UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

Rafael Gavassa de Araújo

DOR LOMBAR, COMPORTAMENTOS DE RISCO E QUALIDADE DO SONO ENTRE GRADUANDOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DE PRESIDENTE PRUDENTE: OCORRÊNCIA E FATORES RELACIONADOS

Presidente Prudente
2013

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

Rafael Gavassa de Araújo

DOR LOMBAR, COMPORTAMENTOS DE RISCO E QUALIDADE DO SONO ENTRE GRADUANDOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DE PRESIDENTE PRUDENTE: OCORRÊNCIA E FATORES RELACIONADOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia - FCT/UNESP, campus de Presidente Prudente, para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Rômulo Araújo Fernandes

Presidente Prudente
2013

De Araújo, Rafael Gavassa.
D326d Dor lombar, comportamentos de risco e qualidade do sono entre graduandos de Educação Física da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente : ocorrência e fatores relacionados / Rafael Gavassa de Araújo. - Presidente Prudente: [s.n], 2013
80 f.

Orientador: Rômulo Araújo Fernandes
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia
Inclui bibliografia

1. Dor Lombar. 2. Comportamentos de Risco. 3. Qualidade do Sono. 4. Estudantes de Educação Física. 5. Alterações no Sono. I. Fernandes, Rômulo Araújo. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia. III. Título.

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. RÔMULO ARAUJO FERNANDES
(ORIENTADOR)

PROF. DR. LUIS ALBERTO GOBBO
(FCT/UNESP)

PROF. DR. JEFFERSON ROSA CARDOSO
(UEL)

Rafael Gavassa de Araújo
RAFAEL GAVASSA DE ARAÚJO

PRESIDENTE PRUDENTE (SP), 12 DE DEZEMBRO DE 2013.

RESULTADO: Aprovado

Faculdade de Ciências e Tecnologia
Seção Técnica de Pós-Graduação
Rua Roberto Simonsen, 305 CEP 19060-900 Presidente Prudente SP
Tel 18 3229-5319 fax 18 3223-4519 posgrad@fct.unesp.br

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação à minha avó Olga Santinoni Gavassa (in memorian), que sempre me apoiou, cuidou e amou com todas as suas forças. Vó, sei que está orgulhosa onde quer que você esteja e saiba que tudo isso só foi possível por sua causa, muito obrigado por tudo. Te amo pra sempre !!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Neusa e Joaquim, por tudo que fizeram por mim durante toda a minha vida, pelo apoio, compreensão, incentivo, broncas, e principalmente por todo amor e dedicação que sempre me deram, pelas oportunidades de estudar e pela educação que me deram desde pequeno. Amo muito vocês dois!

Agradeço também à minha pestinha (irmã) Beatriz, por tudo que já passamos e estamos passando, em caminhadas semelhante, porém separados por uns 600 km de distância. Sinto saudades das nossas desinteligências (:p), das brincadeiras e pirraças, enfim, sinto falta de ter você por perto a todo momento (mesmo não assumindo isso sempre). Amo você também.

Gostaria também de agradecer a todos os meus professores, desde o maternal até o mestrado, que muito me acrescentaram e ensinaram, me auxiliando a ser a pessoa que sou hoje. Em especial, à Profª. Dra. Olga Cristina de Mello Malheiro, minha orientadora durante a graduação, que muito me ensinou e apoiou, muito obrigado pelo carinho e dedicação que tem por mim e por tudo que vivenciei no seu laboratório.

Ao meu orientador, amigo e irmão mais velho, Prof. Dr. Rômulo Araújo Fernandes, que desde os primeiros contatos que tive lá no longínquo ano de 2007 (faz tempo hein Romulito) se mostrou um amigo para todas as horas e que em um dos momentos mais difíceis durante essa caminhada me estendeu a mão e me acolheu realmente como um irmão, me dando todo o respaldo necessário e me possibilitando chegar a esse momento. Cara, você sabe que esse título também é seu, muito obrigado de verdade!

À Associação Atlética Acadêmica da UNESP de Presidente Prudente, onde vivi diversos momentos, tristes e felizes, entre os anos de 2007 e 2011, conhecendo

inúmeras pessoas e aprendendo muito com cada uma delas, me ajudando a crescer tanto profissional quanto pessoalmente e ser quem sou hoje.

Aos meus amigos que dividiram seus tempos de estudo, lazer e zueira comigo: Vitão, Luiz Paulo, Du Sangali, Beisso, Paulinho, Ronaldão, Álvaro, Lucas Agostini, Du Campos, Jogadô, Shrek, Alex, Sushi, Japa, Monique, Maria, Galega, Moti, Cebolla, Slot (e toda a Rep. Apae), Rep S'ócio e tantos outros que me apoiaram quando necessário e apoiei quando de mim precisaram, muito obrigado.

Queria agradecer também aos companheiros de república que tive durante esses anos (que não foram poucos), mas em especial a alguns, que além de amigos, considero como irmãos: Robson (Robgol), Fabrício (Gnominho) e PC, muito obrigado mesmo galera por tudo que fizeram por mim, pela parceria, amizade, pelos porres, pelas conversas, discussões sobre a vida, faculdade, enfim, obrigado por serem os amigos que vocês são. Agradeço também a todos que torceram por mim e que desejaram que esse dia chegasse.

Não posso deixar de agradecer ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Edital Universal 14/2012 [Processo: 474484/2012-2]) pelo auxílo prestado.

E por último, mas não menos importante (diria que a mais importante para falar a verdade), gostaria de agradecer a ela, que me atura, me ama, me faz feliz, me mostra que a vida pode ser melhor quando somos melhores, que nossos sonhos podem sim se realizar, e que quando temos vontade e dedicação nada é impossível. Obrigado Mariana (meu amor), por todo carinho, dedicação, cumplicidade, amizade, parceria, e principalmente amor que tem por mim! Essa conquista não é apenas minha, pode ter certeza que ela também é sua, pois sem você, tenho certeza de que isso não seria possível! Te amo muito meu bebê !!!

EPÍGRAFE

"A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê."

Arthur Schopenhauer

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS E QUADROS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO **24**

REVISÃO DE LITERATURA **28**

HIPÓTESES **36**

OBJETIVO GERAL **38**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS **40**

MATERIAIS E MÉTODOS **42**

RESULTADOS **48**

DISCUSSÃO **56**

CONCLUSÕES **62**

REFERÊNCIAS **64**

ANEXOS **76**

ANEXO I: QUESTIONÁRIO 77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica percentual das respostas obtidas nas quatro questões referentes ao questionário sobre dor lombar respondido pelos participantes **49**

Figura 2. Prevalência de comportamentos de risco em estudantes de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente **51**

Figura 3. Representação gráfica percentual da agregação de comportamentos de risco em estudantes universitários de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente **52**

Figura 4. Ocorrência de alterações do sono entre estudantes de Educação Física. (N= normal; LA= Levemente alterado; MA= Moderadamente alterado; SA= Severamente alterado) **55**

Tabela 1. Valores da correlação de Spearman entre interação das variáveis referentes à dor lombar e ao comportamento de risco entre estudantes universitários de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente..... **50**

Tabela 2. Interação entre os comportamentos de risco avaliados entre estudantes de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente..... **53**

Tabela 3. Correlações entre comportamentos de risco e fatores de confusão em estudantes de Educação Física..... **54**

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida no Laboratório de Investigação em Exercício (LIVE) da Universidade Estadual Paulista (Campus de Presidente Prudente), sob a orientação do Prof. Dr. Rômulo Araújo Fernandes. A apresentação deu-se inicialmente por uma breve introdução com o objetivo de contextualização do tema principal, seguida por uma revisão de literatura, as hipóteses a serem testadas, o objetivo geral do trabalho e seus respectivos objetivos específicos, os métodos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, seguidos pelos resultados obtidos, a discussão sobre o observado após as análises e as conclusões cabíveis. Após isso, em anexo, segue o artigo científico a ser submetido, o qual, em consonância com os requisitos do programa de Pós-graduação em Fisioterapia, foi redigido de acordo com as normas do periódico de destino.

Manuscrito confeccionado:

R. G. de Araújo, R. A. Fernandes. **Fatores associados a alterações no sono entre alunos de graduação em Educação Física**. Este artigo foi submetido ao periódico nacional “Revista da Educação Física UEM” (WEBQualis B1).

A vida universitária é um momento único, de saída do convívio familiar e que pode causar mudanças permanentes no estilo de vida dos jovens adultos que passam por este período. É neste momento onde ocorrem diversos questionamentos sobre valores, crenças e vínculos afetivos anteriormente vivenciados pelos estudantes, tornando este período susceptível à adoção de comportamentos de risco à saúde, como etilismo, tabagismo e sedentarismo. Estudos demonstram que o álcool e o tabaco são as substâncias psicoativas mais consumidas pelos jovens brasileiros, seja no consumo durante a vida ou nos últimos 12 meses, comportamentos os quais podem desencadear diversos tipos de alterações corporais e doenças, como a dor lombar e alterações na qualidade do sono. Estudos sobre a prevalência de dor lombar são escassos na literatura. Além disso, pouco se sabe sobre seus os fatores a ela associados. Os estudos observados estudam populações de cidades específicas, sem levar em consideração características específicas das populações analisadas. Além disso, o estresse, a falta de tempo para a prática de atividade física e o tempo despreendido com atividades acadêmicas pode acarretar no início do sedentarismo e possivelmente à obesidade. Sendo esses fatores ligados ao aparecimento da dor lombar, porém pouco estudados. Assim, estudos utilizando a população universitária e seus principais comportamentos de risco tornam-se importantes na tentativa de desvendar quais as suas principais causas e se determinados comportamentos podem ou não aumentar as chances de sua aparição. O etilismo e o tabagismo vêm sendo descritos na literatura como comportamentos interligados, sendo desencadeados pela pressão nas atividades exercidas, estresse, convivência e inserção em grandes grupos. A agregação desses comportamentos pode gerar diversas alterações no organismo, dentre elas a dor lombar e alterações na qualidade do sono. Essas alterações na qualidade do sono parecem estar associada com a maior ingestão de álcool e de alimentos. Além disso, outros estudos apresentam associação direta entre alterações na qualidade do sono e obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II. Ainda nesse sentido, pesquisadores demonstram que as pessoas mais acometidas por alterações de sono, geralmente, são fumantes e obesos, afetando uma grande parcela da população mundial, em todas as faixas etárias, merecendo grande atenção em sua determinação e seus fatores associados.

Palavras-chave: Estudantes Universitários. Comportamentos de risco. Qualidade do sono. Dor lombar.

ABSTRACT

University life is a one time departure of family life and can cause permanent changes in the lifestyle of young adults who go through this period. It is at this point where they occur several questions about values, beliefs and affective bonds previously experienced by students, making this period likely to adopt risky health behaviors such as alcohol consumption, smoking and physical inactivity. Studies show that alcohol and tobacco are the most widely consumed psychoactive substances by young Brazilians, either for consumption during life or the last 12 months, behaviors which may trigger many types of bodily disorders and diseases such as back pain and changes in quality sleep. Studies on the prevalence of low back pain are scarce. Furthermore, little is known about their factors associated with it. The study populations observed studies of specific cities, without taking into account specific characteristics of the populations studied. In addition, stress, lack of time for physical activity and academic activities despreendido with time can lead early in the sedentary and possibly obesity. As these factors related to the onset of low back pain, but little studied. Thus, studies using the university population and its main risk behaviors are important in trying to unravel what are their main causes and whether or not certain behaviors can increase the chances of your listing. Alcoholism and smoking have been described in the literature as interrelated behaviors, being triggered by the pressure exerted, stress, and coexistence and integration activities in large groups. The aggregation of these behaviors can lead to several changes in the body, among them backache and changes in sleep quality. These changes in sleep quality seem to be associated with higher intake of alcohol and food. Moreover, other studies show a direct association between changes in sleep quality and obesity, dyslipidemia, hypertension and type II diabetes mellitus. Also in this sense, researchers have shown that people most affected by changes in sleep are usually smokers and obese, affecting a large portion of the world population in all age groups, deserving great attention in their determination and their associated factors.

Keywords: College Students. Risk behaviors. Sleep quality. Low back pain.

A transição do ensino médio para o superior é um momento onde ocorrem vários questionamentos internos de valores, crenças e atitudes empregados sobre os estudantes pela família durante o processo de formação e educação[1]. Neste período, alguns fatores referentes ao estilo de vida podem ser introduzidos em seu cotidiano[1]. Segundo Silva et al[2], grande parte do estilo de vida é estabelecido na juventude, previamente à vida adulta, o que pode influenciar tanto na meia idade quanto na velhice. Segundo Nahas et al[3], cada vez mais crescem as evidências de que o modo de viver pode representar o fator diferencial para a saúde e a qualidade de vida no mundo contemporâneo.

Além disso, o ingresso na vida universitária, por mais que seja um momento de realização e conquista de um objetivo traçado[4], pode também ser encarado como um período crítico e de maior vulnerabilidade para a introdução e manutenção de hábitos não saudáveis, como os consumos de álcool e de substâncias ilícitas[5]. Diversos estudos, no Brasil e no mundo, vêm sendo realizados para demonstrar a utilização destas substâncias entre universitários[6-13].

A atenção sobre esse tipo de consumo tem sido especial na população universitária, sendo que o maior uso de álcool e tabaco está relacionado a fatores como não possuir religião, morar longe dos pais, possuir mais horas livres nosdias úteis e uma alta renda familiar[14-16].

Assim sendo, torna-se importante conhecer como e por onde se inicia o uso de álcool e substâncias ilícitas entre os universitários, tendo como princípio a utilização e implementação de estratégias de prevenção ao consumo das mesmas, visando o combate e, em alguns casos, o tratamento, com resultados mais proveitosos[17].

O I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários, realizado nas 27 Capitais Brasileiras[18], apresentou que, em

relação ao uso na vida, as substâncias mais utilizadas foram o álcool (86,2%) e o tabaco (46,7%). Em consumo nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa, as substâncias mais utilizadas foram: álcool (72,0%) e tabaco (27,8%). Nos últimos 30 dias, as drogas mais frequentemente consumidas foram: álcool (60,5%), tabaco (21,6%), maconha (9,1%), anfetamínicos (8,7%), tranquilizantes (5,8%), inalantes (2,9%) e alucinógenos (2,8%). Tais observações apresentam diversas informações interessantes sobre os hábitos e o comportamento dos universitários[4], podendo levar a observá-los como um grupo vulnerável à adoção de comportamentos inadequados para a saúde, como o etilismo, o tabagismo e o sedentarismo, fatores que também parecem estar ligados a outras comorbidades, como por exemplo, a dor lombar e alterações na qualidade do sono[19-20].

Diversos são os fatores relacionados à presença de dor lombar, sendo eles idade, sexo, tabagismo, etilismo, peso corporal, classe social, nível de escolaridade, prática de atividade física e atividades laborais[19]. Somado a isso, Malateaux et al[20] apontam que um estilo de vida sedentário também pode acarretar na presença da dor lombar.

Juntamente com a dor lombar, as alterações na qualidade do sono também são preocupantes para a população. Galli et al[21] evidenciam em seus estudos que a diminuição na qualidade do sono parece estar associada com a maior ingestão de álcool e de alimentos. Além disso, outros estudos apresentam associação direta entre alterações na qualidade do sono e obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II[22-24]. Ainda nesse sentido, pesquisadores demonstram que as pessoas mais acometidas por alterações de sono, geralmente, são fumantes e obesos[25-27].

Assim sendo, com base no pano de fundo acima exposto, acredita-se que a realização de estudos sobre a ocorrência de dor lombar, comportamentos de risco e alterações na qualidade do sono em estudantes de Educação Física se torna muito importante, principalmente por estes universitários serem formados para a promoção e prevenção da saúde, que em alguns casos não é o observado entre eles[14].

Etilismo

Dentre os comportamentos de risco citados anteriormente, o etilismo é um dos principais, pois atualmente, comerciais, filmes, letras de músicas e outros meios de comunicação de massa utilizam o uso de substâncias psicoativas como forma de atração de público, dentre as quais, o álcool vem sendo o mais presente[28]. A estimulação ao uso deste tipo de substância sendo associada a diversas situações possivelmente desejadas pelo público (como prazer, beleza, sucesso financeiro e sexual, poder e outros) pode ocasionar episódios de consumo abusivo[28-29].

Dados provenientes do Reino Unido identificam que há elevado consumo de álcool entre adultos jovens (18 aos 20 anos)[28,30]. Dados nacionais demonstram que o álcool é a substância psicoativa mais consumida por populações jovens[31]. Além disso, sabe-se que a experiência durante a universidade é única e proporciona aos estudantes a inserção em um grande grupo de convivio sem supervisão familiar, tornando-os mais suceptíveis a vivenciar experiências ilícitas[32].

O consumo de álcool é elevado entre jovens universitários, oscilando entre 62,2% e 85,3%[33-34]. Diversos estudos têm sido realizados no Brasil e evidenciam o abuso no consumo de álcool entre estudantes, principalmente nas regiões Sudeste e Sul[28]. Por exemplo, no Estado de São Paulo, Kerr-Corrêa et al[7] e Andrade et al[6] apontam que o álcool é a substância mais utilizada por acadêmicos de medicina de duas das principais universidades brasileiras (USP e UNESP). A maior parte destes estudos têm sido realizados em acadêmicos de cursos da área da saúde[6-7,28,31], levando a pensar sobre a possibilidade desta população ser mais vulnerável ao consumo de álcool. Por outro lado, não foram observados estudos que associem o consumo de álcool à dor lombar nesta população, sendo esse uma vertente a ser observada.

Tabagismo

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública e a principal causa evitável de morte[35]. Sabe-se que o vício em nicotina possue três aspectos: a dependência física, a dependência psicológica e o condicionamento a fumar em determinadas horas e situações do dia[36]. Além disso, é considerado o maior fator de risco para o desenvolvimento de doenças severas, como câncer de língua, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, vício em nicotina e impotência sexual (em homens)[35,37-39]. Também é a causa direta de 30% dos casos totais de câncer[35], além de estar relacionado a transtornos psiquiátricos, como depressão e esquizofrenia, perturbações de desenvolvimento neurocomportamentais, como défcit de atenção e hiperatividade, abuso no uso de drogas, diminuição do rendimento intelectual e consumo de álcool[40-41].

Embora diminuindo na população como um todo, há uma tendência mundial de aumento na prevalência de fumantes entre os adolescentes e adultos jovens[35]. A vida universitária é considerada com um período crítico para o início do tabagismo[35]. Estudos revelam uma prevalência de tabagismo variando entre 8,5% e 52,5% entre universitários, sendo a falta de atividade física, o consumo de álcool e o estresse os fatores mais associados à adesão ao tabagismo[36,42-45].

Prática de atividade física

Estudos mostram que a prática de atividade física pode ser benéfica no combate à dor lombar, pois, mesmo que indiretamente, amenizam fatores que levam à sua ocorrência, como por exemplo, a pior qualidade de sono[46-47].

Esses efeitos podem ser explicados pelos momentos agudo e crônico do exercício físico. Nesse sentido, o momento agudo gera fadiga do sisema nervoso central, elevação da temperatura corporal, alterações na frequência cardíaca e na variabilidade da frequência cardíaca. Já o crônico gera redução da gordura corporal, melhora no condicionamento físico e alterações na variabilidade da frequência cardíaca[48]. Assim sendo, pessoas com uma boa qualidade de sono gerada pelo exercício físico, possuem um maior relaxamento muscular, reduzindo a dor lombar.

Outro fator direto de comprometimento da dor lombar influenciado indiretamente pelo exercício físico é o sobrepeso/obesidade[19,49-50]. Sabe-se que o exercício físico, praticado de forma regular, apresenta efeito benéfico na manutenção da saúde e no controle do peso corporal[46-48,51-53]. Estudos demonstram que a prática de atividade ao longo da vida (tracking de atividade física) é considerada como fator de proteção contra o sobrepeso/obesidade, além de prevenir diversas doenças, como dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II[50,54].

O exercício físco também auxilia na qualidade da formação óssea. Estudos têm demonstrado que essa variável responde positivamente ao exercício físico, sobretudo quando atividades intensas e de alto impacto são realizadas, tanto em adultos[55-56], como em crianças e adolescentes[57-58]. Assim sendo, o exercício físico age como fator de proteção ao aparecimento da osteoporose na idade adulta, já que a matriz óssea é quase que totalmente formada durante a infância e adolescência[59].

Siqueira et al[60] evidenciaram que adultos fisicamente ativos durante a adolescência e que mantiveram a prática de exercício físico na idade adulta apresentam menor ocorrência de osteoporose do que indivíduos que não foram fisicamente ativos durante a adolescência ou que deixaram de ser durante a fase adulta. Além disso, estudos demonstram que o exercício físico é tido como fator

protetor sobre a dor lombar[61-63]. Observa-se que a recomendação de exercícios de fortalecimento na musculatura dorsal e abdominal, associados a um programa de condicionamento físico geral, reduz a incidência e duração das crises de dor lombar[64].

Marcondelli et al[65] analisaram a prática de atividade física entre acadêmicos dos cursos da área da saúde na Universidade de Brasília, onde verificaram que 65,5% dos acadêmicos eram sedentários, 9,6% ativos e 8,9% muito ativos, porém não foram realizadas associações entre o exercício físico e a presença ou ausência de dor lombar, demonstrando a necessidade da realização de estudos que preencham essa lacuna. Observando esses dados, evidencia-se a necessidade de verificar a prática de atividade física durante a vida universitária, já que a mesma é uma fase única, com diversas atribuições acadêmicas e sociais.

Dor lombar

Sabe-se que a dor constitui um componente do sistema de defesa do organismo, sendo interpretada como uma experiência sensorial e emocional não-agradável[66-67]. Geralmente, ela é iniciada por um estímulo do ambiente interpretado pelo organismo como nocivo, desencadeando alterações inflamatórias[68].

Quando esta dor está localizada entre a 12ª vértebra torácica (T12) e acima da prega glútea inferior, com ou sem dor irradiada para os membros inferiores, podemos chama-la de dor lombar[69-71]. Estima-se que 85% das queixas de dor lombar são recorrentes ao excesso de peso, fatores comportamentais e sociodemográficos (sexo, escolaridade, idade, etnia, nível social)[72].

Estudos em grandes populações mostram que a dor lombar afeta de 5 a 30% dos adultos[19-20,73-75]. No Brasil, estudos populacionais realizados nas cidades de Salvador/BA[75], Pelotas/RS[76] e Santa Maria/RS[77] apontam prevalências de 14,7%,

40% e 52,8%, respectivamente, demonstrando que a mesma deve ser vista como um distúrbio musculoesquelético que acomete uma porcentagem alta da população nacional.

Diversos são os fatores relacionados à presença de dor lombar, dentre eles: idade, sexo, tabagismo, etilismo, peso corporal, classe social, nível de escolaridade, prática de atividade física, atividades laborais e sedentarismo[19-20]. Segundo Nahas et al[35], além da importância da genética, o ambiente em que vive o individuo e a assistência médica a qual ele está exposto têm efeito sobre a qualidade de vida do mesmo. Nesse sentido, tem aumentado ao longo dos últimos anos as evidências científicas sobre a influência do estilo de vida como fator diferencial para a saúde e qualidade de vida das pessoas.

No Brasil, estudos demonstram que a prevalência de adultos jovens não fumantes, fisicamente ativos e que consomem adequadamente frutas e hortaliças é de apenas 8%[2]. O restante dos adultos jovens (18 a 29 anos) relataram ao menos um comportamento de risco à saúde, o que aumenta a probabilidade de desenvolver doenças crônico-degenerativas[2,78].

Levando em consideração as evidências levantadas sobre a influência do estilo de vida na presença de dor lombar, pode-se dizer que estudantes universitários constituem uma população mais susceptível à dor lombar, por se enquadrarem na faixa etária de adultos jovens (maioria tem entre 18 e 29 anos) e por possuírem, em sua grande maioria, um estilo de vida não saudável, composto por diferentes comportamentos de risco[2].

Estudos identificaram um alto consumo de álcool[31], tabaco[36] e drogas ilícitas[33] entre estudantes universitários. Estes fatores podem ser associados ao quadro clínico

da dor lombar, porém, ainda são necessários mais estudos demonstrando qual a prevalência de acometimento nestes universitários.

Qualidade do sono

O sono é considerado um processo complexo, biologicamente ativo, que se alterna com os períodos de vigília. Estes estados de sono-vigília são mediados por modulações hormonais e neurais, sendo que tais processos fisiológicos modificam a temperatura corporal, trabalho cardíaco e a produção hormonal das glândulas[79]. Além disso, é composto por dois estados distintos (REM e NREM)[80] e tem por função restaurar os sistemas fisiológicos do organismo[81].

Estudos de Galli et al[21] evidenciam que a diminuição na qualidade do sono parece estar associada com a maior ingestão de álcool e alimentos. Além disso, outros estudos apresentam associação direta entre alterações no sono e obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II[22-24], sendo que fumantes e obesos são as pessoas mais acometidas por essa comorbidade[25-27].

Alterações na qualidade do sono são muito comuns em todas as faixas etárias[81-83], sendo que estudos populacionais apresentam alta prevalência de alterações no sono em pessoas adultas (entre 37,2% - 69,4%)[82,84]. A população universitária aparece como uma população passível de apresentar essas alterações, já que a mesma parece ser ocasionada por estresse, tabagismo, consumo de álcool e obesidade, comorbidades que afetam essa população[35].

Em contrapartida, a prática regular de exercício físico parece mediar a melhora na qualidade do sono[46-47], transformando-se numa opção não-farmacológica, acessível financeiramente, saudável e eficaz em sua busca.

Com a alta prevalência de alterações do sono na população em geral e sua associação com doenças crônicas, como obesidade, hipertensão, dislipidemias e diabetes, observa-se que são elevados os gastos com a saúde pública[85]. Aliando isso ao alto índice de sobrepeso e obesidade observado na população brasileira[51], observa-se que são poucos os estudos direcionados a analisar a relação das alterações na qualidade do sono com as doenças crônicas[82], como também os estudos epidemiológicos para investigar essas alterações com a prevalência de excesso de peso e comportamentos de risco na população universitária nacional.

HIPÓTESES

- H0 (Hipótese nula): Não existir relação entre dor lombar, comportamentos de risco e alterações do sono entre graduandos de Educação Física da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente;

- H1 (Hipótese alternativa): Existe relação entre dor lombar, comportamentos de risco e alterações do sono entre graduandos de Educação Física da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente.

OBJETIVO GERAL

- Estimar a ocorrência de dor lombar, comportamentos de risco e qualidade do sono entre graduandos de Educação Física da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente, bem como, seus os fatores a eles relacionados.

- Estimar a ocorrência de dor lombar entre universitários do curso de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente, bem como, identificar seus relacionamentos com comportamentos de risco;
- Estimar a ocorrência e os fatores associados a comportamentos de risco entre estudantes universitários de um curso de Educação Física;
- Estimar a ocorrência de alterações do sono em estudantes de graduação em Educação Física.

Questões éticas

O estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista - UNESP, Campus de Presidente Prudente e aprovado (Processo: 21960/2012).

Processo de seleção dos sujeitos

Este estudo de caráter descritivo/analítico foi desenvolvido em um delineamento transversal com características retrospectivas. Para determinação do tamanho amostral, foi utilizada a fórmula desenvolvida por Barbetta[86] para estudos de base populacional com tamanho conhecido. Neste estudo, a população total de estudantes de Educação Física foi de 360 alunos, sendo que após a utilização da fórmula ($n = N.n_0 / N+n_0$), observou-se que seriam necessários 190 estudantes para a realização desta pesquisa com erro máximo de 5%.

Foram entrevistando 237 indivíduos de ambos os sexos e regularmente matriculados no curso de Educação Física, da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista - UNESP, Campus de Presidente Prudente. Todas as turmas de ambos os períodos (matutino e noturno) foram consideradas e todos os alunos convidados a participar da entrevista. Os indivíduos que concordaram, foram considerados elegíveis ao cumprirem todos os critérios de inclusão: (i) Apresentar idade igual ou superior a 18 anos e (ii) Ser aluno regularmente matriculado no curso de Educação Física da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista - UNESP, Campus de Presidente Prudente.

Coleta de dados

Todos os questionários foram preenchidos em sala de aula após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os avaliados receberam esclarecimentos sobre a natureza do estudo, bem como, a forma correta de preenchimento do instrumento. Durante todo o preenchimento um avaliador treinado manteve-se em sala de aula para responder qualquer dúvida referente ao preenchimento. O instrumento foi preenchido pelo próprio avaliado e não foi permitida comunicação entre os avaliados durante o processo.

Sintomas musculoesqueléticos

Para avaliar os sintomas musculoesqueléticos, foi utilizado o questionário desenvolvido por Kuorinka et al[87], que a avalia ocorrência dor, formigamento ou dormência em diferentes regiões do corpo. Por conta do objetivo do presente estudo, foi utilizada apenas as regiões superior e inferior das costas.

O questionário consiste em quatro perguntas dicotômicas (sim ou não) referentes à: (i) Presença de distúrbios musculoesqueléticos e (ii) Comprometimento das atividades diárias no últimos 12 meses por conta destes distúrbios; (iii) Consulta de algum profissional da área da saúde por conta destes distúrbios; (iv) Sentir estes distúrbios na última semana antes da entrevista.

O desfecho do presente estudo foi o seguinte: indivíduos com nenhuma resposta positiva para as quatro perguntas em alguma das duas regiões do corpo avaliadas foram considerados como sem dor. Indivíduos com resposta positiva para ao menos uma das quatro questões foram diagnosticados como possuidores de dor lombar, sendo que os participantes que responderam positivamente às quatro questões foram diagnosticados com dor crônica. O questionário utilizado foi previamente validado e

adaptado para a língua portuguesa[88-89] e foi aplicado por apenas três entrevistadores previamente treinados.

Prática de atividades físicas

Para adiquirir informações referentes à prática habitual de atividades físicas dos avaliados, foi utilizado o questionário desenvolvido por Baecke et al[90] e validado para a população brasileira por Florindo et al[91].

No questionário foram avaliados três construtos da prática de atividade física em horários de lazer: intensidade (baixa, moderada e vigorosa), tempo semanal de prática (< 1h/sem; 1-2h/sem; 2-3h/sem; 3-4h/sem; > 4h/sem) e tempo prévio de engajamento (< 1 mês; 1-3 meses; 4-6 meses; 7-9 meses; > 9 meses).

A partir desses dados foram considerados fisicamente ativos os indivíduos que realizarem um mínimo de 180 minutos por semana (3-4h/sem) de atividades físicas de intensidade moderada ou vigorosa, nos últimos quatro a seis meses. Assim, a amostra foi subdivida como segue: (i) Indivíduos que não relataram prática alguma de atividade física; (ii) Indivíduos que relataram menos de 180 minutos por semana ou intensidade abaixo da desejada ou menor tempo prévio de engajamento; (iii) Indivíduos que alcançaram o ponto de corte proposto. Este montante semanal de tempo foi pouco superior aos 150 min/sem recomendados atualmente[92].

O questionário acima descrito também possui oito questões referentes às atividades realizadas no projeto de extensão e/ou estágio e/ou trabalho, como período de desenvolvimento, carga horária desenvolvida, nível de atividade física, tempo sentado, tempo em pé, frequência com que carrega pesos, meio de locomoção, as quais serão tratadas separadamente como outra variável independente.

Fatores de confusão

As variáveis: sexo (masculino e feminino), idade (contínua) e etnia (branco, negro, oriental, ou outras etnias) foram considerados como fatores de confusão. Além disso, outras variáveis também foram elencadas nesta categoria: (1) o índice de massa corporal (IMC), a partir do qual os indivíduos foram divididos em três grupos: peso normal (indivíduos com IMC ≤ 24,9 kg/m^2), sobrepesados (indivíduos com IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2) e obesos (indivíduos com IMC ≥ 30kg/m^2); (2) Escolaridade, se possui ou não outra graduação; (3) Qual o semestre que está cursando na faculdade (1°, 3°, 5°, 7°, e em alguns casos 9°, 11° ou 13°); (4) Qual o período em que estuda (matutino ou noturno).

Etilismo e tabagismo.

O nível de etilismo e tabagismo dos participantes foram avaliados através de questões referentes a estes hábitos.

Para verificação do nível de etilismo, o participante foi questionado sobre a frequência com que bebe, sendo possíveis as seguintes respostas: (i) Nunca; (ii) Mensalmente ou menos; (iii) 2-4 vezes no mês; (iv) 2-3 vezes na semana; (v) 4 ou mais vezes na semana. Foram realizadas ainda três perguntas dicotômicas (sim ou não): (i) “No passado, você bebia frequentemente e abandonou o hábito?”; (ii) “Algum amigo ou médico aconselhou a parar/diminuir a bebida?”; (iii) “Já se envolveu em alguma briga embreagado?”[93-94].

No caso do tabagismo, foi perguntado se o participante fuma ou não, no caso de resposta afirmativa, foi perguntado há quantos anos o mesmo fuma, a idade com a qual começou a fumar e quantos cigarros/dia a pessoa consome. Além disso, será perguntado se mora ou não com fumante[95-96].

Estes questionamentos sobre tabagismo e etilismo serviram para traçar o perfil dos dois hábitos nos avaliados.

Qualidade do sono

Para analisar a qualidade do sono foi utilizado o questionário *Mini-sleep Questionnaire*[97], que previamente foi validado para o idioma português[98], composto por 10 questões com sete possibilidades de respostas, sendo (nunca = 1, muito raramente = 2, raramente = 3, às vezes = 4, frequentemente = 5, muito frequentemente = 6 e sempre = 7). A soma das 10 respostas gera um escore numérico classificado em quatro categorias: sono normal (escore entre 10 e 24 pontos), sono levemente alterado (escore entre 25 e 27 pontos), sono moderadamente alterado (escore entre 28 e 30 pontos) e sono severamente alterado (escore acima de 30 pontos). Para o presente estudo, foi considerado o "sono alterado" os valores ≥ 25 pontos.

Tratamento estatístico

Foram calculadas taxas de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95). Para analisar a associação entre as variáveis dependentes e independentes foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2). No momento em que o tratamento da informação envolveu dados de origem numérica, foi utilizada a correlação de Spearman. Valores de significância inferiores a 5% foram considerados estatisticamente significativos e todas as análises realizadas no software estatístico BioEstat 5.0®.

Observando os resultados encontrados, verifica-se que 43,6% dos avaliados apresentaram dor lombar nos últimos 12 meses e 39,4% na última semana. Além disso, a Figura 1 demonstra um baixo percentual de pessoas que reportaram ser impedidas de realizar suas atividades normais devido à dor lombar e que procuraram algum profissional da saúde por decorrência dessa dor.

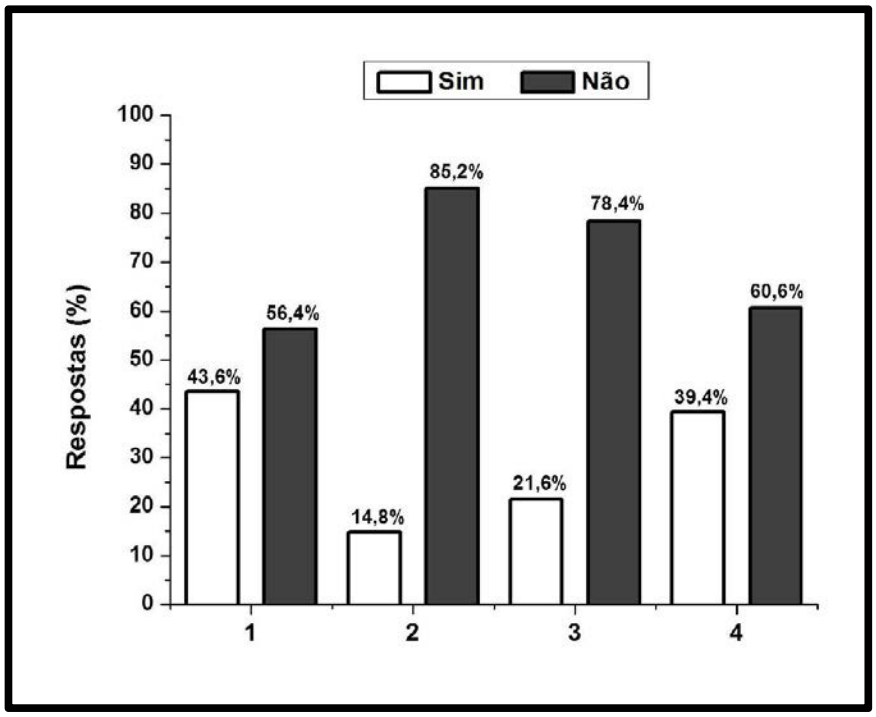


Figura 1. Representação gráfica percentual das respostas obtidas nas quatro questões referentes ao questionário sobre dor lombar respondido pelos participantes. 1= Presença de dor lombar nos últimos 12 meses; 2= Comprometimento das atividades diárias no últimos 12 meses por conta desta dor; 3= Consulta a algum profissional da área da saúde por conta desta dor; 4= Presença de dor lombar na última semana.

Após isso, foi verificada a correlação das variáveis referentes à dor lombar com as referentes ao comportamento de risco dos avaliados, sendo os resultados apresentados na Tabela 1, onde se pode observar que o sedentarismo foi a principal causa da presença de dor lombar nos últimos 12 meses e na última semana, e que a agregação de comportamentos de risco também foi responsável pela presença de dor na região lombar durante a última semana.

Tabela 1. Valores da correlação de Spearman entre interação das variáveis referentes à dor lombar e ao comportamento de risco entre estudantes universitários de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente.

	Questionário nórdico para dor lombar			
	Dor lombar nos últimos 12 meses	Comprometimento das atividades diárias nos últimos 12 meses	Consulta a profissional da área da saúde nos últimos 12 meses	Dor lombar na última semana
	rho	rho	rho	rho
Tabagismo	0.07	0.01	0.07	0.01
Etilismo	0.01	0.02	0.05	0.06
Sedentarismo	0.15[1]	0.03	0.06	0.20[2]
Agregação*	0.14	0.01	0.03	0.16[3]

rho= coeficiente de correlação de spearman; *= somatória do número de fatores de risco reportado (oscilando de 0 [nenhum] a 3[todos]); 1= p-valor de 0,021; 2= p-valor de 0,003; 3= p-valor de 0,015.

Nesta amostra de universitários analisada também foi possível observar uma alta prevalência de comportamentos de risco, como o sedentarismo e o etilismo (Figura 2).

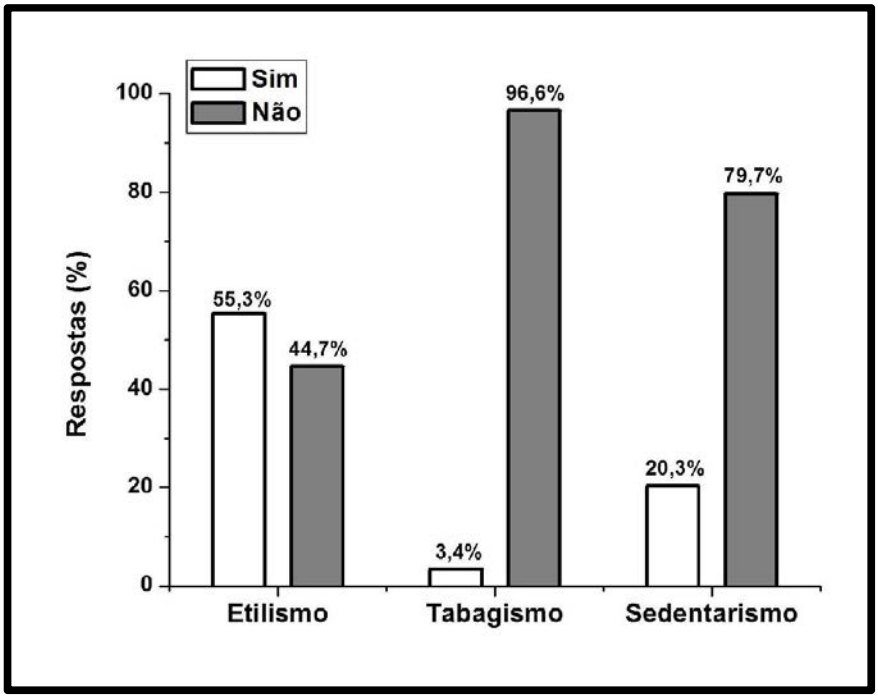


Figura 2. Prevalência de comportamentos de risco em estudantes de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente.

Além disso, observou-se a agregação de comportamentos de risco, sendo que mais 60% dos universitários entrevistados apresentaram ao menos um comportamento de risco (Figura 3).

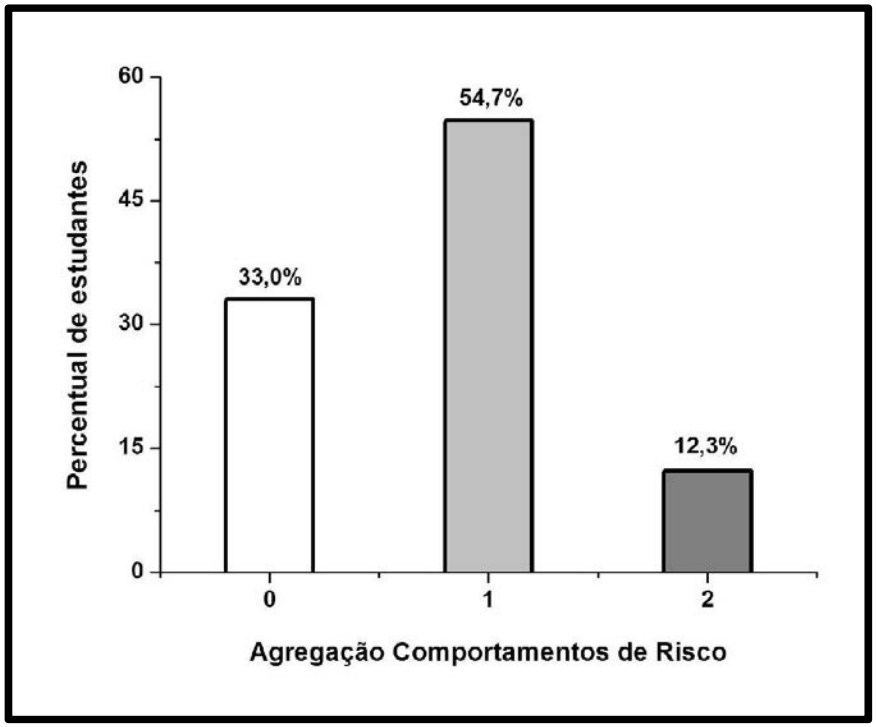


Figura 3. Representação gráfica percentual da agregação de comportamentos de risco em estudantes universitários de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente.

Nota. 0= possui um comportamento de risco (etilismo, tabagismo ou sedentarismo); 1= agrega dois comportamentos; 3= agrega os três comportamentos.

Na Tabela 2 estão expressas as correlações entre os comportamentos de risco avaliados em estudantes de Educação Física. Pode-se observar que o etilismo e o tabagismo são significativamente correlacionados (rho= 0.18; p-valor= 0,005).

Tabela 2. Interação entre os comportamentos de risco avaliados entre estudantes de Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente.

	Etilismo	Tabagismo	Sedentarismo
Etilismo	---	0.18	-0.06
p-valor		0,005	0,347
Tabagismo	---	----	-0.09
p-valor			0,147

Além disso, foi feita a correlação entre os comportamentos de risco e o semestre cursado na faculdade, as atividades de estágio e o período noturno de aulas (Tabela 3). A agregação de comportamentos de risco esteve relacionada à maior quantidade de semestres cursados (rho= 0.12), bem como, a estudar no período noturno (rho= 0.16). Além disso, estudar no período noturno foi relacionado a maior sedentarismo (rho= 0.14).

Tabela 3. Correlações entre comportamentos de risco e fatores de confusão em estudantes de Educação Física.

	Tabagismo rho	Etilismo rho	Sedentarismo rho	Agregação* rho
Semestre	0.10	0.06	0.06	0.12[1]
Período noturno	0.09	0.05	0.14[3]	0.16[2]
Estágio	0.06	0.11	-0.06	0.04

Rho= coeficiente de correlação de spearman; *= somatória do número de comportamentos de risco reportado (oscilando de 0 [nenhum] a 3[todos]); 1= p-valor de 0,048; 2= p-valor de 0,012; 3= p-valor de 0,033.

Foi possível observar que o percentual de alteração na qualidade de sono entre os estudantes de Educação Física foi elevado, pois mais da metade dos estudantes apresentaram alterações do sono (51,1%) (Figura 4).

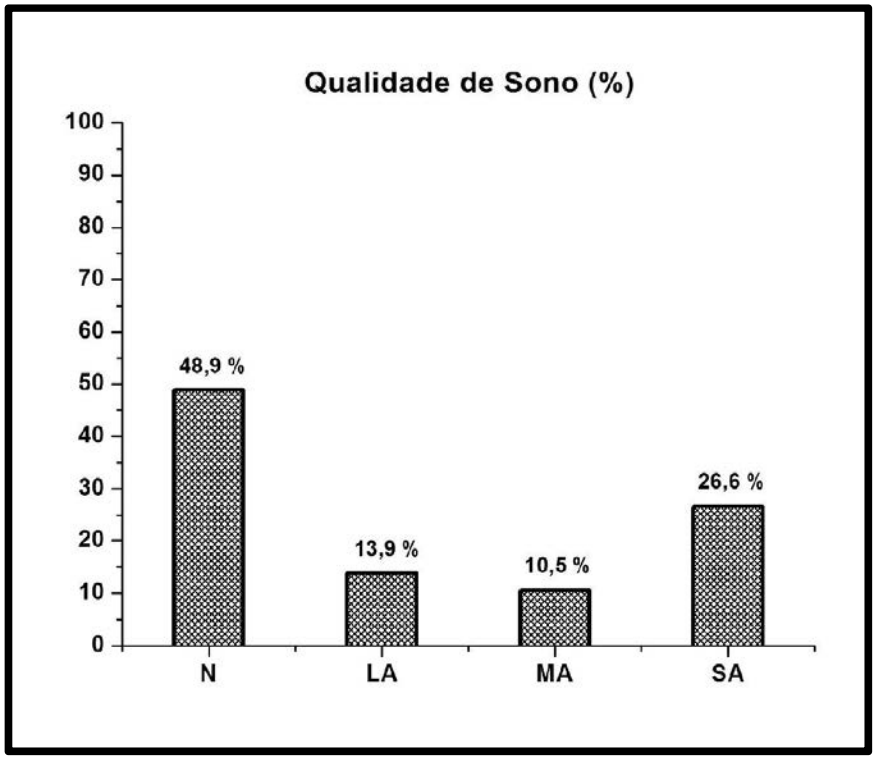


Figura 4. Ocorrência de alterações do sono entre estudantes de Educação Física. (N= normal; LA= Levemente alterado; MA= Moderadamente alterado; SA= Severamente alterado).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, observa-se que 43,6% dos estudantes de graduação em Educação Física da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente apresentaram quadro de dor lombar durante os últimos 12 meses, sendo que o sedentarismo foi significativamente correlacionado com esse quadro. Além disso, também foi observado que 39,4% dos participantes apresentaram quadro de dor lombar na última semana, sendo que além do sedentarismo, a agregação de comportamentos de risco foi significativamente correlacionada com a presença de dor lombar.

A prevalência elevada de estudantes com dor lombar nos últimos 12 meses (43,6%) é semelhante ao observado em outros estudos[76-77, 99-101] e se encaixa nos valores apresentados por Walker[102] em seu estudo de revisão bibliográfica do período de 1968 a 1998, que apontou prevalências de dor lombar nos últimos 12 meses entre 22% e 65%. Porém é inferior aos resultados obtidos por Matos et al[77]. Observando a prevalência de dor durante a última semana, verifica-se que os 39,4% obtidos no presente estudo corroboram com os achados por Ferreira et al[76], onde 34,1% dos avaliados também apresentaram esta comorbidade. Estes dados identificam que a lombalgia constitui um problema relevante entre estes estudantes e que medidas de prevenção precisam ser pensadas pelos órgãos competentes.

Além disso, ao nos atentarmos às correlações obtidas entre as variáveis referentes à dor lombar e aos comportamentos de risco, verificamos que o sedentarismo apresentou valores significativamente estatísticos, tanto com a presença de dor lombar nos últimos 12 meses (p-valor= 0,021), quanto na última semana (p-valor= 0,003). Ainda nesse sentido, a agregação dos comportamentos de risco apresentados (tabagismo, etilismo e sedentarismo) também foi significativamente correlacionada à presença de dor lombar na última semana (p-

valor= 0,015), resultados que podem ser comprovados pelo observado por Deyo & Wheinstein[72] em seus estudos, onde estimam que mais de 85% das queixas de dor lombar são recorrentes de fatores como o sexo e o excesso de peso. Estes dados identificam que, mesmo entre estudantes de um curso de Educação Física, medidas de promoção da prática de atividades físicas são necessárias.

De fato, sedentarismo e obesidade parecem estar intimamente ligados. Estudos realizados por Gomes et al[103] demonstram agregação entre sedentarismo e aumento de peso, dislipidemias, alteração da glicemia e aumento da pressão arterial em populações de adultos jovens, como a avaliada em nosso estudo. Além disso, o sexo pode ser correlacionado com o sedentarismo e a obesidade, uma vez que mulheres tendem a ganhar mais peso corporal no período pós-parto e, também, após a menopausa.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde[104] mostra que os níveis de inatividade física tendem a ser semelhantes em ambos os sexos. Porém, quando analisados adultos jovens (com idade entre 19 e 24 anos), verifica-se que estes níveis foram maiores entre as mulheres (34,3%), fato que, segundo Bianchini de Quadros et al[105], apoiam a ideia de que mulheres jovens representam um grupo de risco para o sedentarismo. Além disso, estes resultados são um motivo de preocupação, já que estudos indicam que a redução da atividade física de intensidade moderada entre estudantes universitárias recém-maticuladas é um fator preditor de alterações no peso, fato que pode contribuir para a epidemia mundial de obesidade[106-107], sendo que estudos demonstram que a dor lombar está ligada com o aumento do peso corporal e, consequentemente, com o sedentarismo[72], tornando as mulheres uma população propensa a apresentar dor lombar.

Observando as outras variáveis referentes à dor lombar, 14,8% dos avaliados relataram que, em algum momento nos últimos 12 meses, tiveram suas atividades normais comprometidas devido a presença de dor lombar e 21,6% do total de estudantes entrevistados procuraram algum profissional da área da saúde em decorrência desta dor, sendo estes resultados semelhantes aos observados por Ferreira et al[76], onde 22,5% dos entrevistados procuraram um profissional da saúde devido a dor lombar.

No que se refere aos comportamentos de risco, segundo os resultados obtidos neste inquérito, 55,3% dos estudantes avaliados apresentam o hábito de consumir bebidas alcoólicas, 3,4% são fumantes e 20,3% sedentários. Além disso, observou-se que 67% possuem ao menos um desses comportamentos de risco. A prevalência de estudantes que consomem bebidas alcoólicas é elevada e é semelhante ao observado por Kerr-Corrêa et al[7] (50%) e Chiapetti & Serbena[31] (74,8%), o que aponta o álcool como uma substância muito consumida entre a população universitária. Vale destacar que o consumo de álcool é elevado mesmo entre estudantes da área da Saúde, os quais têm acesso a informações sobre os malefícios relacionados ao consumo excessivo de álcool. Assim, salienta-se a importância de campanhas de combate a este comportamento entre universitários.

O baixo percentual de avaliados fumantes (3,4%) foi inferior aos resultados encontrados por Granville-Garcia et al[35], onde 5,7% dos avaliados eram fumantes. Porém, este estudo verifica que quase 40% dos estudantes iniciam o hábito de fumar devido ao estresse, algo que não foi encontrado em nossos estudos. Além disso, embora reduzido, o tabagismo esteve relacionado ao etilismo, agregação esta que esteve relacionada ao semestre cursado pelo universitário. Estes dados identificam que, quanto mais tempo de vida universitária, maior a exposição a estes

comportamentos de risco e, mais do que isso, maior e a assimilação dos mesmos. Estudar no período noturno também esteve relacionado à agregação de comportamentos de risco à saúde. De fato, estudantes do período noturno, em sua maioria, trabalham durante o dia (menor possibilidade de prática de atividades físicas, maior estresse por conciliar estudos e trabalho) e são menos expostos a campanhas de promoção a saúde realizadas pelas universidades, as quais são predominantemente realizadas no período da manhã e da tarde. Assim, faz-se necessário identificar a importância de campanhas de prevenção a estes comportamentos principalmente entre os "calouros" (os quais, em sua maioria, ainda não absorveram tais comportamentos de risco à saúde) e de preferência do período noturno.

Outro fato que chama atenção foi à elevada ocorrência de sedentarismo entre os universitários analisados. De fato, o percentual observado é inferior ao observado na população geral adulta do Estado de São Paulo[27], porém, era de se esperar que, por se tratarem de estudantes de Educação Física, o sedentarismo fosse de baixa ocorrência. Por outro lado, embora o domínio do lazer seja o grande foco de campanhas de promoção da prática de atividades físicas[27], não pode-se deixar de considerar que, conforme mencionado acima, estudantes do período noturno têm menor possibilidade de participar de atividades no domínio analisado e, assim, outros domínios também deveriam ser considerados.

Por fim, a alta prevalência de alterações no sono observada na amostra analisada (51,1%) corrobora com o observado nos estudos de Siu et al[108], onde foi reportada uma prevalência de 43,9%, porém numa população que possuia adolescentes. Esta alta prevalência também corrobora com os achados de Galli et al[21], onde foi observado que 58% da amostra, composta por indivíduos com idade

média de 40,3 anos, apresentam apnéia do sono. Valores semelhantes foram visualizados também nos estudos de Peters et al[26], onde 46% dos avaliados que faziam uso de cigarro durante o período noturno possuem piores qualidades de sono; o que demonstra que as alterações no sono são uma comorbidade que atinge uma parcela significativa destes universitários e merece atenção especial.

CONCLUSÕES

Considerado os resultados observados na presente dissertação, pode-se concluir que é elevada a prevalência de dor lombar entre alunos do curso de Educação Física, tanto nos últimos 12 meses como na última semana. Além disso, o sedentarismo foi significativamente correlacionado com a dor lombar nas duas situações, servindo de alerta para a elaboração de estratégias para a prevenção da dor lombar entre essa população. Da mesma forma, verifica-se que a prevalência de universitários que consomem bebidas alcoólicas é elevada, comportamento este que está relacionado ao tabagismo, além de ser observada uma elevada ocorrência de sedentarismo, a qual foi mais encontrada entre estudantes do período noturno e dos últimos anos do curso de graduação. Os resultados ainda demonstram que uma alta prevalência dos estudantes analisados apresenta alterações na qualidade do sono.

REFERÊNCIAS

1. Silva DAS, et al. Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(11): 4473-4479.

2. Silva DAS, Pereira IMM, Almeida MB, Silva RJS, Oliveira ACC. Estilo de vida de acadêmicos de educação física de uma universidade pública do estado de Sergipe, Brasil. Rev Bras Ciênc Esporte 2012; 34(1):53-67.

3. Nahas MV, Barros MVG, Francalacci VL. O pentáculo do bem-estar: Base conceitual para a avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. Rev Bras Ativ Fis Saúde 2000; 5(2):48-59.

4. Wagner GA, Andrade AG. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. Rev Psiq Clin. 2008; 35(1):48-54.

5. Peuker AC, Fogaça J, Bizarro L. Expectativas e beber problemático entre universitários. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2006; 22(2):193-200.

6. Andrade AG, Bassit AZ, Kerr-Correa F, Tonhon AA, Boscovitz EP, Cabral M, Rassi R, Potério GM, Marcondes E, Oliveira MPMT, Dualibi K, Fukushima JT. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do estado de São Paulo. Rev ABP-APAL 1997; 19:117-126.

7. Kerr-Correa F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NMVF. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21:95-100.

8. Pope HG, Ionescu-Pioggia M, Pope KW. Drug use and life style among college undergraduates: a 30-year longitudinal study. Am J Psychiatry 2001: 158:1519-1521.

9. Fiorini JE, et al. Use of licit and illicit drugs at the University of Alfenas. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 2003; 58(4): 199-206.

10. Murphy JG, Mc Devitt-Murphy ME, Barnett NP. Drink and be merry? Gender, life satisfaction, and alcohol consumption among college students. Psychology of Addictive Behaviors 2005; 19(2): 184-191.

11. Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastri S, Malbergier A. Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo – São Paulo campus in 1996 and 2001. Rev Bras Psiquiat 2005; 27(3): 185-193.

12. Boland M, et al. Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish university, 1973-2002. Drug and Alcohol Depen 2006; 85: 123-128.

13. Lucas ACS, et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. Cad Saúde Pub 2006; 22(3): 663-671.

14. Santos MVF; Pereira DS; Siqueira MM. Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. J Bras Psiquiatr. 2013; 62(1):22-30.

15. Silva LVEA, Malbergier A, Andrade AG, Stempliuk VA. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saude Publica. 2006; 40(2):280-8.

16. Nappo SA, Sanchez ZM. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev Psiq Clín. 2007; 34(1):73-81.

17. Laranjeira R, Pinsky I, Zalesky M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre Padrões do Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília; 2007.

18. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: SENAD; 2010.

19. Silva MC, Fassa ACG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública 2004; 20(2): 377-385.

20. Malateaux JM, Ricci FR, Fragoso YD. Investigation of low back pain in a non-hospital population of the coastline of the state of São Paulo. Rev Dor São Paulo 2011; 12(1):19-22.

21. Galli G, Piaggi P, Matingly MS, de Jonge L, Courville AB, Pinchera A, Santini F, Cizza G. Inverse relationship of food and alcohol intake to sleep measures in obesity. Nutr Diabetes 2013; 3(58):1-8.

22. Pandey A, Williams N, Donat M, Ceide M, Brimah P, Ogedegbe G, McFarlane SI, Jean-Louis G. Linking sleep to hypertension: Greater risck for blacks. Int J Hypert 2013; 1-7.

23. Kobayashi D, Takahashi O, Deshpande GA, Shimbo T, Fukui T. Relation between metabolic syndrome and sleep duration in Japan: A large scale cross-sectional study. Intern Med 2011; 50(2):103-107.

24. Vgontzas AN, Liao D, Pejovic S, Calhoun S, Karataraki M, Bixler EO. Insomnia with objective short sleep duration is associated with Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2009; 32(11):1980-1985.

25. Kim KS, Kim JH, Park SY, Won HR, Lee HJ, Yang HS, Kim HJ. Smoning induces oropharyngeal narrowing and increases the severity of obstructive sleep apnea syndrome. J Clin Sleep Med 2012; 8(4):367-374.

26. Peters EN, Fucito LM, Novosad C, Toll BA, O'Malley SS. Effect of night smoking, sleep disturbance, and their co-occurrence on smoking outcomes. Psychol Addict Behav 2011; 25(2):312-319.

27. Beccutti G, Pannain S. Sleep and obesity. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2011; 14(4):402-412

28. Pedrosa AAS, Camacho LAB, Passos SRL, de Oliveira RVC. Consumo de álcool entre estudantes universitários. Cad Saúde Pública 2011; 27(8):1611-1621.

29. Zaslow MJ, Takanishi R. Priorities for research on adolescent development. Am Psychol 1993; 48(2):185-192.

30. Sly D, Quadagno D, Harrison D, Eberstein I, Riehman K. The association between substance use, condom use and sexual risk among low-income women. Fam Plann Perspect 1997; 29:132-136.

31. Chiapetti N, Serbena CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área da saúde de uma universidade de Curitiba. Psicol Reflex Crit 2007; 20:303-313.

32. Andersson G. Epidemiological features of chronic low-back pain. Lancet 1999; 354:581-585.

33. Amorim AVC, Kikko EO, Abrantes MM, Andrade VLA. Álcool e alcoolismo: Estudo de prevalência entre discentes do curso de Medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte – Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais 2008; 18(1):16-23.

34. Lemos KM, Neves NMBC, Kuwano AY, Tedesqui G, Bitencourt AGV, Neves FBCS, Guimarães AN, Rebello A, Bacellar F, Lima MM. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina de Salvador (BA). Rev Psiquiatr Clin 2007; 34(3):118-124.

35. Granville-Garcia AF, Sarmento DJS, Santos JA, Pinto TA, Souza RV, Cavalcanti AL. Smoking among undergraduate students in the area of health. Cienc Saúde Col 2012; 17(2):389-396.

36. Silva AO, Sousa CMM, Gaspar MFM, Paredes MAS, Tura LFR, Jesuíno JC. Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. Rev Bras Enferm 2008; 61(4):423-427.

37. Oliveira AF, Valente JG, Leite IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: Revisão sistemática. Rev Saúde Pública 2008; 42(2):335-345.

38. Deheinzelin D, Lourenço MT, da Costa CL, Younes RN. The level of nicotine dependence is an independent risk factor for cancer: A case control study. Clinics 2005; 60(3):221-226.

39. Millar WJ, Locker D. Smoking and oral health status. J Can Dent Assoc 2007; 73(2): 155.

40. Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saúde Pública 2006; 40(2): 280-288.

41. Malbergier A, Oliveira Jr HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. Rev Psiquiatr Clin 2005; 32(5):276-282.

42. Rodrigues ESR, Cheik NC, Mayer AF. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. Rev Saúde Pública 2008; 42(4):672-678.

43. Franca C, Colares V. Comparative study of health behavior among college students at the start and end of their courses. Rev Saúde Pub 2008; 42:1-7.

44. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. Revista de Saúde Pública. 2004; 38(6):787-796.

45. Menezes AMB, Hallal PC, Silva F, Souza M, Paiva L, D'Ávila A, Weber B, Vaz V, Marques F, Horta BL. Tabagismo em estudantes de medicina: Tendências temporais e fatores associados. J Bras Pneumol 2004; 30(3):223-228.

46. Zuo H, Shi Z, Yuan B, Dai Y, Hu G, Wu G, Hussain A. Interaction between physical activity and sleep duration in relation to insulin resistance among non-diabetic. BMC Public Health 2012; 12:247.

47. Pereira EG, Gordia AP, Quadros TMB. Padrão de sono em universitários brasileiros e sua relação com a prática de atividades físicas: Uma revisão de literatura. Rev Bras Cienc Saúde 2011; 9:30.

48. Uchida S, Shioda K, Morita Y, Kubota C, Ganeko M, Takeda N. Exercise effects on sleep physiology. Frontiers in Neurology. 2012; 3:48.

49. Almeida AF, Mussi FC. Tabagismo: Conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4):456-463.

50. Fernandes RA, Christófaro DGD, Casonatto J, Codogno JS, Rodrigues EQ, Cardoso ML, Kawaguti SS, Zanesco A. Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e vida adulta. Arq Bras Cardiol 2011; 97(4):317-323.

51. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância e fator de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

52. Djouhri L, Lawson SN. Aβ-fiber nociceptive primary afferent neurons: A review of incidence and properties in relation to other afferent A-fiber neurons in mammals. Brain Res Rev 2004; 46(2):131-145.

53. Fernandes RA. Prática de atividade física e prevalência de doenças cardiometabólicas no estado de São Paulo. Tese (doutorado) apresenada ao Instituto de Biociências, UNESP, Rio Claro, 2011.

54. Fernandes RA, Zanesco A. early physical activity promotes lower prevalence of cronic diseases in adults. Hypertens Res 2010; 33(9):926-931.

55. Sherk VD, Bemben MG, Bemben DA. Comparsions of bone mineral density and bone quality in adult rock climbers, resistance-trained men, and untrained men. J Strength Cond Res 2010; 24(9):2468-2474.

56. Andreoli A, Monteleone M, Van Loan M, Promenzio L, Tarantino U, De Lorenzo A. Effects of different sports on bone density and muscle mass in highly trained athletes. Med Sci Sports Exerc 2001; 33(4):507-511.

57. Silva CC, Goldberg TBL, Teixeira AS, Dalmas JC. The impact of different types of physical activity on total and regional bone mineral density in young Brazilian athletes. J Sports Sci 2011; 29:227–234.

58. Greene DA, Naughton GA. Adaptive skeletal responses to mechanical loading during adolescence. Sports Med 2006; 36:723-732.

59. Malina RM, Bouchard C, Bar-Or O. Growth, maturation and physical activity. 2nd ed. Champaing: Human Kinetics 2004.

60. Siqueira FV, Facchini LA, Azevedo MR, Reichert FF, Bastos JP, Silva MC et al. Prática de Atividade Física na Adolescência e Prevalência de Osteoporose na Idade Adulta. Rev Bras Med Esporte. 2009; 15(1):27-30.

61. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: Estimates from US national surveys, 2002. Spine 2006; 31(23):2724-2727.

62. Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, Leclerc A, Müller G, Van der Beek AJ. Chapter 2. Eiropean guidelines for prevention in low back pain: November 2004. Eur Spine J 2006; 15(2):S136-168.

63. Ferreira MC, Penido H, Aun A, Ferreira P, Ferreira ML, Oliveira VC. Eficácia dos exercícios de controle motor na dor lombopélvica: Uma revisão sistemárica. Fisioter Pesqui 2009; 16(4):374-379.

64. Lahad A, Malter AD, Berg AO, Deyo RA. The effectiveness of four interventions for the prevention of low back pain. JAMA 1994; 272:1286-1291.

65. Marcondelli P, Cosa THM, Schmitz BAS. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3° ao 5° semestres da área da saúde. Rev Nutr 2008; 2191):39-47.

66. Bishop GH, Landau WM, Jones MH. Evidence for a double peripheral pathway for pain. Science 1958; 128(3326):712-714.

67. Merskey H, Albe-Fessard DG, Bonic JJ. Pain terms: A list with definitions and notes on usage: Recommended by the International Association for Study of Pain (IASP), Subcommitee on Taxonomy. Pain 1979; 6:249-252.

68. Lawson SN. Phenotype and function of somatic primary afferent nociceptive neurons with C-, Aδ- or Aα/β-fibres. Exp Physiol 2002; 87(2):239-244;

69. Burton AK, et al. European guidelines for prevention in low back pain. Eur Spine J 2006; 15(2): 136–168.

70. Van Tulder M, et al. European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care. Eur Spine J 2006; 15(2): S169–S191.

71. Hodges P, Hoorn W, Dawson A, Cholewicki, J. Changes in the mechanical properties of the trunk in low back pain may be associated with recurrence. J Biomec 2009; 42; 61–66.

72. Deyo RA, Wheinstein JN. Low back pain. N Eng J Med 2001; 344:363-370.

73. Wong WS, Fielding R. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general population of Hong Kong. J Pain 2011; 12(2):236-45.

74. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: Results of an internet-based survey. J Pain 2010; 11(11):1230-1239.

75. Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Batista A, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. Rev Bras Ortop 2008; 43(3):96-102.

76. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: Estudo de base populacional. Rev BrasFisioter 2011; 15(1):31-36.

77. Matos G, Hennington EA, Hoefe AL, Dias da Costa JS. Dor lombar em usuários de um plano de saúde: Prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública 2008; 24(9):2115-2122.

78. Barreto SM, Passos VMA, Giatti, L. Comportamento saudável entre jovens adultos no Brasil. Rev Saúde Pub 2009; 43(2):9-17.

79. Luyster FS, Strollo Jr PJ, Zee PC, Walsh JK. Sleep: A health imperative. Sleep 2012; 35(6):727-734.

80. McCarley RW. Neurobiology of REM and NREM sleep. Sleep Med 2007; 8(4):302-330.

81. Carter PJ. Longitudinal analysis of sleep in relation to BMI and body fat in children: the FLAME Study. BMJ 2011; 342:1-7.

82. Liu Y, Croft JB, Wheaton AG, Perry GS, Chapman DP, Strine TW, McKnight-Eily LR, Presley-Cantrell L. Association between perceived insufficient sleep, frequent mental distress, obesity and chronic diseases among US adults, 2009 behavioral risk factos surveillance system. BMC Public Health 2013; 13:84.

83. Singareddy R, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, Liao D, Calhoun S, Shaffer ML, Bixler EO. Risk factors for incident chronic insomnia: A general population prospective study. Sleep Med 2012; 13(4):346-353.

84. Ryu SY, Kim KS, Han MA. Factors associated with sleep duration in Korean adults: Results of a 2008 community health survey in Gwangiu metropolitan city, Korea. J Korean Med Sci 2011; 26:1124-1131.

85. Sichieri R, Nascimento S, Coutinho W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. Cad Saúde Pública 2007; 23(7):1721-1727.

86. Barbetta PA. Estatística aplicada às Ciências Sociais. Florianópolis, 1994.

87. Kourinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, Jorgensen K. Standardised Nordic questionnaries for the analysis of musculoskeletal symptoms. Appl Ergon 1987; 18(3): 233-237.

88. Pinheiro FA, Troccoli BT, Carvalho CV. Validação do questionário Nórdico de sintomas osteomusculares como medida de morbidade. Rev Saúde Pública 2002; 36(3):307-312.

89. Barros EM, Alexandre NM. Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnarie. Int Nurs Rev 2003; 50(2):101-108.

90. Baecke JA, Burema K, Friters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. Am J Clin Nutr 1982; 36:936-942.

91. Florindo AA, Latorre MR, Jaime PC, Tanaka T, Zerbini CA. Methodology to evaluation the habitual physical activiti in men aged 50 years or more. Rev Saúde Pub 2004; 38(2):307-314.

92. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Health GW, Thompson PD, Bauman A. Physical activity and oublic health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc 2007; 39(8):1423-1434.

93. Babor TF, La Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: The alcohol use disorders identificacion test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization) / PSA 1992; 4: 1-29.

94. Mendéz EB. Uma versão brasileira do AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação (Mestrado) apresentada à Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

95. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978; 3: 235–241.

96. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. Rev Bras Med 2002; 59(1/2):73-80.

97. Zomer J, Peled AH, Rubin E, Lavie P. Mini-sleep Questionnaire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints. In: Koella WP, Rüther E, Schulz H, eds. Sleep 84. Stuttgart: Gustave Fisher Verlag, 1985: 467– 470.

98. Falavigna A, de Souza Bezerra ML, Teles AR, Kleber FD, Velho MC, da Silva RC et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. Sleep Breath. 2011; 15(3): 351-5.

99. Gilgil E, et al. Prevalence of low back pain in a developing urban setting. Spine. 2005; 30(9): 1093-1098.

100. Bejia I, et al. Prevalence end factors associated to low back pain among hospital staff. Joint Bone Spine. 2004; 72(3): 254-259.

101. Schneider S, Schmitt H, Zoller S, Schiltenwolf M. Work place stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. Int Arch Occup Env Health. 2005; 78(4): 253-269.

102. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. J Spinal Dis. 2000; 13(3): 205-217.

103. Gomes EB, et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. Rev Bras Enf. 2012; 65(4): 594-600.

104. Ministério da Saúde. VIGITEL 2008. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas e proteção para pesquisa telefônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

105. Bianchini de Quadros TM, Petroski EL, Santos-Silva DA, Pinheiro-Gordia A. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. Rev Salud Pub. 2009; 11(5): 724-733.

106. Edmonds MJ, et al. Body weight and percent body fat increase during the transition from high school to university in females. J American Diet Assoc. 2008; 108(6): 1033-1037.

107. Racette SB, Deusinger SS, Strube MJ, Highstein GR, Deusinger RH. Changes in weight and health behaviors from freshman through senior year of college. J Nutr Educ Behavior. 2008; 40(1): 39-42.

108. Siu YF, Chan S, Wong KM, Wong WS. The comorbidity of chronic pain and sleep disturbances in a community adolescent sample: prevalence and association with sociodemographic and psychosocial factors. Pain Med 2012; 13 (10): 1292-303.

ANEXO I -QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO DISSERTAÇÃO RAFAEL GAVASSA DE ARAÚJO

QUESTIONÁRIO GERAL

Nome: _____ **Data Nascimento:** __/__/____ **Data Avaliação:** __/__/2013

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino **Etnia:** ( ) Branco ( ) Negro ( ) Oriental ( ) Outros

1. Peso atual: ____Kg **1.1.** Pesou nos últimos 6 meses? ( ) Sim ( )Não

2. Estatura: _____m **ID:** _____

QUESTIONÁRIO ACADÊMICO

1. Já possui outra graduação? ( ) Sim ( )Não **2. Qual semestre está cursando?** _____

2.1. Qual período? ( ) Matutino ( ) Noturno

3. Participa de projeto de extensão? ( ) Sim ( )Não **3.1.** Qual o período em que participa do projeto? ( ) Matutino ( ) Tarde ( ) Noturno

3.2. Este projeto exige sua participação em atividades práticas (ministrar aulas, comandar alongamentos, etc)? ( ) Sim ( ) Não

3.3. Se sim, qual o nível de atividade física este projeto lhe exige? ( ) Leve ( ) Muito leve ( ) Moderada ( ) Intensa ( ) Muito intensa

3.4. Qual meio de locomoção utiliza para ir ao projeto? ( )Caminhada ( )Bicicleta ( )Motocicleta ( )Carro ( )Ônibus ( )Outros

4. Realiza estágio? ( ) Sim ( ) Não **4.1.** Mais de um estágio? ( ) Sim ( ) Não

4.2. Se sim, em qual área? ( ) Escolar ( ) Academia/Personal Trainner ( ) Área Esportiva

4.3. Qual o nível de atividade física este estágio lhe exige? ( ) Leve ( ) Muito leve ( ) Moderada ( ) Intensa ( ) Muito intensa

4.4. Qual meio de locomoção utiliza para ir ao estágio? ( ) Caminhada ( ) Bicicleta ( ) Motocicleta ( ) Carro ( ) Ônibus ( ) Outros

4.5. Qual o período em que realiza o estágio? ( ) Matutino ( ) Tarde ( ) Noturno **4.6.** Qual a carga horária semanal do estágio? ( ) < 1 hr ( ) 1-3 hrs ( ) > 3 hrs

4.7. No estágio, com que frequência você:

Permanece sentado: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

Fica em pé parado: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

Necessita caminhar: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

Necessita carregar algo: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

5. Onde mora? ( ) Casa de familiares ( ) República ( ) Sozinho

5.1. Se é apartamento, em qual andar se situa? _____ **5.2.** Possui elevador? ( ) Sim ( ) Não

6. Após as aulas práticas, você:

Sente dores nos braços: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

Sente dores nas pernas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

Sente dores nas costas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre

QUESTIONÁRIO ATIVIDADE FÍSICA

1. Você trabalha? ( ) Sim ( ) Não **1.1.** Na área de EF? ( ) Sim ( ) Não **1.2.** A mais de 6 meses? ( ) Sim ( ) Não
1.3. Por acaso, este trabalho é um estágio remunerado? ( ) Sim ( ) Não
1.4. Qual o período em que trabalha? ( ) Matutino ( ) Tarde ( ) Noturno **1.5.** Qual a carga horária do trabalho? ( ) < 1 hr ( ) 1-3 hrs ( ) > 3 hrs
2. No trabalho, com que frequência você:
Permanece sentado: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
Fica em pé parado: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
Necessita caminhar: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
Necessita carregar algo: (1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Sempre
3. Após um dia de trabalho você se sente cansado:
(1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente
4. Para realizar as atividades do seu trabalho você transpira (por esforço)?
(1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente
5. Você acredita que o seu trabalho é fisicamente:
(1) Leve (2) Muito leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso
6. Você pratica algum tipo de esporte, vai à academia ou faz caminhada/corrida? ( ) Sim ( ) Não
6.1. Este esporte/programa de exercícios físicos apresenta uma intensidade:
(1) Baixa (2) Moderada (3) Elevada
6.2. Durante quantas horas/semana você pratica esse esporte/programa de exercícios?
(1) < 1 hr (2) 1-2 hrs (3) 2-3 hrs (4) 3-4 hrs (5) > 4 hrs
6.3. A quanto tempo você já pratica esse esporte/programa de exercícios?
(1) < 1 mes (2) 1-3 meses (3) 4-6 meses (4) 7-9 meses (5) > 9 meses

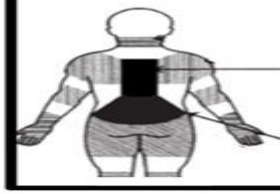
QUESTIONÁRIO SOBRE FUMO E ÁLCOOL

1. Você fuma? ( ) Sim ( ) Não **1.1.** Mora com fumante? ( ) Sim ( ) Não
RESPONDA ABAIXO APENAS SE FOR FUMANTE:
1.2. Fuma a quantos anos? _____ anos **1.3.** Com qual idade começou? _____ anos
1.4. Fuma quantos cigarros por dia? (1) 1-10 (2) 11-20 (3) 21-30 (4) > 31
2. Atualmente, com que frequência você bebe?
(1) Nunca (2) Mensalmente ou menos (3) 2-4 vezes/mês (4) 2-3 vezes/semana (5) ≥ 4 vezes/semana
2.1. No passado, você bebia frequentemente e abandonou o hábito? ( ) Sim ( ) Não
2.2. Algum amigo ou médico aconselhou parar/diminuir a bebida? ( ) Sim ( ) Não
2.3. Já se envolveu em alguma briga embriagado? ( ) Sim ( ) Não

QUESTIONÁRIO SOBRE SONO / DOR NAS COSTAS

Por favor, assinale o número que melhor descreva sua resposta:	Nunca	Muito rara-mente	Rara-mente	Às vezes	Freqüente-mente	Muito freqüente-mente	Sempre
1 – Você tem dificuldade em adormecer à noite?	1	2	3	4	5	6	7
2 – Você acorda de madrugada e não consegue adormecer e novo?	1	2	3	4	5	6	7
3 – Você toma remédios para dormir ou tranqüilizantes?	1	2	3	4	5	6	7
4 – Você dorme durante o dia? (sem contar cochilos ou sonecas programadas)	1	2	3	4	5	6	7
5 – Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado (a)?	1	2	3	4	5	6	7
6 – Você ronca à noite? (que você saiba)	1	2	3	4	5	6	7
7 – Você acorda durante a noite?	1	2	3	4	5	6	7
8 – Você acorda com dor de cabeça?	1	2	3	4	5	6	7
9 – Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?	1	2	3	4	5	6	7
10 – Você tem sono agitado? (mudanças constantes de posição ou movimentos de pernas/braços)	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONÁRIO DE DOR NAS COSTAS



	No último ano você sentiu dor, formigamento ou dormência?	No último ano alguma vez você foi impedido de realizar suas atividades normais por conta da dor?	No último ano você procurou alguma profissional da área da saúde?	Na última semana você sentiu dor?
PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim
PARTE INFERIOR DAS COSTAS	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ Sim