sudeste, foram encontrados os maiores percentuais de bebedores e nas regiões norte e nordeste, os menores. Em todas as capitais, um percentual significativamente maior de homens, em relação as mulheres, relataram consumir álcool nos últimos 30 dias (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

Estudo de base populacional sobre consumo abusivo de álcool e fatores associados em indivíduos adultos de Pelotas, indicaram uma alta prevalência de consumo abusivo de

álcool entre homens, de pele preta ou parda, com baixo nível socioeconômico, fumantes e que apresentaram doenças crônicas (Costa et al., 2004).

Em estudo, especificamente com trabalhadores, observou-se que a maior prevalência de abuso de bebidas alcoólicas está entre homens (Barros, 1999; Nahas et al., 1995; Nahas & Fonseca, 2004; Sabry, Sampaio & Silva, 1999), de maior nível educacional e econômico (Barros, 1999).

Porém, deve-se atentar aos resultados encontrados com escolares trabalhadores, visto que, 71% destes estão exposto ao uso de bebidas alcoólicas e 30% relataram ingerir quantidades superiores a cinco doses numa mesma ocasião e/ou de 14 doses semanais (De Bem, 2003). Esse consumo excessivo de álcool na adolescência poderá acarretar comprometimento na saúde dessa população quando adulta.

As repercussões do consumo de álcool e suas conseqüências na vida familiar e no trabalho merecem atenção especial, devido aos graves prejuízos que acarretam tanto para a empresa quanto para o trabalhador.

Tabagismo

A OMS (2004) estima que aproximadamente um bilhão e 200 milhões de pessoas no mundo são fumantes, o que corresponde a quase um terço da população adulta. A *American Cancer Society* (2004) calcula que 156 mil norte-americanos morrem por ano em conseqüência de câncer relacionado ao hábito de fumar, embora, o tabagismo seja uma das principais causas evitáveis de doenças que levem a incapacidades prematuras ou à morte.

No Brasil, estima-se que há cerca de 33 milhões de tabagistas, sendo que destes, três milhões de fumantes estão na faixa etária entre 10 e 19 anos. Os homens fumam em maior proporção que as mulheres em todas as faixas etárias e estima-se que cerca de 200 mil mortes/ano são decorrentes do tabagismo (Brasil, Ministério da Saúde, 2004b).

As empresas estão cada vez mais preocupadas com os funcionários fumantes. O intervalo para o cigarro e o café, o índice de absenteísmo e o aumento do custo para os planos de saúde estão sendo mensurados e questionados. Muitas empresas do país, que já realizavam campanhas educativas em relação ao tabagismo, estão adotando programas mais agressivos para ajudar seus empregados a largarem o vício. Sem o tabaco, as empresas poderiam reduzir em até 60% esses custos associados (Brasil, Ministério da Saúde, 2004c).

Em estudo realizado com trabalhadores de empresa bancária do Estado do Rio de Janeiro, a prevalência de fumantes foi maior entre homens. Os fumantes apresentavam nível de escolaridade superior; eram mais velhos, divorciados/separados e viúvos, hipertensos, consumiam mais bebidas alcoólicas e não praticavam exercícios físicos (Griep, Chor & Camacho, 1998).

Em Santa Catarina, os trabalhadores da indústria apontaram uma prevalência de exposição ao fumo em 1999 de 20% (Barros, 1999), porém, em 2004, esses trabalhadores fumavam menos (13%) (Nahas e Fonseca, 2004).

Com os servidores da UFSC, observou-se uma prevalência de 21,9% de fumantes, maior (15,7%) entre os servidores técnico-administrativos do sexo masculino (Nahas et al., 1995). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo com servidores da Universidade Federal do Ceará, no qual a incidência geral de fumantes foi de 26% (Sabry et al., 1999).

Em estudo desenvolvido por Ribeiro, Jardim, Laranjeira, Alves, Kesselring, Fleissing, Almeida, Matsuda e Hamamoto (1999) na Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, não houve diferença significativa entre a prevalência de fumantes entre homens e mulheres. Em ambos os sexos, e para todas as faixas etárias, os indivíduos com maior nível de escolaridade fumavam menos.

Em estudo com escolares trabalhadores catarinenses do ensino médio encontrou-se uma prevalência de 7% de fumantes, tendo estes iniciado o consumo do fumo aos 13 anos (De Bem, 2003). Esses dados refletem a preocupação quanto ao consumo de substâncias psicoativas de uso lícito e ilícito pelos adolescentes, o que tem mobilizado grandes esforços em todo o mundo a fim de minimizar esse fenômeno.

Controle do Estresse

O estresse do trabalho pode ser definido como reações físicas e emocionais que ocorrem quando das exigências do trabalho não se igualam às capacidades, os recursos ou as necessidades do trabalhador. Essas reações estão presentes em todos os momentos de nossas vidas. Assim, o trabalho pode ser fonte de satisfação, realização e subsistência, mas que pode se tornar uma verdadeira prisão e sofrimento (*Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional – NIOSH, 2004*).

O estresse, durante a jornada de trabalho, vem ganhando importância nas últimas décadas, devido à exposição crônica dos indivíduos suscetíveis a condições de trabalhos estressantes.

Segundo o *American Institute of Stress* (2004), as pesquisas realizadas nos Estados Unidos revelam que 43% dos adultos sofrem de estresse; 75 a 90% das consultas médicas estão relacionadas aos efeitos do estresse; e, estima-se que um milhão de trabalhadores faltam por ano ao trabalho devido às conseqüências do estresse.

No Brasil, em estudo epidemiológico, observou-se que as mulheres, os mais velhos, os indivíduos com renda inferior e menor escolaridade, foram os que apresentaram as prevalências mais altas de estresse (Sparrenberger, Santos & Lima, 2003).

A percepção de nível elevado de estresse foi relatada por aproximadamente 14% de trabalhadores da indústria catarinense e servidores da UFSC, porém, quando comparado por sexo, as mulheres apresentaram uma percepção de exposição maior a níveis elevados de estresse (Barros, 1999; Nahas et al., 1995; Nahas & Fonseca, 2004).

Em uma pesquisa realizada com bancários ativos e sedentários, foi observado que as principais causas de estresse foram à desvalorização humana no trabalho, a defasagem salarial, muita pressão e excesso de responsabilidades. As reações psicossomáticas ao stress foram referidas como a depressão, a dor de cabeça, a agressividade e mau humor, o conformismo e a insônia. Os bancários ativos se auto-avaliaram mais positivamente do que os sedentários quanto ao bem estar, auto-estima e auto-eficácia (Andrade, 2001).

Recentemente um estudo com professores da UFSC, sobre qualidade de vida no trabalho percebida e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano, apontou que quanto melhor a qualidade de vida no trabalho percebida menor é o estresse percebido pelos professores e os professores que atuam no ensino de graduação/especialização tem menores percepções de estresse que os que atuam no mestrado/doutorado (Petroski, 2004).

Aptidão Física Relacionada à Saúde

A aptidão física não deve ser entendida como um termo unifatorial, mas como um conjunto de atributos referidos a um indivíduo, que pode apresentar-se de forma diferenciada nas diversas fases da vida (ACSM, 2000; Nahas, 2003)

Para medida de aptidão física, deve-se ter o entendimento da divisão conceitual de aptidão física relacionada à performance e a aptidão física relacionada à saúde.

A aptidão física relacionada à performance inclui componentes necessários para a performance máxima, tanto no trabalho como em atividades esportivas, tais como: habilidades motoras, capacidade e potência cardiorrespiratória, força, potência e resistência muscular, dimensões corpóreas, composição corporal, motivação e status nutricional (Bouchard e Shephard, 1993).

No entanto, a aptidão física relacionada à saúde, refere-se aos componentes que estão relacionados ao estado de saúde, seja nos aspectos da prevenção e redução dos riscos das doenças e/ou incapacidade funcionais, como a disposição para realização das atividades diárias do indivíduo e da sociedade como um todo, necessárias à sobrevivência saudável (ACSM, 2000; Nahas, 2003).

Os objetivos dos testes de aptidão física relacionada à saúde são fornecer dados úteis ao desenvolvimento da prescrição de exercícios físicos, na coleta de dados básicos e de acompanhamento que permitam a avaliação do progresso dos indivíduos, na motivação aos participantes de programas específicos e principalmente na promoção de incrementos no estado de saúde dos indivíduos (ACSM, 2000).

Para Bouchard e Shephard (1993) os componentes de aptidão física relacionada à saúde são amplos, completos e diferenciados, sendo eles:

1. Componente morfológico: massa corporal para a estatura (para verificar o IMC), composição corporal, gordura visceral, densidade óssea e flexibilidade.
2. Componente muscular: potência, força e resistência.
3. Componente motor: agilidade, equilíbrio, coordenação e tempo de reação.
4. Componente cardiorrespiratório: capacidade de exercício sub-máximo, potência aeróbica máxima (VO_2), funções cardíacas, funções pulmonares e pressão arterial.
5. Componentes metabólicos: tolerância à glicose, sensibilidade à insulina, metabolismo lipídico e lipoprotéico, características de oxidação de substratos.

Para outros autores, os componentes de avaliação da aptidão física relacionada à saúde são mais concisos e compreendem: a aptidão cardiorrespiratória, a flexibilidade, a resistência muscular e a composição corporal (ACSM, 2000; Corbin, Lindsey & Welk, 2000; Nieman, 1999; USDHHS, 1999).

Estudos têm investigado a relação entre os componentes de aptidão física relacionada à saúde a outros comportamentos. Um estudo investigou se a atividade física no trabalho está relacionada com a aptidão física em trabalhadores jovens, e descobriu que

homens que trabalham no “pesado” têm uma vida mais inativa no tempo de lazer que aqueles que têm um trabalho considerado mais sedentário. Ainda observou que homens jovens trabalhando no “pesado” obtiveram níveis mais altos de aptidão cardiorrespiratória, força, resistência na musculatura do tronco, comparados a pessoas com atividades mais leves e estáticas (Tammelin, Nayha, Rintamaki & Zitting, 2002)

Recente estudo procurou diagnosticar a situação dos trabalhadores de escritório da Universidade Federal de Viçosa, em relação a fatores humanos gerais e ao nível de aptidão física relacionada à saúde. A resistência muscular foi obtida pelo teste abdominal e flexão/extensão dos cotovelos; a aptidão cardiorrespiratória, pelo teste do banco; a força por meio do dinamômetro e a flexibilidade, pelo teste do sentar e alcançar. O estudo identificou que ambos os sexos apresentaram níveis “insatisfatórios” para a saúde no componente flexibilidade de tronco-quadril e uma grande parcela de homens foi classificada como “abaixo da média” no teste de flexão/extensão de cotovelos (Silva & Juvêncio, 2004).

Aptidão Cardiorrespiratória

A aptidão cardiorrespiratória é a capacidade de continuar ou persistir em tarefas extenuante, envolvendo grande grupos musculares por um período de tempo prolongado (Nieman, 1999).

Baixos níveis de aptidão cardiorrespiratória têm sido associados ao aumento de risco de morte prematura por todas as causas, e especificamente, por doenças cardiovasculares. No entanto, os altos níveis de aptidão cardiorrespiratória estão diretamente associados a altos níveis de atividade física habitual, os quais estão agregados aos benefícios à saúde (ACSM, 2000; Nieman, 1999).

Manter os níveis de resistência aeróbica é indispensável para prevenir incapacidades e facilitar a manutenção de atividades diárias simples como caminhar, ir às compras ou praticar atividades esportivas ou recreativas (Rikli & Jones, 1999).

Corbin e Lindsey (1997), destacam que a aptidão cardiorrespiratória é considerada o mais importante aspecto da aptidão física devido ao fato de diminuir o risco de doenças cardíacas. Inúmeros estudos citados por Nieman (1999) evidenciaram que os indivíduos treinados aerobicamente apresentaram menor risco de doença coronariana, acidente

vascular cerebral, vários tipos de câncer, diabetes, hipertensão, obesidade, osteoporose, depressão e ansiedade.

Força/Resistência Muscular

A força/resistência muscular é também um componente relacionado à função músculo-esquelética. A força muscular é a capacidade resultante da contração muscular, que permite mover o corpo, levantar objetos, empurrar, puxar, resistir a pressões ou sustentar cargas. A força muscular é um fator importante para saúde, uma boa condição muscular promove maior capacidade para realizar as atividades da vida diária, com mais eficiência e menos fadiga. Também, proporciona um melhor desempenho e menor riscos de lesões nas atividades esportivas (Nahas, 2003).

As pessoas necessitam de força para aumentar a capacidade de trabalho, diminuir o risco de prejuízo, para prevenir dores dorsais, corrigir postura e para aumentar o desempenho atlético (Corbin e Lindsey, 1997).

Segundo Nieman (1999), os benefícios do desenvolvimento da força e da resistência muscular para a saúde, incluem o aumento da densidade óssea, do volume muscular, da força do tecido conjuntivo e da auto-estima. Destaca-se que entre os 30 e 70 anos de idade, o volume e a força muscular diminuem em grande parte devido à inatividade.

Para McArdle et al. (1998), é por volta dos 20 a 30 anos de idade que a força muscular alcança seu máximo e após essa fase ocorre uma diminuição progressiva, sendo esse declínio mais pronunciado no sexo feminino.

Flexibilidade

A flexibilidade é um componente relacionado com a função músculo-esquelética. Conceitua-se a flexibilidade como a capacidade de amplitude de uma articulação isolada ou de um grupo de articulações, solicitadas na realização de movimentos (Corbin & Lindsey, 1997; Nieman, 1999).

Nahas (2003) enfatiza que a flexibilidade é específica para cada articulação e dependem da estrutura anatômica e da elasticidade de músculos, tendões e ligamentos. Para desenvolver a flexibilidade, os exercícios de alongamento modificam a elasticidade

dos músculos e tendões, permitindo uma maior amplitude nos movimentos que envolvem aquela articulação.

Os benefícios que bons índices de flexibilidade podem gerar à saúde, incluem dentre outros: boa mobilidade articular; aumento da resistência à lesão e às dores musculares; diminuição do risco de lombalgia e outras dores de coluna, melhoria da postura, melhoria da aparência pessoal e da auto-imagem, melhor desenvolvimento da habilidade para prática esportiva, diminuição da tensão e do estresse (Achour Junior, 1999; Nieman, 1999; Rikli & Jones, 1999).

A flexibilidade é fundamental para facilitar os movimentos nas diversas atividades profissionais e nas tarefas diárias. Uma boa flexibilidade permitirá a realização de determinados gestos e movimentos com maior eficiência mecânica (Achour Junior, 1999; Dantas, 1998).

Composição Corporal

A composição corporal, nos anos 80, passou a ser considerada um fator determinante da aptidão física relacionada à saúde, atribui este fato, devido ao crescente conhecimento associado os diversos componentes corporais à atuação nas atividades no dia-a-dia e à diversas doenças degenerativas, principalmente a relação da obesidade com doenças cardiovasculares, diabetes e câncer. Buscou-se estudar mais os fatores ligados à diminuição da densidade óssea, responsável pela osteoporose e conseqüente aumento no risco de fraturas e perda de autonomia em pessoas mais velhas (Nahas, 2003).

Nieman (1999) define composição corporal como a quantidades relativas de gordura corpórea e tecido corpóreo magro ou massa corporal magra (músculos, ossos, água, pele, sangue e outros tecidos não-gordurosos) e, freqüentemente expressa em porcentagem de gordura corporal.

Na composição corporal, são utilizados procedimentos diretos e indiretos. Os procedimentos diretos são realizados utilizando-se de carcaças de animal e do ser humano; e, os indiretos por meio de pesagem hidrostática, mensurações das dobras cutâneas e dos perímetros (McArdle et al., 1998).

As vantagens da utilização do método de mensurações das dobras cutâneas são apresentadas por Nieman (1999) e incluem: necessidade de equipamento é inexpressiva e requer pouco espaço; as medidas podem ser obtidas rápida e facilmente; e, utilizadas

corretamente têm alta correlação ($r \geq 0,80$) com a densidade corporal por meio da pesagem hidrostática.

Outro critério que tem sido utilizado amplamente como um método simples de mensurar o padrão de distribuição de gordura corporal, é o índice de relação cintura/quadril (RCQ). Os valores desta variável são obtidos a partir da divisão da medida do perímetro da cintura pela medida do perímetro do quadril mostrando que o risco à saúde aumenta à medida que o índice RCQ também aumenta (ACMS, 2000).

Os riscos à saúde são maiores para aqueles indivíduos que possuem grande parte de sua gordura corporal na porção superior do corpo, especialmente no tronco e abdome, pois a gordura visceral é um preditor de doenças cardiovasculares (Nieman, 1999). Diabetes, hipertensão e desordens metabólicas são somente alguns dos riscos que acompanham a obesidade abdominal. A dieta e o exercício físico agem na prevenção e diminuição desse tipo de obesidade localizada (Avery, 1991).

Com os servidores da UFSC, Lopes, Nahas, Duarte e Pires Neto (1995), analisaram a distribuição de gordura corporal subcutânea e índices de adiposidade, no qual os resultados indicaram que em ambos os sexos houve tendência à estabilidade nas dobras cutâneas das extremidades, porém as mulheres apresentaram o dobro do valor numérico dos homens em todas as faixas etárias.

Com a mesma população, Duarte e Nahas (1996), tiveram como objetivo descrever o perfil antropométrico e a composição corporal, segundo a idade, sexo, escolaridade e nível socioeconômico, encontraram uma relação inversa entre o grau de obesidade e o nível socioeconômico, no caso das mulheres quanto maior o nível socioeconômico, menor a quantidade de gordura e nos homens o inverso, ou seja, maior o nível socioeconômico, maior a quantidade de gordura.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Caracterização do Estudo

Este estudo caracteriza-se como descritivo de tendência secular (1994-2004), objetivando identificar mudanças de hábitos relacionados à saúde, nível de atividade física e aptidão física relacionada à saúde, nos servidores da UFSC.

População e Amostra

A população deste estudo compreendeu servidores (docentes e técnico-administrativos) em atividades laborais (ativos) da UFSC, de ambos os sexos, abrangendo a faixa etária dos 20 aos 69 anos de idade (tabela 1).

Tabela 1

Distribuição da População de Servidores da UFSC por Categoria Funcional e Sexo

Sexo	Docentes		Técnico-Administrativos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	1.158	59	1.366	45	2.524	51
Feminino	809	41	1.652	55	2.461	49
Total	1.967	100	3.018	100	4.985	100

Fonte: DRH, dez 2003.

A amostra foi selecionada por técnica aleatória estratificada. O processo de amostragem ocorreu da seguinte maneira:

- a) Obteve-se uma lista de nomes dos servidores da UFSC, fornecido pelo Departamento de Recursos Humanos (DRH), em dezembro de 2003;
- b) Foram excluídos da lista de nomes os servidores inativos (sem atividades laborais), afastados e pensionistas;
- c) A amostra foi estratificada por categoria funcional (docentes e técnico-administrativos) e por sexo;
- d) O planejamento amostral foi efetuado considerando um erro amostral de 5% ($E_0 = 0,05$) e nível de confiança de 95%. Utilizando-se a fórmula de Barbetta (2002, p.60): fórmula: $n = (N \cdot no) / (N + no)$;
- e) Estabelecido o tamanho da amostra, enumerou-se a lista de nomes e selecionou-se os sujeitos pela geração de números aleatórios efetuado pelo Programa *Research Randomizer* (2004). Na tabela 2, apresenta-se a distribuição por categoria funcional e sexo.

Tabela 2

Distribuição da Amostra Inicial de Servidores da UFSC, por Categoria Funcional e Sexo

Sexo	Erro Amostral 5%				Total
	Docentes		Técnico-Administrativos		
	n	%	n	%	
Masculino	158	58	187	45	345
Feminino	113	42	231	55	344
Total	272	100	418	100	689

A amostra final constituiu-se de 484 servidores (70,2% da amostra original), incluindo 165 docentes e 319 técnicos administrativos (216 homens e 268 mulheres). A perda amostral ocorreu devido recusa, desinteresse e alegação por falta de tempo dos servidores em participar da pesquisa.

Instrumento de Medidas

As informações foram coletadas pelo questionário adaptado de Nahas et al. (1995), medidas antropométricas e testes de aptidão física relacionada à saúde (anexo 1).

Questionário

Os participantes forneceram informações de dados demográficos (idade, sexo, estado civil e local de trabalho-lotação), socioeconômicas (ANEP, 2003), indicadores gerais de saúde e atividade física habitual (atividades ocupacionais diárias e as atividades de lazer). Todos os participantes também responderam ao Questionário de Prontidão para Atividade Física Q-PAF, adaptado do Ministério da Saúde do Canadá (Nahas, 2003).

Para verificar os níveis de atividade física habitual dos servidores da UFSC, utilizou-se um questionário proposto por Pate e adaptado por Nahas (2003). A medida da atividade física é um escore resultante do somatório de pontos para as atividades físicas ocupacionais e de lazer. A classificação do nível de atividade física é a seguinte: 0 a 5 pontos - inativo; 6 a 11 pontos – pouco ativo, 12 a 20 pontos – moderadamente ativo e, 21 ou mais pontos – muito ativo.

Os servidores que participaram dos testes de aptidão física relacionada à saúde foram questionados pelos profissionais da Saúde Ocupacional do Hospital Universitário da UFSC, quanto ao seu estado de saúde atual; uso regular de medicação; antecedentes pessoais e doenças dos diversos aparelhos e sistemas; antecedentes ginecológicos e obstétricos; realização de teste de esforço; antecedentes cirúrgicos e histórico familiar. Ao final desta entrevista, o profissional da Saúde emitia um parecer quanto à aptidão dos entrevistados para a realização dos testes físicos. As medidas funcionais (frequência cardíaca e pressão arterial) também foram verificadas pelos profissionais da Saúde Ocupacional que seguiram os seguintes critérios: após cinco minutos de repouso sentados, eram verificadas a frequência cardíaca (pela palpação de pulso radial) e a pressão arterial de repouso, em membro superior, com estetoscópio e esfigmomanômetro, estando os avaliados com o braço apoiado a nível equivalente ao coração.

Medidas Antropométricas

Massa corporal (kg): utilizou-se uma balança Filizolla com precisão de 0,05 kg. O avaliado vestido com o mínimo de roupa possível e descalço, colocava-se em pé no centro da balança, de costas para o avaliador, distribuindo a massa corporal sobre ambos os pés (França e Vívolo, 1987).

Estatura (cm): foi realizada com um estadiômetro (registro em cm) fixado na parede. O avaliado ficava de costas, distribuindo sua massa corporal em ambos os pés e sua cabeça ficava posicionada no plano horizontal de Frankfurt. Os braços ficavam livres ao longo do tronco, com as palmas das mãos voltadas para as coxas. Os calcanhares permaneciam unidos e tocando a base da parede. Além dos calcanhares, os quadris, as escápulas e a parte posterior do crânio também ficavam em contato com a parede. A estatura foi medida em apnéia, após uma inspiração máxima (França & Vívolo, 1987).

Perímetros de quadril e cintura (cm): utilizou-se uma trena antropométrica com precisão de 0,1 cm. Para a medida do perímetro de quadril, os participantes foram orientados a ficarem na posição ortostática, de perfil para o avaliador, abdome relaxado, braços erguidos lateralmente à altura dos ombros. O avaliador media o perímetro do quadril onde este se apresentou visualmente mais pronunciado. Para a medida do perímetro da cintura, foram utilizados dois critérios: primeiramente identificava-se a parte mais delgada do tronco (região da cintura) para se efetuar a medida. No caso de não ser possível a visualização desse ponto, optava-se por localizar o ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca (Pollock & Wilmore, 1993).

Testes de Aptidão Física Relacionada à Saúde

Aptidão cardiorrespiratória: foi determinada pelo Teste da Milha (*Rockport Fitness Walking Teste*) (Rippe, Ward, Porcari & Freedson, 1988). Consiste em uma caminhada rápida de 1.609 metros (uma milha) a ser realizada no menor tempo possível, não sendo permitido correr. Ao finalizar o teste, marcou-se o tempo da caminhada (em minutos e segundos) e verificou-se a frequência cardíaca (FC) monitorada por monitor – marca *Pulse Tronic* (modelo target) instado no pulso do avaliado. O consumo máximo de

oxigênio (VO₂máx.) foi estimado por uma equação desenvolvida por Kline, Porcari, Hintermeister, Freedson, Ward, McCarron, Ross e Rippe (1987), baseada na massa corporal (Kg), idade (anos), sexo, tempo da caminhada (em minutos e segundos, transformado em décimos de minutos) e a FC no momento do término do teste.

Força e resistência muscular: foi determinada pela força abdominal e força dos membros superiores.

A força abdominal foi avaliada por um teste abdominal modificado, em que o avaliado realiza o maior número possível de flexões abdominais em 30 segundos. O avaliado posicionou-se em decúbito dorsal sobre um colchonete com o quadril e os joelhos flexionados, com as plantas dos pés apoiadas no solo. Os antebraços ficaram cruzados sobre a face anterior do tórax, com as palmas das mãos voltadas para o mesmo. Os braços permaneceram em contato com o tórax durante toda a execução do movimento. Os pés foram segurados por um colaborador para mantê-los em contato com o solo. A execução do movimento consistiu em o avaliado, por contração da musculatura abdominal, curvar-se à posição sentado até o contato da face anterior dos antebraços com as coxas e retornando a posição inicial (deitado em decúbito dorsal) (Soares & Sessa, 1987).

A força de membros superiores foi avaliada pelo teste de flexão/extensão do cotovelo e por um dinamômetro de preensão manual.

No teste de flexão/extensão do cotovelo, a força foi medida por meio do desempenho de elevar o corpo até a extensão dos braços e voltar, fazendo o máximo de repetições. A execução do movimento difere de homens e mulheres. Os homens posicionaram-se em decúbito ventral, mãos e pés apoiados no solo. Os braços estendem e flexionam mantendo-se o alinhamento do tronco e das pernas. As mulheres também posicionaram em decúbito ventral, mãos e joelhos apoiados no solo, com as pernas e pés elevados num ângulo de 90° entre coxas e pernas. Estendiam e flexionaram os braços mantendo o alinhamento do tronco.

Na avaliação da força, utilizando-se do dinamômetro, o avaliado na posição ortostática segurou confortavelmente o dinamômetro (marca *Jamar Hand Dynamometer 5030 J1*) que estava com os ponteiros na escala zero, na linha do antebraço, ficando paralelo ao eixo longitudinal do corpo. Durante a execução, o braço permaneceu imóvel, havendo somente a flexão das articulações dos dedos. Foram executadas alternadamente três medidas em cada mão. Considerou-se a melhor execução de cada mão, como resultado do teste (Soares & Sessa, 1987).

Flexibilidade: a flexibilidade foi determinada pelo Teste de Sentar e Alcançar (modificado pela AAHPERD, 1980) e pela flexibilidade de ombros.

O Teste de Sentar e Alcançar tem como objetivo registrar a distância máxima alcançada na posição sentada, pelo movimento de flexão anterior do tronco sobre o quadril, com os joelhos estendidos, utilizando-se do banco de Wells (confeccionado em madeira, conforme padronização específica). O avaliado posicionou os pés abaixo do banco de Wells; os joelhos estendidos; com uma mão sobre a outra, mantendo as palmas das mãos para baixo e com os dedos unidos. O tronco foi projetado gradualmente à frente, empurrando o cursor o mais longe possível, de forma a alcançar o ponto máximo com a flexão do tronco e extensão dos braços à frente, realizando a leitura neste ponto. Repetiu-se o movimento três vezes, registrando em centímetros o maior valor.

A flexibilidade do ombro tem como objetivo registrar a aproximação das mãos, quando colocadas nas costas, estando um braço acima do ombro e outro junto da cintura. O avaliado elevou o braço esquerdo, flexionando o cotovelo e tentando tocar a posição mais baixa possível, nas costas, com a palma da mão virada para o corpo. Ao mesmo tempo o braço direito estendido para baixo, o cotovelo dobrado e a palma da mão para fora, aproximando ou tentando sobrepor os dedos nos das mãos direita. A medição foi realizada com uma fita métrica. Quando as mãos não se tocaram, foi medida a distância entre elas, e atribuiu-se um valor negativo. Quando as mãos sobrepueram, mediu-se quanto à mão se sobrepôs a outra, considerando o dedo médio como referência, atribuiu-se um valor positivo. Repetiu-se o procedimento invertendo a posição dos braços.

Composição corporal: foi estimado por medidas de dobras cutâneas (DC) e índice de massa corporal (IMC).

As medidas de dobras cutâneas (tríceps, subescapular, suprailíaca, abdominal e panturrilha medial) foram realizadas com um espessímetro da marca *Lange*, com precisão de 0,1 cm. Foram efetuadas as medidas de dobras cutâneas no hemi-corpo direito do avaliado com três medidas alternadas em cada local. Em caso de discrepância (5%), novas medidas foram efetuadas. (França & Vivolo, 1987):

1. Dobra cutânea tricipital (TR): o avaliado em posição ortostática, com o braço relaxado ao longo do corpo, mediu-se a dobra na face posterior do braço, na distância média entre a borda súpero-lateral do acrômio e a borda inferior do olecrano. Sua determinação foi realizada seguindo o eixo longitudinal do braço.

2. Dobra cutânea subescapular (SE): o avaliado em posição ortostática, com os ombros descontraídos e com os braços ao longo do corpo. Determinou-se a dobra obliquamente ao eixo longitudinal do corpo, seguindo a orientação dos arcos costais, dois centímetro abaixo do ângulo inferior da escápula.
3. Dobra cutânea suprailíaca (SI): o avaliado em posição ortostática, mediu-se a dobra cerca de dois centímetro da espinha ilíaca antero-superior na altura da linha axilar anterior, no sentido oblíquo, ao eixo longitudinal do corpo.
4. Dobra cutânea abdominal: o avaliado em posição ortostática, a dobra foi determinada paralelamente ao eixo longitudinal do corpo, dois centímetros à direita da borda da cicatriz umbilical, com o cuidado de não tracionar o tecido conectivo fibroso que constitui as bordas da cicatriz umbilical.
5. Dobra cutânea da panturrilha medial: o avaliado na posição sentado, com o joelho em 90° de flexão, tornozelo em posição anatômica; mediu-se no sentido do eixo longitudinal da perna, com o polegar esquerdo na borda medial da tíbia na altura da maior circunferência da perna; procurando o indicador esquerdo definiu o tecido celular cutâneo do músculo adjacente.

Para o cálculo do IMC foram utilizadas as medidas de massa corporal e estatura, referidas pelos servidores durante o preenchimento do questionário. Os servidores que participaram dos testes de aptidão física foram medidos pelo estadiômetro e balança Filizola.

Procedimentos

Inicialmente foi encaminhada uma carta ao Departamento Recursos Humanos da UFSC, informando sobre o projeto de pesquisa e solicitando uma relação dos nomes dos servidores da UFSC para a seleção da amostra.

Na seqüência, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e ao processo de qualificação pelos componentes da banca examinadora. Após a aprovação do Comitê de Ética (anexo 2) e atendidas as recomendações sugeridas pelos componentes da banca examinadora, foi realizada uma aplicação piloto de todos os instrumentos previstos nesta pesquisa. As necessárias adequações, visando maior validade, fidedignidade e praticidade nas medidas foram

providenciadas. Estes procedimentos foram semelhantes aos adotados no estudo de 1994 (Nahas et al. 1995), para efeito de comparação dos resultados.

Esta pesquisa teve aprovação e apoio também da Reitora da UFSC, que por meio de um memorando (anexo 3), solicitou às pessoas em cargo de direção e chefia que autorizassem o afastamento do servidor para participar da pesquisa.

A equipe de avaliadores foi composta por nove professores de Educação Física, dois acadêmicos do Curso de Educação Física e cinco profissionais da Saúde Ocupacional do Hospital Universitário da UFSC (participaram com escala de revezamento). Esta equipe foi previamente treinada, ficando cada avaliador com funções específicas durante todo o processo de coleta de dados. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a outubro de 2004.

Pelos meios de comunicação da UFSC (Agência de Comunicação - AGEKOM, Agência de Comunicação do Curso de Jornalismo - Universidade Aberta, Boletim Informativo da Reitoria e Boletim da Associação dos Professores da UFSC – APUFSC) divulgou-se a pesquisa, com intuito de informar e conscientizar a necessidade da participação dos servidores (anexo 4).

Foram identificados os sujeitos segundo categoria funcional e lotação. Foram entregues pessoalmente as cartas-convite (anexo 5) com o questionário e solicitado aos participantes que devolvessem o questionário a sua chefia imediata. Os docentes, quando não encontrados, a carta-convite com o questionário foi deixada no escaninho em seu Departamento.

Na carta-convite, havia o convite para participar dos testes de aptidão física relacionada à saúde, que eram agendados com a pesquisadora. Todos os sujeitos foram amplamente informados e assinaram um termo do consentimento (anexo 6) para participação no estudo, sendo-lhes assegurado o direito de não participar, se assim o quisessem.

Através do Q-PAF (Questionário de Prontidão para Atividade Física) e do parecer do profissional da Saúde Ocupacional, os casos de risco identificados foram excluídos dos testes de aptidão física relacionada à saúde ou cuidados necessários que durante a aplicação dos mesmos foram tomados.

Os testes de aptidão física relacionada à saúde foram realizados no Centro de Orientação de Atividade Física - COAFIS (coordenado pelo Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde) e no Laboratório de Esforço Físico do Centro de Desportos, no Campus Universitário.

Dada a necessidade de solicitar o retorno de alguns questionários após a data prevista para o encerramento da coleta, foi feita nova visita a cada Departamento das Unidades de Ensino, para recolher questionários pendentes e encerrar a coleta.

Os servidores que participaram dos testes de aptidão física relacionada à saúde foram devidamente informados de seus resultados, por meio de carta-resposta (anexo 7) entregue pessoalmente pela pesquisadora.

Tabulação e Análises dos Dados

O banco de dados foi montado utilizando-se o programa *Epi-data* (*Epi-data, 2004*). Para assegurar a qualidade na entrada de dados foi efetuado o controle automático dos erros de digitação na planilha eletrônica, assim como a conferência manual após a digitação de todos os questionários.

As análises estatísticas foram realizadas no programa *SPSS for Windows* versão 10.0 e no *EpiCalc* (*EpiCalc, 2004*). Utilizou-se análise descritiva básica (distribuição de frequência, média aritmética, desvio-padrão, valor mínimo e máximo), análise de associação (χ^2), comparação de médias com teste t de Student, ANOVA *one-way* e teste crítico de razões e método da somação em séries. Para todos os procedimentos estatísticos, adotou-se um nível de significância de $p < 0,05$.

Limitações do Método

- (a) a utilização de questionário depende da compreensão, recordação e elaboração dos respondentes, bem como, da omissão ou fornecimento equivocado de algumas informações que podem não condizer com a realidade;
- (b) as variáveis do estudo foram analisadas mediante informações fornecidas pelos sujeitos e a partir de medidas antropométricas;
- (c) na amostra de 2004 há uma proporção significativa maior de docentes que em 1994. Neste grupo, a proporção de mulheres em 2004 também foi maior que 1994; e,
- (d) pouca participação dos servidores, principalmente os docentes, nos testes de aptidão física relacionada à saúde. As razões justificadas da não participação nos testes foram: recusa, desinteresse e falta de tempo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando sistematizar a apresentação e a discussão dos resultados do presente estudo, este capítulo foi subdividido da seguinte forma:

- (a) características sociodemográficas da amostra (sexo, idade, estado civil e condição socioeconômica) e satisfação no trabalho;
- (b) indicadores gerais de saúde (percepção do nível de saúde, satisfação com o peso corporal, tabagismo, consumo de álcool, qualidade do sono, nível de estresse e hábitos alimentares);
- (c) níveis de atividade física habitual dos servidores da UFSC;
- (d) níveis de aptidão física relacionada à saúde, através de uma bateria de testes, incluindo as áreas cardiorrespiratória, neuromuscular e composição corporal e,
- (e) inter-relação entre atividade física habitual, IMC e certos fatores do comportamento;
- (f) Comparação dos dados obtidos na pesquisa realizada em 1994 com os dados desta pesquisa.

Características Sócio-demográficas da Amostra

A amostra original, selecionada aleatoriamente, incluía 689 servidores, sendo 272 docentes e 418 técnicos administrativos (345 homens e 344 mulheres). A amostra final constituiu-se de 484 servidores (70,2% da amostra original), incluindo 165 docentes e 319 técnicos administrativos (216 homens e 268 mulheres).

Participaram dos testes de aptidão física 172 servidores (41 docentes e 131 técnicos administrativos).

No estudo realizado por Nahas et al. (1995), responderam o questionário e participaram dos testes de aptidão física, 413 servidores, sendo 111 docentes e 302 técnicos administrativos.

Tabela 3

Distribuição da Amostra Final dos Servidores da UFSC de 1994 e 2004

Servidores		1994	2004
		n (%)	n (%)
Docentes	Homens	64 (57,6%)	82 (49,7%)
	Mulheres	47 (42,4%)	83 (50,3%)
	Subtotal	111 (26,9%)	165 (34,1%)
Técnicos Administrativos	Homens	130 (43,1%)	134 (42,1%)
	Mulheres	172 (56,9%)	185 (58,0%)
	Subtotal	302 (73,1%)	319 (65,9%)
Total geral		413 (100%)	484 (100%)

As categorias de análise utilizadas foram: sexo, categoria funcional (docentes e técnicos administrativos) e faixa etária (até 39, 40-49, \geq 50 anos).

A média de idade dos sujeitos foi de 45,24 anos (DP=7,75), com idade mínima de 24 e máxima de 69 anos. Observou-se que 52,5% (n=254) dos servidores encontravam-se na faixa etária de 40 a 49 anos.

A maioria dos servidores era casada (60,1%; n=291) e, comparando com os resultados do estudo de 1994 (Nahas et al., 1995), verificou-se que os dados são semelhantes (61,8%).

Quanto ao perfil socioeconômico, 82,2% (n=398) dos servidores incluem-se na classe A/B, destacando que os docentes mostram um perfil superior (96,4%) aos técnicos administrativos (74,9%). No estudo de 1994, 55,9% dos servidores pertenciam à classe A/B e 24,4% à classe C e 15,3% à classe D. Comparando os dados obtidos na pesquisa realizada em 1994 com os dados obtidos no presente estudo, percebeu-se que houve um aumento no percentual de servidores que se incluem nas classes A/B, isto se deve a uma maior participação de docentes neste estudo e a facilidade na aquisição dos bens de consumo (tabela 4).

Tabela 4

Características Sócio-demográficas dos Servidores da UFSC 2004

Variáveis	Docentes			Técnicos administrativos			Total
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	
Sexo	38,0% (82)	31,0% (83)	34,1% (165)	62,0% (134)	69,0% (185)	65,9% (319)	100% (484)
Idade (anos)							
Até 39	19,5% (16)	16,9% (14)	18,2% (30)	18,7% (25)	23,2% (43)	21,3% (68)	20,2% (98)
40-49	34,1% (28)	51,8% (43)	43,0% (71)	60,4% (81)	55,1% (102)	57,4% (183)	52,5% (254)
≥ 50	46,3% (38)	31,3% (26)	38,8% (64)	20,9% (28)	21,6% (40)	21,3% (68)	27,3% (132)
Estado Civil							
Solteiro	11,0% (09)	24,1% (20)	17,6% (29)	11,4% (15)	20,8% (38)	16,8% (53)	17,1% (82)
Casado	73,2% (60)	47,0% (39)	60,0% (99)	69,7% (92)	54,6% (100)	61,0% (192)	60,1% (291)
Separ/div	13,4% (11)	21,7% (18)	17,6% (29)	13,6% (18)	16,4% (30)	15,2% (38)	16,1% (77)
Viúvo	1,2% (01)	6,0% (05)	3,6% (06)	0,8% (01)	3,3% (06)	2,2% (07)	2,7% (13)
Outros	1,2% (01)	1,2% (01)	1,2% (02)	4,5% (06)	4,9% (09)	4,8% (15)	3,5% (17)
Nível Socioeconômico							
Classe A/B	97,6% (80)	95,2% (79)	96,4% (159)	74,6% (100)	75,1% (139)	74,9% (239)	82,2% (398)
Classe C	2,4% (02)	3,6% (03)	3,0% (05)	23,9% (32)	23,2% (43)	23,5% (75)	16,5% (80)
Classe D	--	1,2% (01)	0,6% (01)	1,5% (02)	1,6% (03)	1,6% (05)	1,2% (06)

Satisfação no Trabalho

A satisfação no trabalho é um importante indicador de qualidade de vida, podendo afetar a saúde física e mental do trabalhador, interferindo em seu comportamento profissional e/ou social.

O servidor foi questionado quanto a sua percepção em relação à vida profissional através de quatro opções de resposta: muito satisfeito, satisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito. Para simplificação da análise, os dados foram categorizados em dois níveis: satisfeito (muito satisfeito e satisfeito) e insatisfeito (insatisfeito e muito insatisfeito).

Observou-se entre os servidores que 83,4% (n=401) estão satisfeitos no trabalho (15,2% muito satisfeito e 68,2% satisfeitos). Em relação ao estudo de 1994, 89,7% dos

servidores relataram estar satisfeitos no trabalho, houve uma diferença significativa ($Z=2,64$; $p=0,00$) na proporção de satisfeitos no trabalho de 1994 para 2004.

Não foi observada associação significativa na insatisfação no trabalho em função do sexo, categoria funcional e faixa etária (tabela 5).

Tabela 5

Proporção de Servidores da UFSC Insatisfeitos no Trabalho (2004)

Variáveis	%	(n)	χ^2
Sexo			
Masculino	14,9	32	0,86
Feminino	18,0	48	$p=0,35$
Categoria Funcional			
Docentes	16,5	27	0,05
Técnicos Administrativos	16,7	53	$p=0,94$
Idade			
Até 39 anos	20,4	20	4,67
40-49 anos	18,2	46	$p=0,09$
≥ 50 anos	10,8	14	
$p \geq 0,05$			

Pesquisa recente realizada com professores da UFSC, constatou que metade deles estão satisfeitos com a qualidade de vida no trabalho e as dimensões que mais causam insatisfação são: remuneração e compensação, condições de trabalho, trabalho e espaço total de vida Petroski (2004).

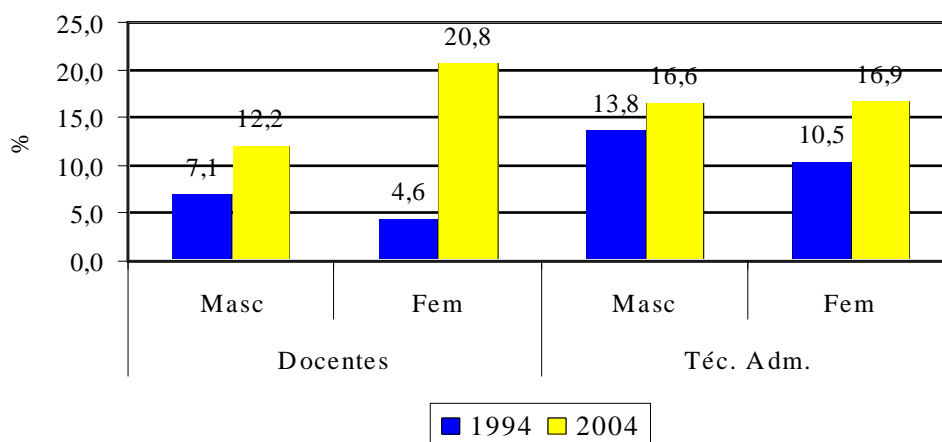


Figura 1. Proporção de Servidores da UFSC insatisfeitos no trabalho por categoria funcional e sexo (1994-2004)

Na figura 1, observou-se que no presente estudo, o nível de insatisfação no trabalho foi maior entre os docentes do sexo feminino. No entanto, no estudo de 1994, a maior proporção de insatisfeitos foi observada entre os técnicos administrativos do sexo masculino. Observou-se uma diferença significativa da proporção ($Z=2,23$; $p=0,02$) de insatisfação no trabalho entre docentes do sexo feminino de 1994 para 2004.

Martinez, Paraguay & Latorre (2004), verificaram que a satisfação no trabalho está associada à saúde dos trabalhadores nos aspectos saúde mental e capacidade para o trabalho, mostrando a importância dos fatores psicossociais em relação à saúde e bem estar dos trabalhadores.

Indicadores de Saúde

Percepção do Nível de Saúde

A percepção de saúde tem sido utilizada em vários estudos como um importante indicador de qualidade de vida. A percepção do nível de saúde foi avaliada através da escala *Likert* de quatro pontos: excelente e boa (percepção positiva); regular e ruim (percepção negativa).

Em geral, 83,3% ($n=403$) dos servidores consideraram seu estado de saúde “excelente ou bom” (percepção positiva) e 15,9% ($n=77$) relataram “regular” e 0,8% ($n=4$) “ruim” (percepção negativa). Os dados de 1994 mostram que 75% dos servidores tinham uma percepção positiva da saúde, e 23% percebiam regular e 2% ruim (percepção negativa). Houve diferença significativa na proporção ($Z=2,99$; $p=0,00$) da percepção positiva de saúde de 1994 para 2004.

Proporções semelhantes aos servidores de 2004 foram encontradas em estudos com industriários (Barros, 1999; Nahas & Fonseca, 2004) e na população de Mafra-SC (Flores, 2002), segundo os quais, consideraram sua saúde como sendo excelente ou boa (percepção positiva).

Na análise da percepção negativa de saúde, observou-se associação significativa entre percepção negativa de saúde e categoria funcional. Os técnicos administrativos

($p \leq 0,05$) apresentaram uma percepção mais negativa de saúde do que os docentes (tabela 6).

Tabela 6

Proporção de Servidores da UFSC com Percepção Negativa de Saúde (2004)

Variáveis	%	(n)	χ^2
Sexo			
Masculino	13,5	30	2,26
Feminino	19,0	51	$p=0,13$
Categoria Funcional			
Docentes	11,5	19	4,89
Técnicos Administrativos	19,4	62	$p \leq 0,05$
Idade			
Até 39 anos	13,3	13	3,79
40-49 anos	15,4	39	$p=0,15$
≥ 50 anos	22,0	29	

$p \leq 0,05$

Satisfação com o Peso Corporal

Verificou-se que 41,1% (n=199) dos servidores relataram estar satisfeitos e 58,9% insatisfeitos com o peso corporal. Dos insatisfeitos com o peso corporal, 55,6% (n=269) dos servidores gostariam de diminuir. Destaca-se ainda, que as mulheres (60,4%; n=162), os técnicos administrativos (56,1%; n=179) e os servidores na faixa etária de 40-49 anos (59,1%; n=150) são os que, em maior proporção, gostariam de diminuir o peso corporal. No estudo de 1994, essa variável não foi questionada.

Barros (1999) e Nahas e Fonseca (2004) revelaram, em estudo com industriários, uma proporção inferior de sujeitos insatisfeitos com o peso corporal, 29,9% e 34,5%, respectivamente, gostariam de diminuir. Quando analisado por sexo, os resultados das pesquisas acima citadas confirmam os dados obtidos na presente estudo, em que as mulheres são as mais insatisfeitas com o peso corporal.

Índice de Massa Corporal

Em estudos populacionais, o índice de massa corporal (IMC) tem sido utilizado para verificar se a massa corporal de uma pessoa está dentro do recomendável à saúde.

Considerando os limites de corte do IMC, segundo a Organização Mundial da Saúde: baixo peso (até 18,4 kg/m²), faixa recomendável (18,5 a 24,9 kg/m²), sobrepeso (25 a 29,9kg/m²), obesidade (acima de 30 kg/m²), verificou-se que 53,3% (n=236) dos servidores encontram-se na faixa recomendável para a saúde, 31,6% (n=140) com sobrepeso e 13,5% (n=60) com obesidade.

Tabela 7

Proporção de Servidores da UFSC por Classificação do IMC – 2004 (n=443)

Variáveis	Até 18,4 kg/m ²	18,5 a 24,9 kg/m ²	25 a 29,2 kg/m ²	Acima de 30 kg/m ²	χ^2
Sexo					
Masculino	1,0% (02)	39,8% (78)	44,4% (87)	14,8% (29)	31,2
Feminino	2,0% (05)	64,0% (158)	21,5% (53)	12,6% (31)	p≤0,05*
Categoria Funcional					
Docentes	2,8% (04)	59,2% (84)	28,2% (40)	9,9% (14)	6,25
Técnicos Administrativos	1,0% (03)	50,5% (152)	33,2% (100)	15,3% (46)	p=0,10
Idade					
Até 39 anos	3,4% (03)	73,6% (64)	19,5% (17)	3,4% (03)	24,1 p≤0,05*
40-49 anos	1,3% (03)	48,5% (116)	34,7% (83)	15,5% (37)	
≥ 50 anos	0,9% (01)	47,9% (56)	34,2% (40)	17,1% (20)	

*p≤0,05

Neste estudo, são as mulheres que se encontram em maior proporção dentro da faixa recomendável e sendo os homens que apresentam maior proporção de sobrepeso e obesidade (tabela 7).

Resultados similares foram encontrados em estudo realizado por Spilere, Guache, Canever, Baron, Santos e Lobo (2003), com professores do Departamento de Nutrição da UFSC, com média de idade de 43,5 anos (DP=7,8). O estado nutricional dos professores foi avaliado segundo IMC, com a classificação da OMS, revelando que em torno de 44,5% estão com o IMC acima da faixa recomendável para a saúde, apresentando sobrepeso ou obesidade.

Dados semelhantes foram apontados na Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2004), na qual 41,1% dos homens e 40% das mulheres brasileiras estão com excesso de peso e, 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres estão com obesidade. Ressaltando ainda, que o excesso de peso tende a aumentar com a idade de modo mais rápido para os homens e mais lento e mais prolongado para as mulheres.

Na análise da satisfação com o peso corporal e o IMC, verificou-se associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), sendo que os servidores que estão com sobrepeso e obesidade relatam insatisfação com o peso e gostariam de diminuir.

A figura 2 mostra a proporção de servidores pela classificação do IMC e por sexo, em 1994 e 2004.

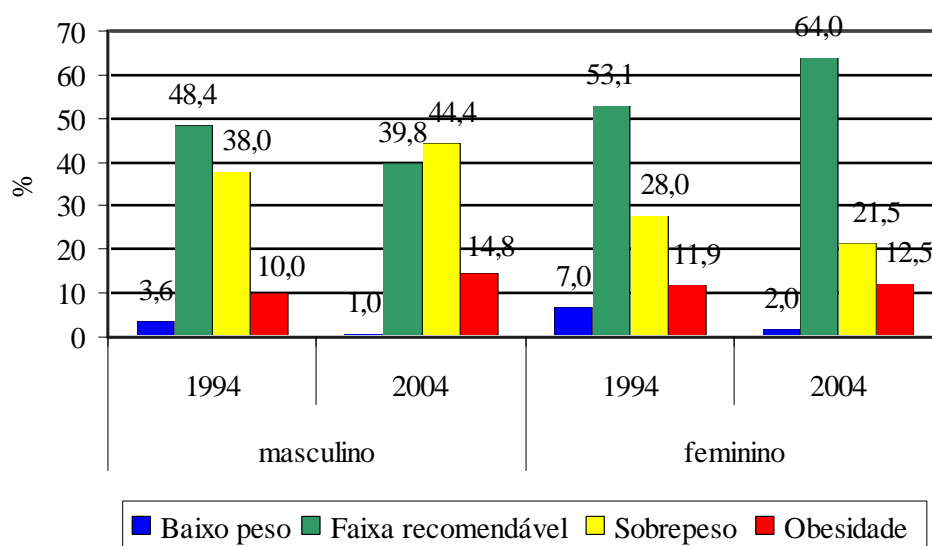


Figura 2. Proporção de servidores pela classificação do IMC, por sexo (1994-2004)

Em comparação com os resultados do estudo de 1994 (Duarte & Nahas, 1996), observou-se que houve um aumento na porcentagem de homens com sobrepeso ou obesidade, passando de 48% para 59,2% ($Z=2,17$; $p=0,03$). As mulheres apresentaram um decréscimo na prevalência de sobrepeso ou obesidade, de 39,9%, em 1994, para 34%, em 2004 (figura 2).

Nahas e Fonseca (2004) verificaram em estudo realizado em industriários, um aumento na prevalência de sobrepeso/obesidade tanto para homens quanto para mulheres, comparando o estudo efetuado em 1999 e 2004.

Tabagismo

Segundo o *American Cancer Society* (2004) o fumo é considerado a mais importante causa da perda de saúde e está associado ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplasias.

Neste estudo, a prevalência de fumantes foi de 14,1% (n=68). Entre os não fumantes, 61,8% (n=299) nunca fumaram, 21,3% (n=103) pararam de fumar há mais de dois anos e 2,9% (n=14) pararam de fumar a menos de dois anos. No estudo de 1994, 21,9% dos servidores relataram que fumavam, observou-se, portanto, uma diferença significativa ($Z=2,96$; $p=0,00$) na proporção de fumantes de 1994 para 2004.

A exposição ao fumo entre servidores da UFSC foi semelhante aos dos industriários catarinenses, cujo percentual foi de 13% (Barros, 1999; Nahas & Fonseca, 2004); e também, Matos, Silva, Pimenta & Cunha (2004) apresentaram 12,4% de fumantes entre funcionários da Petrobrás. Em pesquisa desenvolvida pelo Instituto Nacional do Câncer, prevaleceu 19% de tabagista em ambos os sexos no Brasil (Brasil, Ministério do Brasil, 2004b).

Em estudos realizados com servidores federais e estaduais de Universidades de São Paulo, Pernambuco e Ceará o percentual de fumantes variou de 15% a 28% (Ribeiro et al., 1999; Sabry et al., 1999; Souza et al., 1998).

Tabela 8

Prevalência de Servidores Fumantes da UFSC (2004)

Variáveis	%	(n)	χ^2
Sexo			
Masculino	13,4	29	0,12
Feminino	14,6	39	p=0,72
Categoria Funcional			
Docentes	10,9	18	2,04
Técnicos Administrativos	15,7	50	p=0,15
Idade			
Até 39 anos	11,2	11	1,97
40-49 anos	16,1	41	p=0,37
≥ 50 anos	12,1	16	

$p \leq 0,05$

Na tabela 8, os dados indicam que o tabagismo não foi significativamente discriminado por sexo, idade e categoria funcional. Outros estudos apontam que a prevalência maior de tabagistas está entre os homens, pessoas de meia idade (Barros, 1999; Griep et al., 1998; Nahas & Fonseca, 2004; Ribeiro et al., 1999; Sabry, 1999), de menor renda familiar (Barros, 1999; Nahas & Fonseca, 2004; Martins, Coelho, Casajus, Okani, 1995) e também verificaram que a prevalência maior estava entre homens, porém na classe de nível socioeconômico mais alto.

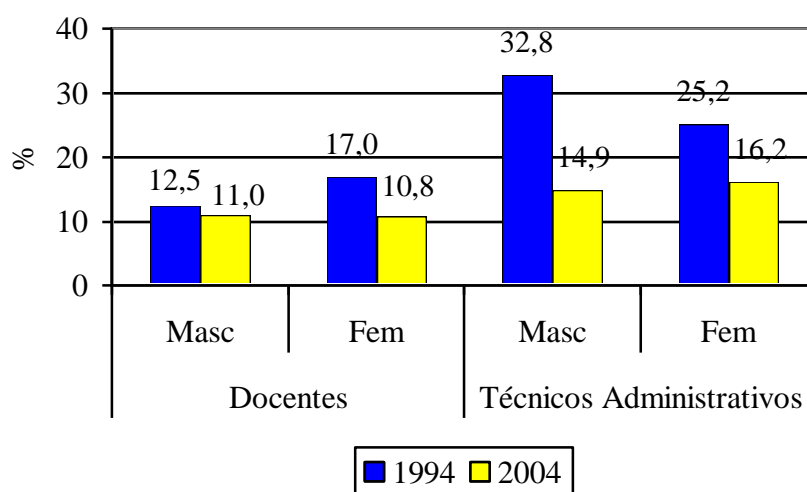


Figura 3. Prevalência de servidores fumantes da UFSC, por categoria funcional e sexo (1994-2004)

Comparando os dados de 1994 e 2004, verificou-se, em geral, uma redução na proporção de tabagista em 2004, principalmente entre os técnicos administrativos, em que, independente do sexo, observaram-se variações significativas na proporção de fumantes de um período para o outro (Figura 3).

Consumo de álcool

O consumo elevado de bebidas alcoólicas possui um efeito prejudicial à saúde, afetando órgãos e sistemas vitais do corpo, podendo levar a doenças como: deficiência cardiorrespiratória, hipertensão, cirrose hepática, problemas do sistema nervoso, entre outras. Além de ser considerado como um problema de saúde pública (Brasil, Ministério do Brasil, 2004a.; Costa et al., 2004; OMS, 2004).

Neste estudo, o consumo de álcool foi analisado por duas questões, uma relativa ao consumo médio semanal e a outra, ao consumo de cinco ou mais doses (dose=½ garrafa de cerveja, um copo de vinho ou uma dose de destilado) em uma mesma ocasião nos últimos trinta dias (consumo exagerado ocasional - CEO).

Verificou-se que 49,8% (n=241) dos servidores não ingeriam bebidas alcoólicas; 37,7% (n=182) menos três doses; 10,8% (n=52) de cinco a 10 doses e 1,7% (n=8) mais de 10 doses, ou seja, 12,5% (n=60) dos servidores ingeriam em doses prejudiciais a saúde (cinco ou mais doses por semana). Entre os servidores de 1994, 44% não bebiam, 38,5% bebiam menos de três doses, 14,3% bebiam de cinco a 10 doses e em níveis altamente prejudiciais à saúde, 3,2% dos servidores revelaram beber mais de 10 doses por semana.

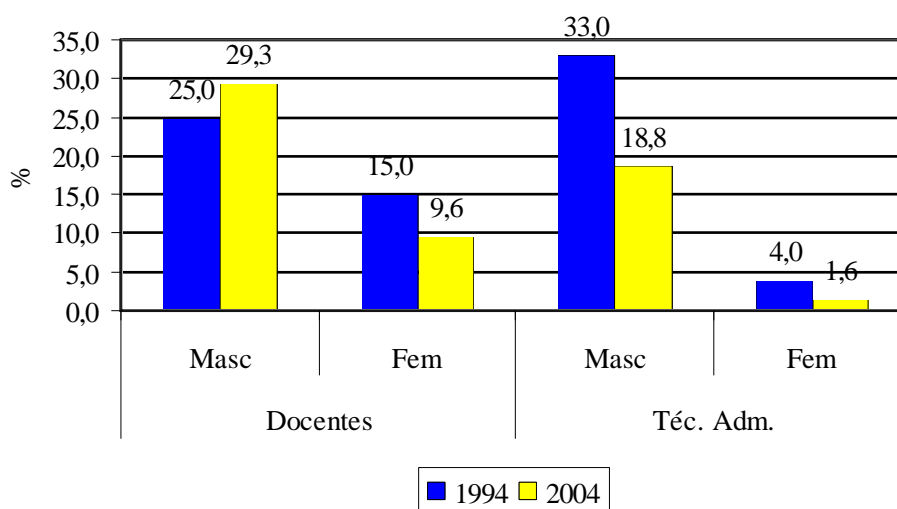


Figura 4. Prevalência de servidores da UFSC que ingerem de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas na semana, por categoria funcional e sexo (1994-2004)

O consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas, em geral, foi observado numa proporção maior entre os homens. O grupo de maior risco, em 1994, foi o dos técnicos administrativos do sexo masculino, já em 2004, foi o dos docentes do sexo masculino. Houve uma diferença significativa na proporção ($Z=2,48$; $p=0,01$) de servidores técnico-administrativos do sexo masculino que ingerem mais de cinco doses de bebidas alcoólicas de 1994 para 2004 (figura 4).

Quando analisado o consumo exagerado ocasional (CEO), observou-se que 26,6% (n=128) dos servidores ingeriam cinco ou mais doses numa mesma ocasião. Com industriários, esse consumo exagerado ocasional foi de 41% (Nahas & Fonseca, 2004), superior aos dados deste estudo.

Tabela 9

Prevalência de Servidores da UFSC, conforme Consumo Exagerado Ocasional de Bebidas Alcoólicas (2004)

Variáveis	%	(n)	χ^2
Sexo			
Masculino	39,1%	84	31,1
Feminino	16,5%	44	$p \leq 0,05$
Categoria Funcional			
Docentes	27,4	45	0,99
Técnicos Administrativos	26,1	83	$p = 0,75$
Idade			
Até 39 anos	26,5	26	0,46
40-49 anos	27,7	70	$p = 0,79$
≥ 50 anos	24,4	32	

$p \leq 0,05$

Foi observada uma associação significativa ($p \leq 0,05$) entre o consumo exagerado ocasional de álcool e sexo, entretanto, a mesma relação não foi observada entre categoria funcional e idade (tabela 9). A prevalência do consumo de álcool entre homens, neste estudo, é semelhante aos resultados encontrados por Barros (1999); Brasil, Ministério da Saúde (2004a); Costa et al. (2004); Flores (2002); Nahas et al. (1995); Nahas e Fonseca (2004), Rego et al. (1990) e Sabry et al. (1999).

Não houve comparação com os dados de 1994, porque o CEO não foi investigado.

Qualidade do Sono

No presente estudo, 79,4% (n=384) dos servidores relataram ter uma boa qualidade do sono, ou seja, uma percepção positiva (33,1% dormem bem e 46,3% na maioria das vezes). Entre os servidores de 1994, 84% relataram uma percepção positiva da qualidade do sono. Não houve diferença significativa na proporção ($Z=1,68$; $p=0,09$) da percepção positiva do sono de 1994 para 2004.

Tabela 10

Proporção de Servidores da UFSC que Não Dorme Bem - Percepção Negativa (2004)

Variáveis	%	(n)	χ^2
Sexo			
Masculino	19,0	41	0,67
Feminino	22,0	59	p=0,41
Categoria Funcional			
Docentes	20,6	34	0,00
Técnicos Administrativos	20,7	66	p=0,98
Idade			
Até 39 anos	19,4	19	3,86
40-49 anos	18,1	46	p=0,14
≥ 50 anos	26,5	35	

p≤0,05

Observou-se, na tabela 10, que não houve associação significativa na qualidade do sono (percepção negativa) em função do sexo, categoria funcional e faixa etária. No estudo de 1994, a proporção de homens que alegaram não dormir bem foi de 39%, enquanto entre as mulheres foi de 22%.

No entanto, no estudo realizado por Nahas e Fonseca (2004), as mulheres industriárias apresentaram uma melhor qualidade do sono que os homens e não houve diferença na qualidade do sono em função da faixa etária.

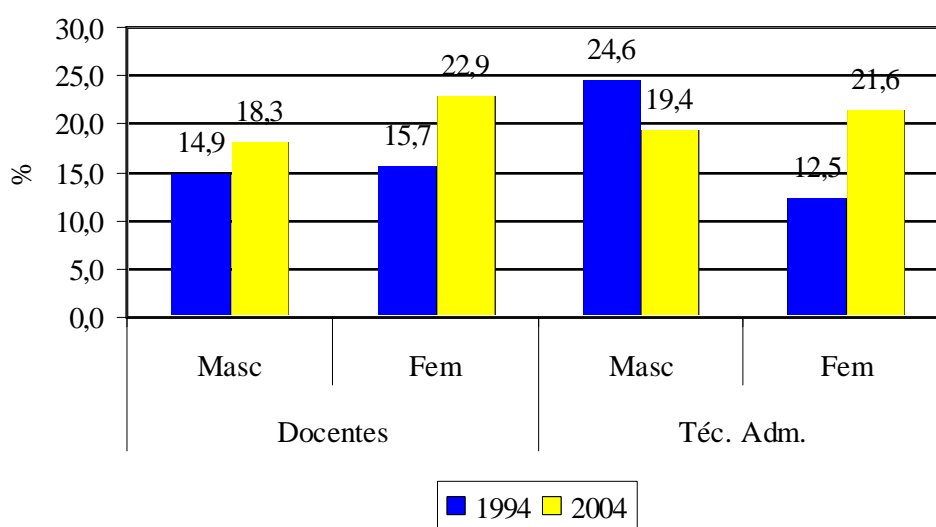


Figura 5. Percepção negativa da qualidade do sono dos servidores da UFSC, por categoria funcional e sexo (1994-2004)

Na análise por grupo específico, verificou-se que, em 1994, os técnicos administrativos do sexo masculino revelaram uma pior qualidade do sono, porém, em 2004, essa proporção foi maior entre os docentes do sexo feminino. Houve uma diferença significativa na proporção ($Z=2,1$; $p=0,03$) da percepção negativa da qualidade do sono dos técnicos administrativos do sexo feminino de 1994 para 2004 (figura 5).

Percepção do Nível de Estresse

A maior parte dos servidores (61,8%; $n=299$) sentem-se às vezes estressado, mas relataram viver razoavelmente bem, enquanto outros 14,5% ($n=70$) sentem-se estressados (sempre e/ou excessivamente). Percentual de servidores com percepção de exposição a níveis elevados de estresse foi de 14% em 1994.

Tabela 11

Prevalência do Nível Elevado de Estresse dos Servidores de 2004

Variáveis	%	(n)	χ^2
Sexo			
Masculino	11,6	25	2,63
Feminino	16,8	45	$p=0,10$
Categoria Funcional			
Docentes	18,8	31	3,78
Técnicos Administrativos	12,2	39	$p\leq 0,05$
Idade			
Até 39 anos	12,2	12	
40-49 anos	12,8	32	4,07
≥ 50 anos	19,7	26	$p=0,13$

$p\leq 0,05$

A prevalência do nível elevado de estresse foi maior entre os docentes ($p\leq 0,05$) e não foram observadas diferenças significativas na proporção entre percepção do nível de estresse, sexo e faixa etária (tabela 11).

Na figura 6, verificou-se que, em 2004, os servidores docentes do sexo feminino revelaram níveis mais altos de estresse. No entanto, no estudo de 1994, foram os servidores técnico-administrativos do sexo feminino que indicaram níveis mais altos de estresse em relação aos outros servidores.

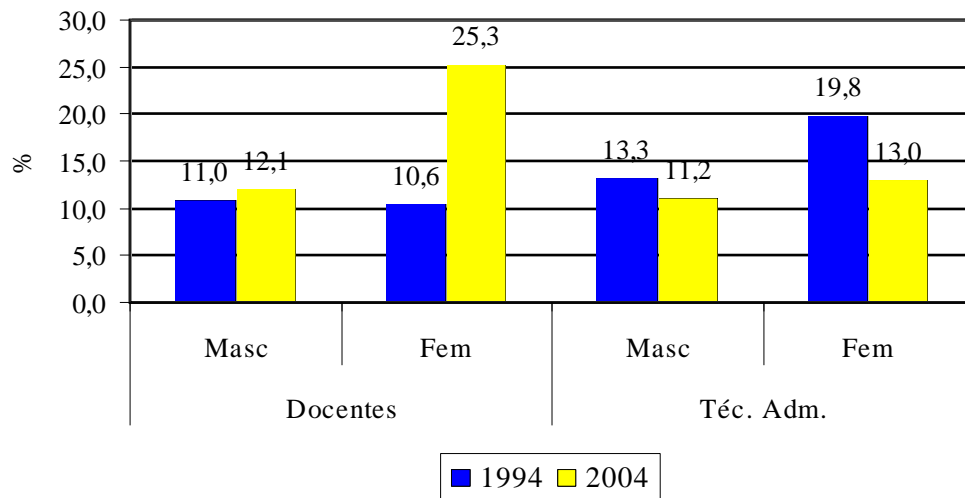


Figura 6. Prevalência do nível de estresse dos servidores da UFSC, por categoria funcional e sexo (1994-2004)

Hábitos Alimentares

A regularidade das refeições compõe importante fator para uma alimentação saudável. Os hábitos alimentares foram investigados quanto à regularidade que toma café da manhã, o consumo de líquidos contendo cafeína, o número de refeições completas e lanches feitos por dia, consumo de frutas/sucos naturais e saladas verdes/verduras. No estudo de 1994, não foram analisadas estas variáveis, portanto, não houve comparação.

Na tabela 12, serão apresentados os resultados dos hábitos alimentares dos servidores, por categoria funcional e sexo.

Tabela 12

Frequência de Hábitos Alimentares dos Servidores da UFSC (2004)

Variáveis	Docentes		Técnico-Administrativos		Todos
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Café da Manhã					
Todos os dias	54,9% (45)	67,5% (56)	46,3% (62)	61,1% (113)	57,0% (276)
Quase todos os dias	15,9% (13)	14,5% (12)	13,4% (18)	11,4% (21)	13,2% (64)
Às vezes	22,0% (18)	9,6% (08)	22,4% (30)	16,8% (31)	18,0% (87)
Nunca	7,3% (06)	8,4% (07)	17,9% (24)	10,8% (20)	11,8% (57)
Líquidos c/ cafeína					
nenhum	6,1% (05)	7,2% (06)	7,5% (10)	7,6% (14)	7,2% (35)
1 vez ao dia	12,2% (10)	13,3% (11)	16,4% (22)	13,0% (24)	13,8% (67)
2 a 3 vezes ao dia	47,6% (39)	51,8% (43)	44,8% (60)	49,2% (91)	48,1% (233)
4 a 5 vezes ao dia	23,2% (19)	16,9% (14)	17,2% (23)	16,8% (31)	18,0% (87)
6 ou + vezes ao dia	11,0% (09)	10,8% (09)	14,2% (19)	13,5% (25)	12,8% (62)
Refeições completas					
Nenhuma	--	--	0,7% (01)	1,6% (03)	0,8% (04)
1 vez ao dia	29,3% (24)	18,1% (15)	29,9% (40)	32,4% (60)	28,7% (139)
2 vezes ao dia	48,8% (40)	41,0% (34)	48,5% (65)	38,9% (72)	43,6% (211)
3 vezes ao dia	18,3% (15)	37,3% (31)	15,7% (21)	23,2% (43)	22,7% (110)
4 vezes ao dia	1,2% (01)	3,6% (03)	3,0% (04)	3,2% (06)	2,9% (14)
5 vezes ao dia	2,4% (02)	--	2,2% (03)	0,5% (01)	1,2% (06)
Lanches					
Nenhuma	15,2% (12)	15,8% (12)	19,7% (26)	12,4% (22)	15,5% (72)
1 vez ao dia	44,3% (35)	30,3% (23)	37,9% (50)	32,8% (58)	35,8% (166)
2 vezes ao dia	31,6% (25)	36,8% (28)	28,8% (38)	44,1% (106)	36,4% (169)
3 vezes ao dia	5,1% (04)	14,5% (11)	12,1% (16)	9,6% (17)	10,3% (48)
4 vezes ao dia	3,8% (03)	2,6% (02)	1,5% (02)	1,1% (02)	1,9% (09)
5 vezes ao dia	--	--	--	--	--
Porções de frutas/sucos					
Nenhuma	4,9% (04)	2,4% (02)	14,2% (19)	8,1% (15)	8,3% (40)
1 a 2 porções ao dia	61,0% (50)	63,4% (52)	56,0% (75)	62,7% (116)	60,7% (293)
3 a 4 porções ao dia	25,6% (21)	28,0% (23)	21,6% (29)	65,7% (44)	24,2% (117)
5 ou+ porções ao dia	8,5% (07)	6,1% (05)	8,2% (11)	5,4% (10)	6,8% (33)
Porções de Saladas verdes/verduras*					
Nenhuma	2,4% (02)	6,0% (05)	9,0% (12)	8,1% (15)	7,0% (34)
1 a 2 porções ao dia	64,6% (53)	49,4% (41)	59,0% (79)	64,9% (120)	60,5% (293)
3 a 4 porções ao dia	19,5% (16)	28,9% (24)	21,6% (29)	21,1% (39)	22,3% (108)
5 ou+ porções ao dia	13,4% (11)	15,7% (13)	10,4% (14)	5,9% (11)	10,1% (49)

* p≤0,05

Quanto ao hábito diário de tomar café completo, percebeu-se que os homens em geral e os técnicos administrativos, principalmente o sexo masculino relataram tomar menos café da manhã completo, todos os dias.

O consumo de líquidos que contém cafeína, de duas a três vezes ao dia, foi revelado por 48,1% (n=233) dos servidores. Os técnicos administrativos do sexo masculino são os que ingeriam quantidade superior a seis vezes ao dia.

Quanto às refeições diárias, 43,6% (n=211) dos servidores faziam de duas a três refeições completas e, 22,7% (n=110) três vezes ao dia, o que é considerado positivo. Entretanto, 29,5% (n=143) dos servidores não faziam nenhuma ou apenas uma refeição completa por dia (considerado negativo). Entre as categorias funcionais, os técnicos administrativos do sexo feminino são os que não faziam nenhuma ou apenas uma refeição diária.

O hábito de fazer um lanche por dia foi relatado por 35,8% (n=166) dos servidores e dois lanches por 36,4% (n=169). Os servidores técnico-administrativos do sexo feminino (44,1%) relataram hábito de fazer dois lanches ao dia.

Verificou-se que 60,7% (n=293) dos servidores consomem de uma a duas porções ao dia, de frutas e suco naturais e 24% (n=117) consomem de três a quatro porções diárias. Sendo que os técnicos administrativos do sexo masculino apresentaram hábitos mais negativos, não consomem nenhuma fruta e suco natural por dia.

O consumo diário de uma a duas porções de saladas verdes e verduras diárias foi revelado por 60,5% (n=293) dos servidores e de três a quatro porções por 22,3% (n=108). Os servidores técnico-administrativos do sexo masculino demonstraram hábitos negativos de não consumirem saladas verdes e verduras diariamente.

A recomendação da OMS e outros órgãos internacionais é de uma dieta com baixo teor de gordura e rica em fibras, frutas e verduras, como forma de prevenção e controle de doenças não transmissíveis. Especificamente, para frutas e verduras a recomendação mínima diária é de 400 gramas ou cinco porções de 80 gramas cada (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

Nível de Atividade Física Habitual

Analisando os níveis de atividade física habitual a partir do questionário proposto por Pate e adaptado por Nahas (2003), verificou-se que 32,9% (n=159) dos servidores são inativos, 29,1% (n=141) pouco ativos, 26,7% moderadamente ativos e 11,4% muito ativos.

Considerando os inativos e pouco ativos, percebeu-se que 62% dos servidores são insuficientemente ativos. Esses resultados são preocupantes, considerando que as atividades físicas no lazer e o trabalho estão em níveis muito baixos. Estudos do ACSM (2000), Blair (1997) e USDHHS (1999) alertam que níveis baixos de atividade física aumentam riscos para o desenvolvimento de diversas doenças.

Dados semelhantes foram encontrados por Martins (2000), em professores da UFSC, no qual o nível de atividade física habitual dos professores foi considerado reduzido e irregular.

Na tabela 13, apresenta-se o resultado dos servidores insuficientemente ativos estratificado por categoria funcional, sexo e faixa etária.

Tabela 13

Proporção de Servidores da UFSC Insuficientemente Ativos (2004)

Variáveis	%	(n)	χ^2
Sexo			
Masculino	56,0	121	5,89
Feminino	66,8	179	$p \leq 0,05$
Categoria Funcional			
Docentes	46,7	77	24,9
Técnicos Administrativos	69,9	223	$p \leq 0,05$
Idade			
Até 39 anos	58,2	57	1,23
40-49 anos	64,2	163	$p = 0,54$
≥ 50 anos	60,6	80	

$p \leq 0,05$

Observou-se associação entre insuficientemente ativos ($p \leq 0,05$) e as variáveis sexo e categoria funcional. Os servidores do sexo feminino (66,8%) e os técnicos administrativos (69,9%) apresentaram níveis insuficientemente ativos em maior proporção. Não houve uma associação entre as idades, mas observou-se uma proporção maior de

insuficientemente ativos na faixa etária dos 40 aos 49 anos (tabela 12). Dado que surpreende, visto que contraria às evidências apresentadas na literatura e em outros estudos realizados em Santa Catarina.

Na análise categoria funcional e sexo, verificou-se uma proporção maior de insuficientemente ativos entre os técnicos administrativos do sexo feminino (figura 7).

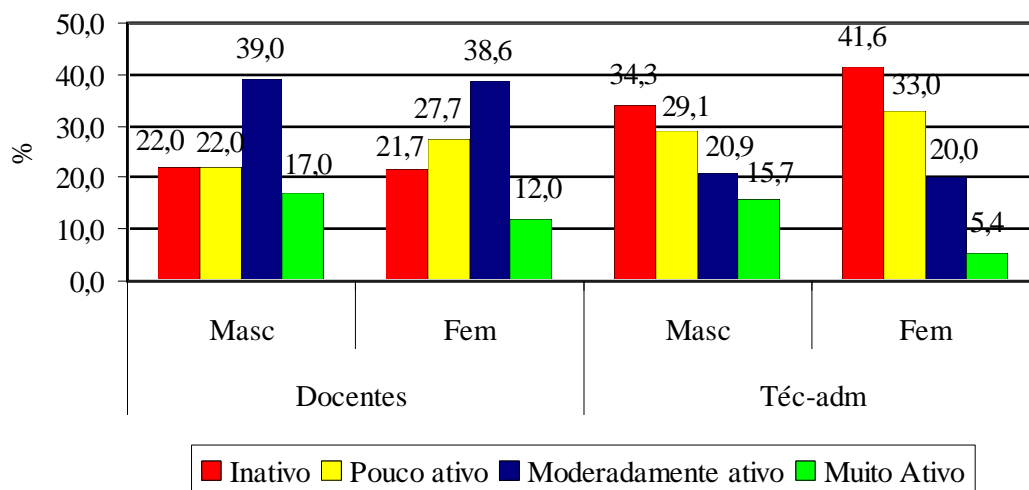


Figura 7. Nível de atividade física habitual dos servidores da UFSC, por categoria funcional e sexo (2004)

Os resultados de 2004 confirmam os de 1994, sendo que os docentes mantiveram o nível de atividade física habitual superior aos técnicos administrativos, os homens superiores às mulheres e, todos os grupos etários indicaram pouca atividade física.

Analisando as atividades físicas diárias, observou-se que 48,8% (n=236) dos servidores realizam atividades físicas leves; 48,8% (n=236) em atividades físicas moderadas e apenas 2,5% (n=12) atividades físicas intensas. No estudo realizado em 1994, 55% alegaram que realizavam atividades físicas leves e 40% em atividades físicas moderadas. Observa-se uma tendência no aumento das atividades físicas moderadas nos servidores pesquisados em 2004.

Atividades Físicas de Lazer

Evidências científicas mostram associação da prática de atividade física com uma menor incidência de doenças crônico-degenerativas a uma maior longevidade e melhora na qualidade de vida.

Na análise da atividade física de lazer, considerando a prática regular de exercícios físicos ou esportes (frequência), foram classificados como: inativos no lazer, os servidores que afirmaram não realizar exercício físico ou esportes regularmente; irregularmente ativos, os servidores que praticaram de uma a duas vezes por semana e, ativos os servidores que praticaram de três a cinco vezes ou mais por semana.

Relatam não incluir em seu lazer a prática de exercício físico ou esportes regularmente, 44,2% (n=214) dos servidores. Dos servidores (55,8%; n=270) que relatam praticar, 35,7% (n=97) praticam-no de uma a duas vezes por semana, 48% (n=129) de três a cinco vezes por semana e 16,3% (n=44) mais de cinco vezes por semana.

Os dados de 1994 mostram uma proporção de 59,5% de servidores que não incluíam em seu lazer qualquer forma de atividade física. Observou-se uma redução na proporção ($Z=4,50$; $p=0,00$) de servidores fisicamente inativos no lazer, de 1994 para 2004.

Resultado similar a este estudo foi encontrado por Barros (1999), no qual 46,4% de industriários referiram não realizar atividades físicas de lazer. Nahas e Fonseca (2004) na mesma população verificaram uma proporção menor (32,4%) de inativos no lazer.

Observou-se uma associação significativa entre inativos no lazer com as variáveis sexo ($\chi^2=12,8$; $p\leq 0,05$), categoria funcional ($\chi^2=25,1$; $p\leq 0,05$) e idade ($\chi^2=7,76$; $p\leq 0,05$). Uma maior proporção de servidores do sexo feminino (51,5%), técnicos administrativos (52,4%) e com idade acima até 39 anos (50%) relataram não praticar exercício físico e esportes regularmente no seu lazer.

Dos servidores que alegam praticar regularmente atividades físicas no lazer, verificou-se que tanto os docentes como os técnicos administrativos, as mulheres e os servidores na faixa etária dos 40 a 49 anos são mais ativos, ou seja, praticam exercícios físicos e esportes mais de três vezes por semana (tabela 14).

Tabela 14

Frequência de Prática de Atividade Física de Lazer dos Servidores da UFSC (2004)

Variáveis	1 a 2 vezes p/semana	3 a 5 vezes p/semana	+ de 5 vezes p/semana
	<i>Irregularmente ativo</i>	<i>Ativo</i>	<i>Ativo</i>
Sexo			
Masculino	40,3% (56)	41,0% (57)	18,7% (26)
Feminino	30,8% (40)	55,4% (72)	13,8% (18)
Categoria Funcional			
Docentes	35,9% (42)	47,0% (55)	17,1% (20)
Técnicos Administrativos	35,5% (54)	48,7% (74)	15,8% (24)
Idade			
Até 39 anos	37,5% (18)	54,2% (26)	8,3% (04)
40-49 anos	33,6% (45)	48,5% (65)	17,9% (24)
≥ 50 anos	37,9% (33)	43,7% (38)	18,4% (16)

$p \leq 0,05$

Quando estratificado por categoria funcional e sexo, percebeu-se que os docentes do sexo masculino (74,4%) praticam mais atividades físicas no seu tempo de lazer, enquanto, as servidoras técnico-administrativas (39,5%) praticam menos.

Uma maior proporção de homens praticando atividade física no lazer tem sido apontada também em outros estudos (Barros, 1999; Brasil, Ministério da Saúde, 2004; Carpersen et al., 2000; Costa et al., 2003; Nahas & Fonseca, 2004; Sallis e Owen, 1999).

Deslocamento para o trabalho

Os resultados quanto ao transporte para o trabalho incluíram cinco categorias: a pé e de bicicleta (transporte ativo); carro, ônibus e moto (transporte passivo).

Relataram deslocar-se a pé 11,9% (n=53); 1,3% (n=06) de bicicleta; 59,6% (n=266) carro; 24,0% (n=111) ônibus e 2,2% (n=10) de moto.

Os servidores docentes e técnico-administrativos não diferem entre si, preferem utilizar o transporte passivo como meio de deslocamento de suas residências para UFSC. Quando analisado por categoria funcional e sexo, destaca-se que os servidores docentes do

sexo masculino utilizam mais o transporte ativo, enquanto, os docentes do sexo feminino utilizam o transporte passivo.

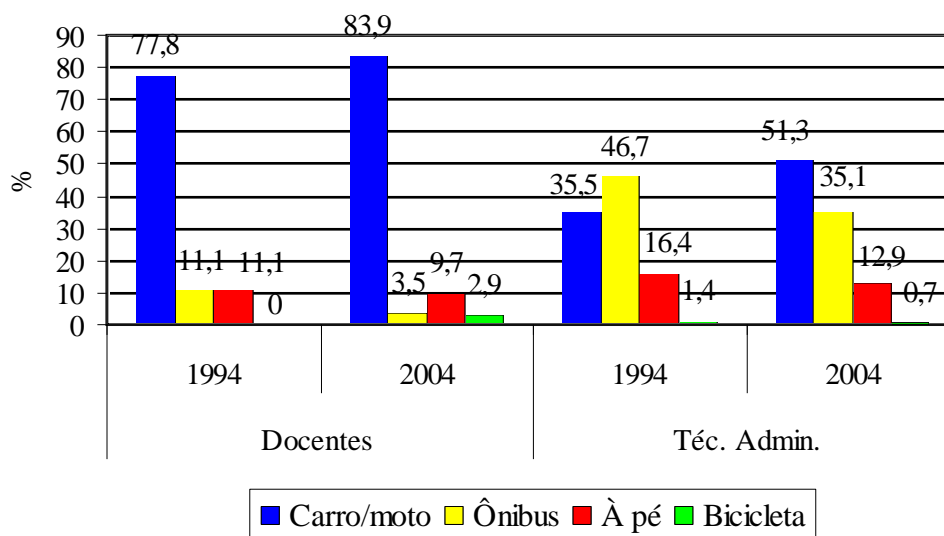


Figura 8. Forma de deslocamento dos servidores para UFSC (1994-2004)

Conforme a figura 8, observou-se uma maior proporção de docentes e técnicos administrativos, em 2004, que preferem utilizar o carro/moto como meio de deslocamento para UFSC. Uma pequena proporção de docentes utilizavam a bicicleta como meio de deslocamento, porém, dado este que não foi observado em 1994. Destacando que tanto em 1994 quanto em 2004, os técnicos administrativos utilizavam mais o transporte ativo do que os docentes.

Níveis de Aptidão Física Relacionada à Saúde

Participaram dos testes de aptidão física, apenas 172 servidores (35,5% da amostra total de 484 sujeitos), sendo 41 (23,8%) docentes e 131 (76,2%) técnicos administrativos.

Foram utilizadas como categorias de análise, o sexo e a faixa etária. Pelo número reduzido de docentes que participaram dos testes de aptidão física, não foi possível realizar análise separadamente por categoria funcional.

Aptidão cardiorrespiratória

A média geral do consumo máximo de oxigênio dos servidores foi de 37,4 ml/kg/min (DP=7,85). Para o sexo masculino a média obtida foi 41,9 ml/kg/min (DP=6,42) e no sexo feminino de 33,2 ml/kg/min (DP=6,69). Quanto à idade, percebeu-se que com o aumento da idade há uma diminuição do consumo de oxigênio ($p \leq 0,05$). Os resultados apresentados em todas as faixas etárias são considerados de boa aptidão cardiorrespiratória (tabela 15).

Tabela 15

*Consumo máximo de Oxigênio dos Servidores da UFSC (2004)
(médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos)*

Variáveis	n	Média	DP	Máxima	Mínima	F	p
Sexo							
Masculino	79	41,9	6,42	56	23	0,84	0,00*
Feminino	86	33,2	6,68	50	09		
Idade							
Até 39 anos	34	42,3	6,29	53	33	19,36	0,00*
40-49 anos	89	37,9	7,67	56	17		
≥ 50 anos	42	32,2	6,40	44	09		

* $p \leq 0,05$

Uma análise secundária dos dados do Projeto de 1994, Xavier (1997), estudou apenas as servidoras da UFSC e constatou que a aptidão cardiorrespiratória estava na condição satisfatória em todas as faixas etárias.

Os dados encontrados nesta amostra alcançaram resultados próximo dos observados em 1994 (Nahas et al. 1995). Nos dois estudos, a aptidão cardiorrespiratória apresentou níveis satisfatórios para ambos os sexos e, com aumento da idade, ocorreu uma diminuição no consumo de oxigênio (figura 9).

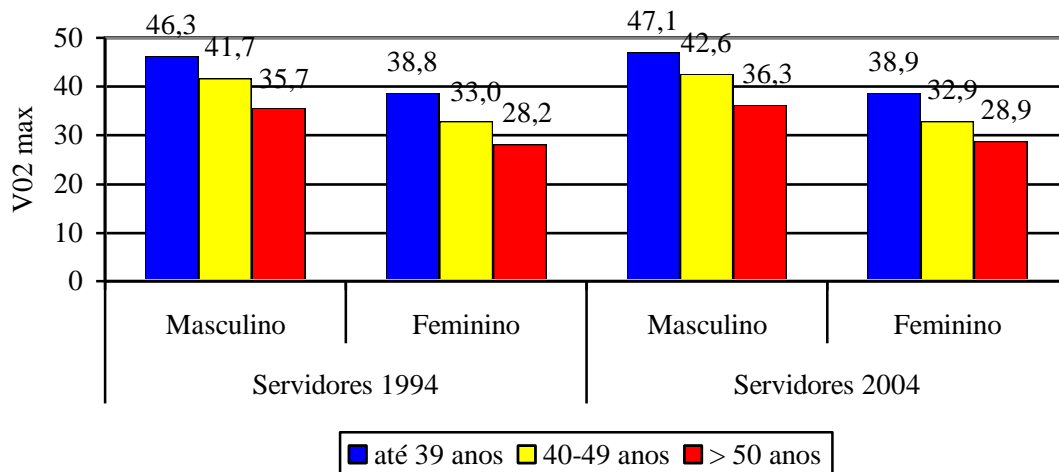


Figura 9. Consumo máximo de oxigênio entre servidores da UFSC (1994-2004)

Quando categorizado, o consumo máximo de oxigênio calculado em níveis de aptidão cardiorrespiratória, percebeu-se que 54,4% dos servidores encontram-se na faixa recomendável para a saúde e quando separado por sexo, tanto o sexo masculino (58,2%; n=46) como o feminino (51,2%; n=44) encontram-se nesta faixa. Na condição de risco ou em baixa aptidão, as mulheres estão em proporção maior (21%; n=18) em relação aos homens (12,7%, n=10).

Analisando o nível de aptidão cardiorrespiratória por faixa etária, apenas 5,9% dos servidores na faixa até 39 anos estão em baixa aptidão. Porém, 83% dos servidores, com idade entre 40 e 49 anos e 76,2%, com idade acima dos 50 anos, estão com aptidão cardiorrespiratória na faixa recomendável ou condição atlética. Observou-se uma associação significativa entre o nível de aptidão cardiorrespiratória e faixa etária.

Força/Resistência Muscular

Para avaliação da força/resistência muscular foi estimada através do testes abdominal em 30 segundos, flexão/extensão do cotovelo e dinamometria manual.

Força/resistência abdominal. Os resultados mostraram que os servidores alcançaram a média de 13,8 repetições (DP=7,76) em 30 segundos, com valores mínimo e máximo de zero a 34 repetições, respectivamente.

Na tabela 16, apresenta-se a distribuição da amostra em relação aos valores médios obtidos. Percebeu-se que em média os homens possuem mais força abdominal que as

mulheres ($p \geq 0,05$) e uma redução da força em relação ao aumento da idade ($p \leq 0,05$). Confirmando os dados de 1994 em que a força abdominal diminuiu significativamente após os 50 anos em ambos os sexos (Duarte, Taclieber & Nahas, 1995).

Tabela 16

Força Abdominal dos Servidores da UFSC (2004)
(médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos)

Variáveis	n	Média	DP	Máxima	Mínima	F	p
Sexo							
Masculino	80	17,8	6,68	34	0	0,77	0,00*
Feminino	90	10,2	6,89	25	0		
Idade							
Até 39 anos	35	15,8	7,67	34	0		
40-49 anos	93	14,3	7,49	30	0	3,84	0,02*
≥ 50 anos	42	11,2	7,93	25	0		

* $p \leq 0,05$

Em relação ao nível de classificação da força abdominal, cerca de 71% dos servidores encontram-se na faixa recomendável para a saúde ou condição atlética. Analisando por sexo, 73,8% dos homens e 67,8% das mulheres estão na faixa recomendável para a saúde ou em condição atlética. Pode-se observar uma diferença significativa entre os sexos. Em relação à idade, 37,1% dos servidores na faixa até 39 anos não conseguem atingir a faixa recomendável para a saúde (tabela 17).

Com servidores da Universidade Federal de Viçosa resultados semelhantes foram encontrados, estando à maioria em níveis satisfatórios para a saúde (Silva & Juvêncio, 2004)

Tabela 17

Nível de Classificação de Força Abdominal dos Servidores da UFSC (2004)

Variáveis	Condição de risco	Abaixo aptidão	Faixa recomendável	Condição atlética
Sexo				
Masculino	8,8% (07)	17,5% (14)	51,3% (41)	22,5% (18)
Feminino	23,3% (21)	8,9% (08)	56,7% (51)	11,1% (10)
Idade				
Até 39 anos	17,1% (06)	20,0% (07)	18,6% (17)	14,3% (05)
40-49 anos	14,0% (13)	12,9% (12)	57,0% (53)	16,1% (15)
≥ 50 anos	21,4% (09)	7,1% (03)	52,4% (22)	19,0% (08)

Força dos membros superiores. Foi verificada através do teste de flexão/extensão dos cotovelos e da dinamometria manual.

A média geral da flexão/extensão dos cotovelos foi de 17,3 repetições (DP=11,44), sendo o valor mínimo de zero (nenhuma repetição) e o valor máximo de 60 repetições.

Tabela 18

Flexão e Extensão dos Cotovelos dos Servidores da UFSC (2004)
(médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos)

Variáveis	N	Média	DP	Máxima	Mínima	F	p
Sexo							
Masculino	80	18,7	11,75	60	0	0,035	0,14
Feminino	90	16,1	11,09	50	0		
Idade							
Até 39 anos	35	22,9	11,72	60	0		
40-49 anos	93	17,2	11,14	50	0	7,62	0,00
≥ 50 anos	42	13,0	10,13	35	0		

p≤0,05

Em relação ao sexo não foi verificada associação significativa, no entanto, em relação à faixa etária, percebeu-se que com aumento da idade diminuiu a força dos membros superiores (tabela 18). No estudo de 1994, os homens mostraram uma diminuição após os 40 anos e as mulheres não mostraram diferença significativa entre os grupos (Duarte, Taclieber & Nahas, 1995).

Na classificação do nível de flexão e extensão do cotovelo, não houve associação significativa nas variáveis sexo e faixa etária. Tanto para homens (77,6%) como para mulheres (68,9%) os níveis de força encontram-se na faixa recomendável para a saúde ou condição atlética. Analisando por faixa etária, observou-se que os servidores também se encontram em maior proporção na faixa recomendável para a saúde ou condição. (tabela 19).

Tabela 19

Nível de Classificação do Teste de Flexão e Extensão dos Cotovelos dos Servidores da UFSC (2004)

Variáveis	Condição de risco	Abaixo aptidão	Faixa recomendável	Condição atlética
Sexo				
Masculino	15,0% (12)	7,5% (06)	48,8% (39)	28,8% (23)
Feminino	20,0% (18)	11,1% (10)	48,9% (44)	20,0% (18)
Idade				
Até 39 anos	8,6% (03)	14,3% (05)	48,6% (17)	28,6% (10)
40-49 anos	17,2% (16)	9,7% (09)	47,3% (44)	25,8% (24)
≥ 50 anos	26,2% (11)	4,8% (02)	52,4% (22)	16,7% (07)

Quanto a dinamometria manual, a média geral da mão direita foi de 36,3 kg (DP=11,96), sendo o valor mínimo de 16 e o valor máximo de 72 kg. Na mão esquerda, a média foi de 34,7 kg (DP=11,42), com valor mínimo de 16 e o máximo de 70 kg. Os homens apresentaram média superior às mulheres em ambas as mãos e, entre as idades não foi observada diferença significativa.

Os resultados indicam que 70,4% dos servidores estão na condição de risco e abaixo aptidão para a saúde. Comparando os resultados entre os sexos, as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas. Em todas as faixas etárias encontrou-se a maior proporção de servidores em níveis insatisfatórios (condição de risco) para a saúde, destacando os servidores na faixa etária de 40 a 49 anos (65,2%). Todavia, 31% dos servidores com idade acima de 50 anos, atingem condição satisfatória para a saúde (tabela 20).

Tabela 20

Nível de Classificação do Teste de Dinamometria dos Servidores da UFSC (2004)

Variáveis	Condição de risco	Abaixo aptidão	Faixa recomendável	Condição atlética
Sexo				
Masculino	56,3% (45)	16,3% (13)	12,5% (10)	15,0% (12)
Feminino	55,1% (49)	13,5% (12)	18,0% (16)	13,5% (12)
Idade				
Até 39 anos	51,4% (18)	17,1% (06)	22,9% (08)	8,6% (03)
40-49 anos	65,2% (60)	14,1% (13)	12,0% (11)	8,7% (08)
≥ 50 anos	38,1% (16)	14,3% (06)	16,7% (07)	31,0% (13)

Entre os servidores de 1994, os homens sofreram uma queda significativa a partir dos 40 anos e as mulheres mantiveram os mesmos valores para todas as idades.

No estudo de Souza et al, (1998) resultados semelhantes foram encontrados com servidores da Universidade de Pernambuco, 71% dos avaliados encontravam-se em condição insatisfatória para a saúde.

Flexibilidade

Flexibilidade de tronco-quadril. Os valores obtidos, em média foram de 25,9 cm (DP=9,98), sendo que o menor valor alcançado foi de zero e o maior de 55 cm.

Levando-se em consideração os valores médios obtidos pelos sexos masculino e feminino separadamente, temos os seguintes resultados: para os homens a média alcançada foi de 24,0 cm (DP=9,89) e para as mulheres a média foi de 27,6 cm (DP=9,8). Reforçando o que já é largamente documento na literatura, as mulheres tendem a ser mais flexíveis que os homens (Achour Junior, 1999).

Em relação ao sexo, não foi verificada associação significativa ($p \geq 0,05$), as mulheres apresentaram-se mais flexíveis que os homens. Quando a análise foi estratificada por idade, os resultados apresentaram a mesma tendência, não se observou diferença significativa entre as faixas etárias (tabela 21).

Tabela 21

Flexibilidade de Tronco-quadril dos Servidores da UFSC (2004)
(médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos)

Variáveis	n	Média	DP	Máxima	Mínima	F	p
Sexo							
Masculino	81	24,0	9,89	55	03	0,004	0,01*
Feminino	90	27,6	9,80	52	00		
Idade							
Até 39 anos	35	25,7	9,80	43	04		
40-49 anos	93	26,4	10,37	55	03	0,276	0,759
≥ 50 anos	43	25,1	9,43	41	00		

p<0,05

Quando categorizado em níveis de classificação, cerca de 51% dos servidores apresentaram níveis de flexibilidade de tronco insatisfatórios para a saúde. Nenhuma associação significativa foi verificada entre nível de flexibilidade e as variáveis sexo e idade (tabela 22).

No estudo de 1994, as mulheres apresentaram níveis de flexibilidade maiores do que os homens. Neste estudo os homens apresentaram proporção maior nos níveis ideais para a saúde.

Tabela 22

Nível de Classificação de Flexibilidade dos Servidores da UFSC (2004)

Variáveis	Condição de risco	Abaixo aptidão	Faixa recomendável	Condição atlética
Sexo				
Masculino	30,9% (25)	12,3% (10)	46,9% (38)	9,9% (08)
Feminino	36,7% (33)	21,1% (19)	30,0% (27)	12,2% (11)
Idade				
Até 39 anos	51,4% (18)	14,3% (05)	25,7% (09)	8,6% (3)
40-49 anos	26,9% (25)	16,1% (15)	45,2% (42)	11,8% (11)
≥ 50 anos	34,9% (15)	20,9% (09)	32,6% (14)	11,6% (05)

Flexibilidade de ombros. A média geral da flexibilidade do ombro direito foi de +1,19 cm (DP=9,67), sendo o valor mínimo de -33 e o valor máximo de +19 cm. No ombro esquerdo, a média foi de -3,64 cm (DP=11,22), com valor mínimo de -34 e o máximo de +17 cm.

Quando separado por sexo, verificou-se que os valores médios no ombro direito e esquerdo nas mulheres foram superiores aos dos homens. Com o aumento da idade verificou-se um decréscimo dos valores médios da flexibilidade do ombro direito e esquerdo, apresentando diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Tabela 23

Nível de Classificação de Flexibilidade do Ombro Direito e Esquerdo dos Servidores da UFSC (2004)

Variáveis	Condição de risco	Abaixo aptidão	Faixa recomendável	Condição atlética
<i>Ombro Direito</i>				
Sexo				
Masculino	40,5% (32)	7,6% (06)	24,1% (19)	27,8% (22)
Feminino	34,8% (31)	15,7% (14)	29,2% (26)	20,2% (18)
Idade				
Até 39 anos	17,1% (06)	17,1% (06)	34,3% (12)	31,4% (11)
40-49 anos	39,6% (36)	8,8% (08)	27,5% (25)	24,2% (22)
≥ 50 anos	50,0% (21)	14,3% (06)	19,0% (08)	16,7% (07)
<i>Ombro Esquerdo</i>				
Sexo				
Masculino	58,2% (46)	2,5% (02)	15,2% (12)	24,1% (19)
Feminino	45,6% (41)	10,0% (09)	25,6% (23)	18,9% (17)
Idade				
Até 39 anos	31,4% (11)	2,9% (01)	28,6% (10)	37,1% (13)
40-49 anos	54,9% (50)	7,7% (07)	17,6% (16)	19,8% (18)
≥ 50 anos	60,5% (26)	7,0% (03)	20,9% (09)	11,6% (05)

Em relação à flexibilidade do ombro direito, percebeu-se que 48,1% dos homens e 50,5% das mulheres apresentaram níveis insatisfatórios para a saúde, estando em condição de risco ou abaixo da aptidão. No ombro esquerdo, a proporção de servidores em níveis preocupantes para a saúde foi superior, 51,9% dos homens e 49,4% das mulheres (49,4%), apresentaram condição de risco ou abaixo da aptidão. No estudo de 1994, ambos os sexos

apresentaram índices maiores de flexibilidade na articulação escápulo-umeral direito. Com o aumento da idade verificou-se um decréscimo dos níveis de flexibilidade do ombro direito e esquerdo.

Composição Corporal

Na tabela 24 e 25, estão descritas as medidas de massa corporal, estatura, razão cintura e quadril e somatório de cinco dobras cutâneas (tríceps, subescapular, suprailíaca, abdominal e panturrilha medial) dos servidores por sexo e faixa etária. Os resultados de massa corporal, estatura e somatório das dobras cutâneas serão comparados com os estudos realizados nesta mesma população por Duarte e Nahas (1996) e Lopes et al. (1995).

Tabela 24

Medidas de Massa Corporal e Estatura dos Servidores da UFSC (2004)
(médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos)

Variáveis	n	Massa Corporal (kg)		Estatura (cm)	
		Média (DP) Mínimo-Máximo	F	Média (DP) Mínimo-Máximo	F
Sexo					
Masculino	196	77,5 (12,72) 45 - 119,6	0,87	172,62 (7,03) 153,0 – 190,0	0,13
Feminino	247	63,4 (12,14) 44,0 – 128,2	(p≤0,05)	160,77 (7,38) 143,3 – 195,0	(p≤0,05)
Idade (masculino)					
Até 39 anos	37	74,0 (9,37) 50,2 – 93,0		174,96 (6,09) 165,0 – 190,0	
40-49 anos	102	77,1 (12,93) 45,0 – 112,0	3,18 (p≤0,05)	171,42 (7,21) 153,0 – 190,0	3,84 (p≤0,05)
≥ 50 anos	57	80,6 (13,7) 50,0 – 119,6		173,23 (6,91) 160,0 – 187,4	
Idade (feminino)					
Até 39 anos	50	58,4 (8,77) 45,0 – 97,0		161,90 (7,29) 146,5 – 180,0	
40-49 anos	137	64,7 (12,6) 44,0 – 111,2	5,47 (p≤0,05)	160,45 (7,16) 143,3 – 195,0	0,73 (p=0,48)
≥ 50 anos	60	64,6 (12,5) 44,0 – 128,2		160,55 (7,95) 147,5 – 190,0	

p≤0,05

A média da massa corporal dos servidores do sexo masculino foi de 77,5 kg (DP=12,72) e para o sexo feminino foi de 63,4 kg (DP=12,14). Em relação à idade, o sexo masculino teve um aumento conforme o avanço da idade, houve diferença estatisticamente significativa entre a faixa de até 39 anos e acima de 50 anos. No sexo feminino, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre a faixa etária até 39 anos, quando comparada com as faixas etárias acima de 40 (tabela 24).

Em relação à estatura, no sexo masculino, houve uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre a faixa etária até 39 anos e de 40 a 49 anos. No sexo feminino, não houve diferença estatisticamente significativa entre as idades.

Tabela 25

Medidas da Razão Cintura/Quadril (RCQ) e Somatório de Cinco Dobras Cutâneas ($\Sigma 5DC$) dos Servidores da UFSC-2004 (médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos)

Variáveis	n	RCQ (cm)		n	$\Sigma 5DC$ (mm)	
		Média (DP) Mínimo-Máximo	F		Média Mínimo-Máximo	F
Sexo						
Masculino	81	0,89 (0,05) 0,8 – 1,0	2,48 ($p \leq 0,05$)	80	92,6 (29,84) 31,0 – 142,0	0,61 ($p \leq 0,05$)
Feminino	90	0,78 (0,68) 0,6 – 1,0		86	116,3 (33,77) 56,0 – 207,5	
Idade (masculino)						
Até 39 anos	14	0,85 (0,03) 0,8 – 0,9	9,80 ($p \leq 0,05$)	14	84,5 (30,2) 40,5 – 128,3	1,74 ($p = 0,18$)
40-49 anos	47	0,89 (0,05) 0,8 – 1,0		47	90,9 (32,4) 31,0 – 142,9	
≥ 50 anos	20	0,93 (0,04) 0,9 – 1,0		19	102,8 (20,1) 73,9 – 141,8	
Idade (feminino)						
Até 39 anos	21	0,75 (0,04) 0,7 – 0,8	2,20 ($p = 0,12$)	21	103,7 (33,0) 68,0 – 195,0	2,41 ($p = 0,09$)
40-49 anos	46	0,78 (0,07) 0,6 – 1,0		44	117,9 (33,4) 56,0 – 207,5	
≥ 50 anos	23	0,79 (0,07) 0,7 – 1,0		21	125,8 (32,9) 58,6 – 182,2	

$p \leq 0,05$

A razão cintura/quadril (RCQ) é utilizada também como indicador para determinação do padrão de obesidade. O risco de doenças é maior quando a RCQ atinge os valores maiores de 0,95 cm para homens e 0,85 cm para mulheres (Nahas, 2003).

Neste estudo, verificou-se que os valores médios tanto para os homens (0,89 cm) como para as mulheres (0,78 cm) e, entre as faixas etárias, apresentaram valores médios inferiores aos indicados para a condição de risco. Houve diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) no sexo masculino e nas faixas etárias, ocorrendo um aumento da RCQ com o avanço da idade.

Em relação à proporção de servidores na condição de risco aumentado para doenças, percebeu-se que 18,5% dos homens e 17,8% das mulheres estão nesta condição. Quanto à faixa etária, a preocupação maior é entre os servidores com idade acima de 50 anos, 30,2% deles apresentaram condição de risco.

Com relação à distribuição da gordura corporal subcutânea, percebeu-se um aumento progressivo da gordura corporal subcutânea com o passar da idade em ambos os sexos.

Na amostra de 1994 (Duarte & Nahas, 1996; Lopes et al, 1995), dados semelhantes foram observados quando comparado o $\Sigma 5DC$. As mulheres apresentaram valores médios superiores aos dos homens em todas as idades. Verificou-se também, que com avanço da idade aumentou a gordura corporal subcutânea.

Inter-relação entre Atividade Física Habitual, IMC e Certos Fatores do Comportamento

Na análise da inter-relação entre atividade física habitual (AFH) e IMC, verificou-se que a prevalência de sobrepeso e obesidade não estão associados à atividade física habitual ($\chi^2=1,56$; $p=0,67$). Após estratificação por categoria funcional essa associação também não foi estatisticamente significativa.

No presente estudo, não foi discriminada a associação entre fumo e AFH ($\chi^2=2,49$; $p=0,11$), embora a proporção de fumantes tenha sido maior entre os insuficientemente ativos.

A atividade física habitual foi significativamente associada ao consumo de álcool por semana ($\chi^2=6,83$; $p \leq 0,05$). Os servidores ativos foram os que ingeriam até dez doses de bebidas alcoólicas. Entretanto, para o consumo ocasional exagerado não houve associação ($\chi^2=0,01$; $p=0,89$). Entre as categorias funcionais não houve também associação estatisticamente significativa.

A percepção do nível de estresse foi significativamente associada a AFH ($\chi^2=6,54$; $p\leq 0,05$). Os servidores que relataram maior nível de estresse são os insuficientemente ativos. Após estratificação pela categoria funcional, a associação entre AFH e a percepção do nível de estresse foi estatisticamente significativa apenas entre os técnicos administrativos ($\chi^2=10,6$; $p\leq 0,05$).

A inter-relação entre AFH e a frequência de consumo de frutas/sucos naturais ($\chi^2=22,0$; $p\leq 0,05$) e saladas verdes/verduras ($\chi^2=6,0$; $p\leq 0,05$) foi estatisticamente significativa.. A proporção de servidores que não consumiam frutas/sucos naturais e saladas verdes/verduras de forma ideal (mais de três frutas por dia) foi maior entre os insuficientemente ativos (76,7% e 71,7%, respectivamente). Quando estratificado por categoria funcional, verificou-se que tanto docentes como técnicos administrativos, que não consumiam frutas/sucos naturais de forma ideal também foram considerados insuficientemente ativos.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados obtidos com a realização deste estudo permitem fazer as seguintes conclusões:

A maioria dos servidores relatou satisfação no trabalho e quando comparados aos resultados do estudo de 1994, houve um aumento na proporção de insatisfeitos no trabalho em 2004.

A percepção positiva do estado de saúde foi referida pela maioria dos servidores e os resultados foram superiores aos do estudo de 1994. Os técnicos administrativos revelaram uma percepção mais negativa de saúde do que os docentes.

Quanto ao IMC, os servidores encontram-se na faixa recomendável para a saúde. As mulheres estão em maior proporção dentro da faixa recomendável e os homens apresentaram maior proporção de sobrepeso e obesidade. Houve uma tendência de aumento de homens com sobrepeso/obesidade de 1994 para 2004.

Verificou-se uma redução na proporção de tabagista, em 2004, principalmente entre os técnicos administrativos. Independente do sexo, observou-se variações significativas na proporção de fumantes de um período para o outro.

Os servidores deste estudo diminuíram o consumo de bebidas alcoólicas, principalmente entre os técnicos administrativos do sexo masculino. Ao considerar-se o consumo exagerado ocasional de bebida alcoólica, 26% dos servidores ingeriam cinco ou mais doses numa mesma ocasião e os homens continuam ingerindo mais que as mulheres.

Em ambos os estudos, os servidores relataram uma percepção positiva da qualidade do sono. Houve uma redução significativa na proporção da percepção negativa da qualidade do sono dos técnicos administrativos do sexo feminino de 1994 para 2004.

A proporção de servidores que se relataram estressados é semelhante aos encontrados no estudo de 1994. A prevalência do nível de estresse em 2004 foi entre os docentes, já em 1994, foi maior entre os técnicos administrativos.

Ao considerar os hábitos alimentares dos servidores, a maioria mostra-se com hábito de tomar café diariamente. Quase metade dos servidores toma líquidos que contém cafeína, de duas a três vezes ao dia. Fazer refeições diárias e consumir lanches, foram considerados um hábito positivo entre os servidores. A maioria dos servidores consome diariamente frutas/sucos naturais e saladas verdes/verduras. No entanto, a proporção de servidores que não ingerem frutas/sucos naturais e saladas verdes/verduras diariamente, foi maior entre os técnicos administrativos do sexo masculino. Os servidores técnico-administrativos, principalmente do sexo masculino, são os sujeitos mais expostos ao comportamento negativo em relação aos hábitos alimentares.

Quanto ao nível de atividade física habitual, 62% dos servidores foram considerados insuficientemente ativos. A maioria dos técnicos administrativos e das mulheres está em níveis insuficientemente ativos, confirmando os resultados de 1994.

Nas atividades físicas diárias, os servidores passam a maior parte do tempo em atividades leves e em atividades físicas moderadas. Diferente dos resultados de 1994, em que os servidores passavam a maior parte do tempo em atividades leves.

Nas atividades físicas de lazer 44,2% dos servidores relataram não incluir a prática regular de exercícios físicos ou esportes. A prevalência de servidores inativos no lazer foi inferior a 1994. Os técnicos administrativos, as mulheres e os servidores com idade acima de 39 anos são os que menos praticam atividade física de lazer.

Os servidores preferem utilizar o transporte passivo como meio de deslocamento para UFSC e houve um aumento na utilização do carro. Os técnicos administrativos, em ambos os estudos, utilizam mais o transporte ativo que os docentes.

Em termos de aptidão física relacionada à saúde, pode-se concluir que os níveis de aptidão cardiorrespiratória se encontram em níveis satisfatórios (faixa recomendável), para ambos os sexos, assim como os índices de força/resistência muscular apontam para condição ideal. Metade dos servidores apresenta níveis insatisfatórios de flexibilidade de tronco e ombro.

Em relação ao RCQ, estão em condição de risco aumentado para doenças aproximadamente um quinto dos servidores. Preocupação maior com os servidores acima de 50 anos. Quanto ao resultado do $\Sigma 5DC$, os dados atuais confirmam o estudo de 1994, as mulheres apresentaram valores médios superiores aos homens em todas as idades.

Pode-se concluir que não houve inter-relação entre atividade física habitual, IMC, fumo e consumo ocasional exagerado de álcool. A atividade física habitual foi associada ao consumo de álcool por semana e ao nível de estresse. Os servidores ativos são os que mais ingerem bebidas alcoólicas e os servidores mais estressados são menos ativos. Houve associação entre atividade física habitual e o consumo de frutas/sucos naturais e saladas verdes/verduras.

A partir dessas análises, pode-se sugerir:

- (a) implementação de políticas de qualidade de vida para os servidores docentes e técnico-administrativos;
- (b) implantação de programas de promoção de saúde, visando programas informativos e de atividade física que possam atender aos interesses e necessidades dos servidores da UFSC. Esses programas de promoção da saúde devem envolver um diagnóstico das necessidades, desejos e disponibilidade da população em questão;
- (c) desenvolvimento de intervenções em grupos específicos, sobretudo, para os técnicos administrativos;
- (d) implantação de um programa para a avaliação física periódica em parceria com os Centros da UFSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achour Junior, A. (1999). *Bases para exercícios de alongamento. Relacionando com a saúde e no desempenho atlético*. Londrina: Phorte Editora.
- Almeida, L. M. & Coutinho, E. S. F. (1993). Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 27(19), 23-29.
- Almeida, M., Michelin, E., Moraes, E. R. & Burini, R. C. (2004). *Prevalência de inaptidão física em servidores com função de motoristas*. Anais: XXVII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte: Atividade Física, da ciência básica para ação efetiva. São Paulo, p. 161.
- American cancer Society. *Tobacco and cancer*. Acesso em 12/05/2004. Disponível em: <http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp>
- American College of Sport Medicine – ACSM (2000). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. (6rd ed). Philadelphia: Lippincott Wilians & Wilkins.
- American Heart Association (2001). *AHA Science Advisory. Wine and your heart. A science advisory for healthcare professionals from the nutrition committee, council on cardiovascular nursing of The American Heart Association*. *Circulation* 103(3), 472-475.
- American Institute of stress. *Job stress*. Acessado em 26/02/2004. Disponível em: <http://www.stress.org>.
- Andrade, A. (2001). *Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: a importância do sujeito na "relação atividade física e saúde"*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina.
- ANEP (2003). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Acesso em 12/2003. Disponível em: <http://www.anep.org.br/arquivos/cceb.pdf>.
- Anjos, L.A. (1999). *Prevalência da inatividade física no Brasil*. Anais do II Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde. (pp.58-63). Florianópolis: CDS/UFSC.
- Avery, C. S. (1991). Abdominal obesity. Scaling down this deadly risk. *The physician and Sports Medicine*, 19(10), 127-143.
- Barros, M. V. G. (1999). *Atividade física no lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores das indústrias no estado de Santa Catarina, Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.

- Biachetti, L.A. (1995). *Variação na composição corporal de escolares de 7 a 10 anos do Colégio Aplicação da Universidade Federal de Santa Catarina nos anos de 1988 e 1994*. Monografia de Especialização. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Blair, S. N. (1997). *Effect of physical activity on cardiovascular disease mortality as an independent risk factor*. In: Prevalence of Physical Inactivity in the United States. Champaign: Human Kinetics Books, pp. 127-136.
- Bouchard, C. & Shephard, R. J. (1993). Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In: C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Orgs.). *Physical activity, fitness, and health consensus statement*. (pp.11-23). Champaign: Human Kinetics.
- Brasil, Ministério da Saúde (1988). Divisão de doenças crônico-degenerativas. *Projeto saúde sobre estilo de vida*. Levantamento e pesquisa de marketing Ltda.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004a). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004b). Instituto Nacional de Câncer – INCA. *Tabagismo no mundo*. Acesso 02/2004. Disponível em: <http://inca.gov.br/tabagismo/>
- Brasil, Ministério da Saúde (2004c). *Empresas calculam o custo com fumantes*. Acesso em 12/02/2004. Disponível em: <http://www.portalweb2.saude.gov.br/saude/>
- Bruce, M. J. & Katzmarzyk, P. T. (2002). Canadian population trends in leisure-time physical activity levels, 1981-1998. *Canadian Journal of Applied physiology-Revue Canadienne de Physiologie Appliquée*, 27 (6), 681-690.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 172-179.
- Caspersen, C. J., Pereira, M. A. & Curran, K. M. (2000). Changes in physical activity physical patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 1601-1609.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *Improving nutrition and increasing physical activity*. Acesso 20/08/2004. Disponível em: http://www.cdc.gov/nccdphp/bb_nutrition/

- Cervato, A. M., Mazzilli, R. N., Martins, I. S. & Marucci, M. F. N. (1997). Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Revista de Saúde Pública*, 31 (3), 227-235.
- Chor, D. (1999). *Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea*. Caderno de Saúde Pública, 15(2), 423-425.
- Colla, D. P. & Duarte, M. F. S. (2000). *Evolução da estatura em homens no período de 1845 a 1919*. Anais do Simpósio Internacional de Ciência do Esporte, CELAFISCS, p. 125.
- Corbin, C. B. & Lindsey, R. (1997). *Concepts of physical fitness*. Boston: WCB McGraw-Hill.
- Corbin, C. B., Lindsey, R. & Welk, G. (2000). *Concepts of physical fitness: Active lifestyles for wellness*, 10th. Ed New York, NY: McGraw-Hill.
- Costa, J. S. D., Silveira, M. F., Gazalle, F. K., Oliveira, S. S., Hallal, P. C., Menezes, A. M. B., Gigante, D. P., Olinto, M. T. A. & Macedo, S. (2004). Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista Saúde Pública*, 38(2), 284-291.
- Cruz, I. C. F. & Lima, R. (1998). Detecção dos fatores de risco para hipertensão arterial na equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem*, 6(1), 223-232.
- Dantas, E. H. M. (1998). *A prática de preparação física*. (4ed). Rio de Janeiro: Sharpe.
- De Bem, M. F. L. (2003). *Estilo de vida e comportamento de risco de estudantes trabalhadores do ensino médio de Santa Catarina*. Tese de Doutorado, Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Dioguardi, G. S., Ghorayeb, N., Reginato, L. E., Baptista, C., Savioli, F. & Camargo, C. L. (1996). Atividade física em médicos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 6 (1), 117-120.
- Duarte, C. R., Taclieber, K. K. & Nahas, M. V. (1995). Força abdominal e de membros superiores de servidores da UFSC de 20 a 60 anos. Anais V Simpósio Paulista de Educação Física, p. 39.
- Duarte, M. F. S. & Nahas, M. V. (1996). Prevalence of overweight and obesity in brazilian university faculty and support employees. In: 43rd American College Annual Meeting, 1996, Cincinnati, Ohio, EUA. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Indianapolis: ACSM, v. 28. p. s2.

- Ell, E., Camacho, L. A. B. & Dora, C. (1999). Perfil antropométrico de funcionários de banco estatal no Estado do Rio de Janeiro/Brasil: I – Índice de massa corporal e fatores sócios-demográficos. *Caderno de Saúde Pública*, 15(1), 113-121.
- Epi-data (2004). Programa Epi-data – freeware. Acesso 20/04/2004. Disponível em: <http://www.epidata.dk/>
- EpiCalc (2004). Programa EpiCalc 2000. Acesso: 03/2005. Disponível em: <http://www.brixtonhealth.com/epicalc.html>
- Farias Junior, J. C. (2002). *Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Figueira Junior, A. J., Matsudo, V. K. R., Pereira, M. H. N. & Duarte, C. R. (1988). Tendência secular de variáveis antropométricas e de força muscular *visão durante uma década*. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, 2 (2), 17-23.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D. Kuczmarski, R. J. & Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States: Prevalence and trends, 1960-1994. *Int J. Obes*, 22, 39-47.
- Flores, A. (2002). Prevalência da inatividade física e outros fatores de risco relacionados à saúde na população adulta urbana de Mafra. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Fonseca, M. J. M., Chor, D. & Valente, J. G. (1999). Hábitos alimentares entre funcionários estatal: padrão de consumo alimentar. *Caderno de Saúde Pública*. 15(1), 29-39.
- França Junior, I. & Monteiro, C. A. (2000). Estudo de tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6 supl.), 5-7.
- França, N. M & Vivolo, M. A. (1987). Medidas antropométricas. In: V. K. R. Matsudo (Ed.) *Teste em ciência do Esporte*. (pp.19-31). São Caetano do Sul: CELAFISCS.
- Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L. A. & Olinto, M. T. A. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 31(3), 236-246.
- Glanz, H., Lewis, F.M. & Rimer, B. K. (1997). Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossly-Bars Publishers.
- Gordon, N. F. (1998). *Conceptual basis for coronary artery disease risk factor assessment*. In: American College of Sports Medicine. ACM's Recourse manual for Guideliness

- for Exercise Testing and Prescription. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 3-12.
- Griep, R. H., Chór, D. & Camacho, L. A. B. (1998). Tabagismo entre trabalhadores de empresa bancária. *Revista de Saúde Pública*, 32(6), 533-540.
- IBGE (1998). *Pesquisa sobre o padrão de vida*. Brasília. Acesso em: 02/2004. Disponível em: <http://ibge.gov.br/imprensa/noticias/ppv11.html>
- IBGE (2004). Pesquisa de Orçamentos familiares – POF 2002-2003. Acesso em 12/2004. Disponível em: <http://ibge.gov.br>
- Instituto DataFolha (1997). *Um guia de atividades para seu bem-estar* (27 de novembro). Jornal Folha de São Paulo, Caderno Especial. Mexa-se, p. 12.
- Instituto Nacional de Salud Y Seguridad Ocupacional – NIOSH. Disponível em <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101sp.html>.
- Kac, G. (1998). Tendência secular em estatura em recrutas da Marinha do Brasil nascidos entre 1940 a 1965. *Caderno de Saúde Pública*, 14, 109-117.
- Kac, G. (1999). Tendência secular em estatura: uma revisão de literatura. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 15(3), 451-461, jul-set.
- Kline, G. M., Porcari, J., Hintermeister, R., Freedson, P., Ward, A., McCarron, R., Ross, J. & Rippe, J. (1987). Estimation of VO₂ max from a one-mile track walk, gender, age, and body weight. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, 253-259.
- Lopes, A. S (1999). *Antropometria, composição corporal e estilo de vida de crianças com diferentes características étnico-culturais no estado de Santa Catarina*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Maria.
- Lopes, A., Nahas, M. V., Duarte, M. F. S. & Pires Neto, C. S. (1995). Distribuição da Gordura corporal subcutânea e índices de adiposidade em indivíduos de 20 a 60 anos de idade. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 1(2), 15-26.
- Marcondes, E. & Marques, R. M. (1993). Estudo antropométrico de indivíduos aptos para o serviço militar no período de 1979 a 1991. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2, 9-38.
- Marques, A. C., Araújo, T. L., Figueira Junior, A. J., Raso, V. & Matsudo, V. K. R. (2000). *Tendência secular das variáveis de aptidão física relacionada à saúde em adolescentes de uma região de baixo nível sócio-econômico*. Anais do Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, CELAFISCS, p. 125.

- Martins, I. S., Coelho, L. T., Casajus, M. I. & Okani, E. T. (1995). Smoking consumption of alcohol and sedentary life style in population grouping and their relationships with lipemic disorders. *Revista Saúde Pública*, 29(1), 38-45.
- Martins, M. O. (2000). *Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Martinez, M. C., Paraguay, A. I. B. B. & Latorre, M. R. D. O. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 55-61.
- Matos, M. F. D., Silva, N. A. S., Pimenta, A. J. M. & Cunha, A. J. L. A. (2004). Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in employees of the research centers at Petrobras. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 82(1), 5-8.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., Araújo, T., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L & Braggion, G. (2002). Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10 (4), 41-50.
- McArdle, W. D., Katch, F. I. & Katch, L. V. (1998). *Fisiologia do exercício – energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Monteiro, C. A., Conde, W. L. & Popkin, B. M. (1999). A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43 (3).
- Monteiro, C. A. & Conde, W. L. (2000). Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974-1996). *Revista de Saúde Pública*, 34 (6 supl), 41-51.
- Nahas, M. V. (2003). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceito e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.
- Nahas, M. V. & Fonseca, S. A. (2004). Estilo de Vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria catarinense (1999-2004). Relatório Geral. Lazer Ativo, SESI.
- Nahas, M. V., Francalacci, V. L.; Alvarez, B. R., Vasconcelos, E. H. & Duarte, C. R. (1995). Hábitos de atividade física e aptidão física relacionada à saúde dos servidores da UFSC, segundo idade, sexo e ocupação. *Relatório de Pesquisa*. Projeto Integrado. Brasília: CNPq, Processo n° 520533/93-3.
- Nieman, D. C. (1999). *Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento*. São Paulo: Editora Manole.

- Organização Mundial da Saúde (2004a). The global strategy on diet, physical activity and health. Acesso em: 10 out. 2004. Disponível em:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_global_strategy_general.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2004b). Alcohol drinking. Acesso em: 20/06/2004. Disponível em: http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/
- Paffenbarger, R. S., Hyde, R. T., Wing, A.L., Lee, I. M., Jung, D. L. & Kampert, J. B. (1993). The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *New England Journal Medicine*, 328,
- Pate, R. R.; Pratt, M., Blair, S. N. Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D. Ettinger, W., Heath, G. W., King, A. C., Leon, A. S., Marcus, B. H., Morris, J., Paffenbarger, R. S., Patrick, K., Pollock, M. L. Rippe, J. M., Sallis, J. F. & Wilmore, J. H. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273 (5), 402-407.
- Pekkanen, J., Tuomilehto, J., Uutela, Vartiainen, E. & Nissinen, A. (1995). Social class, health behavior, and mortality among men and women in eastern Finland. *British Medical Journal*, 3(11), 589-595.
- Petroski, E. C. (2005). Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano de professores universitário. Tese de Doutorado, Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Pollock, M. L., Feigenbaum, M. S. & Brechue, W. F. (1995). Exercise prescription for fitness. *QUEST*, 47, 320-337.
- Pollock, M. L. & Wilmore, J. H. (1993). *Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Pratt, M., Macera, C. A. & Blanton, C. (1999). Levels of physical activity in children and adults in United States: current evidence and research issues. *Medicine Science Sports Exercise*, 31 (supl), 526-533.
- Programa Research Randomizer. Disponível em: <http://randomizer.org/index.htm>
- Rego, R. A., Berardo, F. A. N., Rodrigues, S. S. R., Oliveira, Z. M. A., Oliveira, M. B., Vasconcellos, C., Aventurato, L. V. O., Moncau, J. E. C. & Ramos, L. R. (1990). Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e Resultados preliminares. *Revista Saúde Pública*, 24(4), 277-285.

- Rhem, J.; Gmel, G.; Sempos, C. T. et al. (2003). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res Health*, 27(1), 39-51.
- Ribeiro, S. A., Jardim, J. R. B., Laranjeira, R. R., Alves, A. K. S., Kessekring, F., Fleissing, L. Almeida, M. Z. H., Matsuda, M. & Hamomoto, R. S. (1999). Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo – dados preliminares de um programa institucional. *Revista Associação Médica do Brasil*, 45(1), 39-44.
- Rippe, J. M., Ward, A., Porcari, J. P. & Freedson, P. S. (1988). Walking for health and fitness. *JAMA*, 259(18), 2720-2724.
- Rikli, R. E. & Jones, C. J. (1999). Development and validation of a functional fitness test for community – residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 129-161.
- Sabry, M. O. D., Sampaio, H. A. C. & Silva, M. G. C. (1999). Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. *Jornal Pneumomol*, 25 (6), 313-320.
- Sallis, J. M. & Owen, N. (1999). *Physical activity & behavioral medicine*. California: Sage Publications.
- Shephard, R. J. (1994). Alterações fisiológicas através dos anos. In: American College of Sports Medicine. *Prova de esforço e prescrição de exercício*. (pp. 291-298). Rio de Janeiro: Revinter.
- Silva, C. D. & Juvêncio, J. F. (2004). Diagnóstico da aptidão física relacionada à saúde em trabalhadores de escritório da Universidade Federal de Viçosa. *Revista Brasileira Cineantropometria & Desempenho Humano*, 6(1), 63-71.
- Soares, J & Sessa, M. (1987). Medidas da força muscular. In: V. K. R. Matsudo (Ed.) *Teste em ciência do Esporte*. (pp.19-31). São Caetano do Sul: CELAFISCS
- Souza, G. S., Barros, M. V. G., Anegues, A. L. A. & Silva, D. K. (1998). Qualidade de vida de vida, aptidão morfológica e funcional-motora de servidores da Universidade de Pernambuco. *Anais do XXI Simpósio Internacional de Ciência do Esporte*, p. 126.
- Sparrenberger, F., Santos, I. & Lima, R. C. (2003). Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 434-439.
- Spilere, C. I., Guache, H., Canever, L., Baron, T.P., Santos, C. S. & Lobo, A. S. (2003). *Estado nutricional e estilo de vida de professores de nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)*. Anais: 4º Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde: Atividade Física, saúde & bem-estar na escola, na empresa e na comunidade, p.111.

- Tammelin, T., Nayha, S., Rintamaki, H & Zitting, P (2002). Occupational physical activity is related to physical fitness in young workers. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(1) 158-166.
- Theodosio, J. P., Araújo, T. L., Figueira Junior, A. Raso, V. & Matsudo, V. R. (2000). *Tendência secular da adiposidade corporal de adolescentes residentes em região de baixo nível sócio-econômico* (sumário). Anais do Simpósio Internacional de Ciência do Esporte. CELAFISCS, p. 147.
- Tremblay, A. (1998). Physical activity and metabolic cardiovascular syndrome. *British Journal of Nutrition*, 80, 215-216.
- Trudeau, E. et al. (1998). Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: implications for dietary interventions. *Journal American Dietetic Association*, 98 (12), 1412-1417.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Promoting physical and health: a guide community action*. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Nutrition and Physical Activity.
- Vasconcelos, V. L. & Silva, G. A. P. (2003). Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescente masculino no nordeste do Brasil, 1980-2000. *Caderno de saúde Pública*, 19(5), 1445-1451, set-out.
- Xavier, G. N. A. (1997). Aspectos epidemiológicos e hábitos de vida das servidoras da UFSC: Diagnóstico e recomendações para um programa de promoção da saúde da mulher. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.

ANEXOS

ANEXO 1
QUESTIONÁRIO



PROJETO HÁBITOS DE SAÚDE E APTIDÃO FÍSICA – UFSC 2004

I - INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nº _____

1. NOME: _____
2. Sexo: ¹() M ²() F
3. Data de Nascimento: ____/____/____ 4. Data de Hoje: ____/____/____
5. Estado civil: ¹[] solteiro ²[] casado ³[] viúvo ⁴[] divorciado ⁵[] separado ⁶[] outros
6. Categoria funcional:
PROFESSOR: ¹[] Auxiliar ²[] Assistente ³[] Adjunto ⁴[] Titular ⁵[] Substituto ⁶[] Visitante
FUNCIONÁRIO: Cargo (código) [_____] _____
7. Unidade de Lotação [_____] Fone (ramal): _____
8. Grau de Instrução (escolaridade) do chefe da família:
¹[] Analfabeto / Primário Incompleto ²[] Primário Completo / Ginásial Incompleto
³[] Ginásial Completo / Colegial Incompleto ⁴[] Colegial Completo / Superior Incompleto
⁵[] Superior Completo
9. Total de pessoas na família [_____]

10. Por favor, informe se em sua casa/apartamento existem e estão funcionando em ordem os seguintes itens e a quantidade que possui?

Itens Possuídos (não vale utensílios quebrados)	Quantidade				
	0	1	2	3	4 OU +
1. Televisão em cores	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
2. Rádio	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
3. Banheiro	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
4. Automóvel	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
5. Empregada mensalista	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
6. Aspirador de pó	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
7. Máquina de lavar	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
8. Videocassete e/ou dvd	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
9. Geladeira	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []
10. Freezer - geladeira duplex	⁰ []	¹ []	² []	³ []	⁴ []

II – INDICADORES GERAIS DE SAÚDE

11. Em geral, você considera sua SAÚDE:
¹[] excelente ²[] boa ³[] regular ⁴[] ruim
12. Queixa principal: _____
13. Você está satisfeito com o seu peso?
¹[] sim ²[] não, gostaria de diminuir ³[] não, gostaria de aumentar
14. Com relação ao fumo, marque a resposta apropriada para o seu caso:
¹[] nunca fumei ⁴[] fumo menos de 10 cigarros por dia
²[] parei de fumar há mais de dois anos ⁵[] fumo de 10 a 20 cigarros por dia
³[] parei de fumar menos de dois anos ⁶[] fumo mais que 20 cigarros por dia
⁷[] só fumo charuto ou cachimbo

15. Quantas “doses” de bebidas alcoólicas você toma POR SEMANA: (uma dose = ½ garrafa de cerveja, um copo de vinho ou uma dose de destilado)?
¹[] nenhuma ²[] menos de 3 ³[] 5 a 10 ⁴[] mais de 10
16. Durante o MÊS PASSADO, quantos dias você tomou 5 ou mais “doses” em uma mesma ocasião?
¹[] nenhuma ²[] 1 a 2 vezes ³[] 3 a 4 vezes ⁴[] 5 ou mais vezes
17. Com que regularidade você toma CAFÉ DA MANHÃ completo? (não só café preto com pão)
¹[] todos os dias ²[] quase todos os dias ³[] às vezes ⁴[] nunca
18. Quantas vezes, por dia, você ingere líquidos contendo CAFEÍNA (café, chá, coca-cola, guaraná)?
¹[] nenhuma ²[] 1 vez ao dia ³[] 2 a 3 vezes ⁴[] 4 a 5 vezes ⁵[] 6 ou mais vezes/dia
19. Quantas refeições completas e lanches geralmente você faz num dia de semana normal?
 Refeições completas: ¹[] nenhuma ²[] uma ³[] dois ⁴[] três ⁵[] quatro ⁶[] cinco
 Lanches: ¹[] nenhuma ²[] uma ³[] dois ⁴[] três ⁵[] quatro ⁶[] cinco
20. Em dia de semana normal, quantas porções de FRUTAS você ingere?
 (1 porção = 1 fruta tamanho médio (1 laranja, maçã ou banana); ou ½ xícara de fruta picada; 1 copo de suco de frutas)
¹[] nenhuma ²[] 1 a 2 porções ³[] 3 a 4 porções ⁴[] 5 ou mais
21. Em um dia de semana normal, quantas porções de SALADAS VERDES (alface, agrião, etc) ou VERDURAS (couve, repolho, etc) você come?
 (1 porção = 1 xícara de verduras cruas (folhas verdes picadas) ou ½ xícara de verduras cozidas)
¹[] nenhuma ²[] 1 a 2 porções ³[] 3 a 4 porções ⁴[] 5 ou mais
22. Com que frequência você considera que DORME “bem” (7-8 horas por noite):
¹[] sempre ³[] tenho dificuldade para dormir “bem”
²[] maioria das vezes ⁴[] raramente consigo dormir “bem”
23. Como você descreve o nível de STRESS em sua vida?
¹[] raramente estressado, vivendo muito bem
²[] às vezes estressado, vivendo razoavelmente bem
³[] sempre estressado, enfrentando problemas com frequência
⁴[] excessivamente estressado, com dificuldade para enfrentar a vida diária
24. Com relação à sua VIDA PROFISSIONAL, você afirmaria que está:
¹[] muito satisfeito ²[] satisfeito ³[] insatisfeito ⁴[] muito insatisfeito

III – ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL

Para cada questão, responda somente UMA alternativa.

25. Você pratica exercícios físicos ou esportes regularmente? ¹[] sim ²[] não
 26. Se sim, quantas vezes por semana? ¹[] 1 a 2 vezes ²[] 3 a 5 vezes ³[] mais de 5 vezes

ATIVIDADES OCUPACIONAIS DIÁRIAS

27. Eu geralmente vou e volto da UFSC caminhando ou de bicicleta (pelo menos 800 metros cada percurso): ¹[] sim ²[] não
 28. Eu geralmente uso escadas ao invés do elevador: ¹[] sim ²[] não

29. Minhas atividades físicas diárias podem ser descritas como:

- ¹[] passo a maior parte do tempo sentado(a) e, quando muito, caminho de um lugar próximo para o outro
²[] na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido, executar tarefas que requerem movimentação.
³[] Diariamente executo atividades física intensas por várias horas (trabalho pesado, como jardinagem, construção, limpeza, transporte de carga, esportes, etc...)

ATIVIDADES DE LAZER

30. Cite três atividades de lazer de sua preferência:

1. _____ 2. _____ 3. _____

31. Meu lazer inclui algumas horas por semana de atividades físicas leves (passeio de bicicleta, caminhada em ritmo lento, etc...): ¹[] sim ²[] não

32. Ao menos uma vez por semana, participo de algum tipo de dança (moderada) por uma hora ou mais: ¹[] sim ²[] não

33. Jogo tênis, voleibol, futebol ou outro esporte de caráter recreacional:

- ¹[] uma vez por semana ²[] três ou mais vezes por semana
³[] duas vezes por semana ⁴[] nenhuma vez

34. Quando me sinto sob tensão, costumo fazer algum tipo de exercício para relaxar: ¹[] sim ²[] não

35. Duas ou mais vezes por semana faço ginástica (tipo flexões abdominais, exercícios para os braços, etc.), durante pelo menos 10 minutos: ¹[] sim ²[] não

36. Participo de sessões de ioga ou faço exercícios de alongamento muscular regularmente:

- ¹[] sim ²[] não

37. Duas ou mais vezes por semana, participo de sessões de musculação: ¹[] sim ²[] não

38. Participo de atividades aeróbicas vigorosas (correr, pedalar, nadar, remar) durante 20 minutos ou mais:

- ¹[] uma vez por semana ²[] três ou mais vezes por semana
³[] duas vezes por semana ⁴[] nenhuma vez

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (Q-PAF) (Auto administrado para adultos)

39. Algum médico já disse que você tem problemas de coração e que só deveria fazer atividades físicas com orientação médica?	[] sim [] não
40. Você sente dores no peito quando pratica atividades físicas?	[] sim [] não
41. No último mês você teve dores no peito sem que estivesse fazendo atividade física?	[] sim [] não
42. Você perde o equilíbrio quando sente tonturas ou você alguma vez perdeu os sentidos (desmaiou)?	[] sim [] não
43. Você tem algum problema nas articulações ou nos ossos que poderia piorar se você praticar mais atividades físicas?	[] sim [] não
44. Você toma algum remédio para pressão alta ou problema cardíaco?	[] sim [] não
45. Existe qualquer outra razão pela qual você deveria evitar atividades físicas? Qual? _____	[] sim [] não



PROJETO HÁBITOS DE SAÚDE E APTIDÃO FÍSICA – UFSC 2004

QUESTIONÁRIO PREENCHIDO PELO MÉDICO

Nº _____

1. FC repouso: _____ bpm 2. PA em repouso: _____ / _____ mmHg.
3. Como você classificaria seu estado de saúde?
 ¹() ruim ²() Regular ³() bom ⁴() Excelente
4. Queixa Principal: _____
5. Você usa regularmente algum medicamento?
 ¹() Insulina ²() Hipoglicemiante oral
 ³() Vitaminas ⁴() Moderador de apetite
 ⁵() Analgésico/anti-inflamatório ⁶() Laxativos
 ⁷() Antiácidos/broqueador H₂ ⁸() Tranqüilizante/ansiolíticos /anti-depressivos
 ⁹() Diuréticos ¹⁰() Medicamento para ICO
 ¹¹() Antihipertensivos Antag. CA ¹²() Antihipertensivo β Bloqueador
 ¹³() Nenhum ¹⁴() Outros: _____

ISDAS/Antecedentes Pessoais	Nunca	Já sofreu antes	Sofre atualmente	Desde as Anos / meses	Sob tratamento	
					Sim	Não
6. Dor de cabeça	0	1	2	__ a __ m	3	4
7. Azia / Dor de estômago	0	1	2	__ a __ m	3	4
8. Constipação intestinal	0	1	2	__ a __ m	3	4
9. Gastrite / Úlcera	0	1	2	__ a __ m	3	4
10. Bronquite / Asma	0	1	2	__ a __ m	3	4
11. Tosse / Catarro	0	1	2	__ a __ m	3	4
12. Dor no peito aos esforços	0	1	2	__ a __ m	3	4
13. Infarto /revascularização / Angioplastia	0	1	2	__ a __ m	3	4
14. Hipertensão	0	1	2	__ a __ m	3	4
15. AVC	0	1	2	__ a __ m	3	4
16. DST – Doença sexualmente transmissíveis	0	1	2	__ a __ m	3	4
17. Infecções urinárias de repetição	0	1	2	__ a __ m	3	4
18. Litíase urinária	0	1	2	__ a __ m	3	4
19. Incontinência urinária	0	1	2	__ a __ m	3	4
20. Dor na coluna – pescoço	0	1	2	__ a __ m	3	4
21. Dor na coluna – costas	0	1	2	__ a __ m	3	4
22. Dor na coluna – lombar	0	1	2	__ a __ m	3	4
23. Dores ou rigidez articulares	0	1	2	__ a __ m	3	4
24. Diabetes mellitus	0	1	2	__ a __ m	3	4
25. Alergias	0	1	2	__ a __ m	3	4
26. Convulsões	0	1	2	__ a __ m	3	4
27. Depressão	0	1	2	__ a __ m	3	4
28. Câncer	0	1	2	__ a __ m	3	4
29. Outros:	0	1	2	__ a __ m	3	4

30. Cáries a tratar? ¹() Sim ²() Não

31. Menarca aos _____ anos	32. n° de gestações: _____ ⁰ () nenhuma
33. N° de partos: ¹ () normais: _____ ² () Cesáreos: _____ ³ () Nenhum	
34. Abortos: ¹ () Espontâneos: _____ ² () Induzidos: _____ ³ () Nenhum	
35. Menopausa aos _____ anos ¹ () Ainda não	
36. Último preventivo de câncer há _____ anos _____ meses ¹ () Nunca fez	
37. Idade de início das atividades sexuais: _____ anos ¹ () Nunca teve	
38. Método contraceptivo:	
¹ () AC. Oral ² () Injet ³ () Tabela ⁴ () Preservativo	
⁵ () DIU ⁶ () Diafragma ⁷ () Coito interrompido ⁸ () Laqueadura ³ () Nenhum	

39. Já fez ECG de esforço em esteira ou bicicleta ergométrica? ¹() Sim ²() Não

40. Cirurgias:

¹() Apêndice ²() Cardíaca ³() Colecistectomia ⁴() Cesariana
⁵() Amígdalas ⁶() Nenhuma ⁷() Outras _____

41. Histórico Familiar:

Possui na família PAI, MÃE ou IRMÃOS que apresentam ou apresentaram:

¹() Angina, infarto ou morte súbita antes dos 50 anos
²() Litíase vesical
³() Angina, infarto ou morte súbita após os 50 anos
⁴() Diabetes
⁵() Tuberculose
⁶() Câncer
⁷() Litíase urinária
⁸() Pressão Alta ou AVC
⁹() Não sabe ¹⁰() Nenhum
¹¹() Outros: _____

Obs.: _____

PARA OS TESTES PRÁTICOS

¹() APTO
²() INAPTO TEMPORÁRIO Porque: _____
³() INAPTO Porque: _____

Nome do Médico: _____

QUESTIONÁRIO ACIDENTE DO TRABALHO

Nº _____

Nome: _____

Função que exerce atualmente: _____

Tempo na função: _____ Turno de trabalho: _____

1. De que maneira você se desloca para o trabalho na UFSC?

¹() a pé ²() ônibus ³() carro ⁴() bicicleta ⁵() Moto ³() Outros

2. Qual a postura mais utilizada em seu trabalho?

¹() em pé ²() sentado ³() alternada

3. Sofreu algum acidente de trabalho?

¹() Sim, com afastamento ²() Sim, sem afastamento ³() Não

CASO SIM:

3a. Local em que o acidente aconteceu? ¹() no trabalho ²() no trajeto

3b. Foi diagnosticado pelo médico? ¹() SIM ²() NÃO

3c. Fez algum tratamento médico? ¹() SIM ²() NÃO

3d. Qual foi a região da lesão? ¹() mão, braço ²() pé, perna ³() olhos ⁴() Cabeça
⁵() tronco ⁶() coluna
⁷() outros

3e. Qual foi o agente da lesão?

¹() piso, escada, plataforma ²() ferramentas manuais
³() máquinas em geral ⁴() Produtos químicos
⁵() outros
