

ASSOCIAÇÕES ENTRE NÍVEL, OFERTA DE ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO E ATIVIDADE FÍSICA DE LAZER

CAMILA BOSQUIERO PAPINI

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Motricidade, área Biodinâmica da Motricidade Humana.

Orientador: Eduardo Kokubun

Rio Claro
Maio- 2009

790.0135 Papini, Camila Bosquero

P217a Associação entre nível, oferta de atividade física no trabalho e atividade física de lazer / Camila Bosquero Papini. – Rio Claro : [s.n.], 2009
112 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro
Orientador: Eduardo Kokubun

1. Lazer. 2. Trabalhadores. 3. Estágios de prontidão. 4. Programas de condicionamento físico. I. Título.

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus pais, Luiz e Ivani Papini.

E aos meus amigos e orientadores,
Eduardo Kokubun e Priscila Nakamura.

Agradecimentos

Aos meus pais, Luiz e Ivani, e aos meus irmãos Mariane e Neto e ao meu cunhado Tiago por todo apoio, carinho e por sempre acreditarem nos meus ideais. Vocês contribuem muito para tornar meus sonhos em realidade.

Ao meu professor, amigo e orientador Eduardo Kokubun, por acreditar e confiar no meu potencial. Nem eu sabia que podia ser capaz de colocar em prática esse projeto. Agradeço pela orientação e pelas conversas que contribuíram muito para minha formação, meu desenvolvimento acadêmico e para a elaboração desse trabalho. Tenho muito orgulho de falar que sou orientanda do Eduardo Kokubun. E apesar dos problemas, do trabalho e das “dores de cabeça” do projeto prevalência, valeu a pena!! Faria tudo de novo!!

À minha irmã e amiga, Priscila Missaki Nakamura. Você foi a grande incentivadora e é meu espelho para seguir na área acadêmica. Te admiro muito como pessoa. Agradeço pelos ensinamentos que contribuem não só para minha formação profissional, mas também para toda a vida!!! Obrigada pela companhia, risadas, pelas conversas, pelos muitos sorvetes, pela grande ajuda nesse projeto e obrigada por passar vários finais de semana comigo em Rio Claro realizando entrevistas. Ninguém conhece mais Rio Claro que nós duas..rs...

Aos Professores que contribuíram para a realização e escrita desse trabalho: Professora Sandra Lia do Amaral, Professor Alex Florindo, Professor Pedro Hallal, Professor Sebastião Gobbi e a Professora Caroline de Oliveira Martins.

Aos meus amigos pós-graduandos: Rodrigo Moura, Gléber, Grace, Rodrigo Dália, Marcos, Sandra, Ricardo, Beto, Jailton, Heitor, Newton e Fabinho por toda ajuda e pela convivência nesses últimos anos. E um agradecimento especial para meus amigos “Doutor Américo” e Deco, não só pela colaboração no projeto prevalência, mas principalmente pelos momentos de risadas, pelo incentivo e por sempre estarem dispostos a ouvir meus problemas e me ajudarem.

Minhas as amigas que sempre me aturam, me ouvem, me animam, me divertem: Dani e Nat. Aos amigos que estão longe, mas que estão sempre presentes em todos os momentos: Thaty, Kátia, Tatinha e Dinão. Sei que posso contar com vocês por toda a vida!!

Aos integrantes do Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde- NAFES, minha terceira casa: Clarisse, Thaysa, Marol, Fer Gogo, Yumi, Gui Mangava, Gabi,

Andrei, Ricardo Correa. Ajudaram como puderam: no arrolamento, atendendo telefones, grampeando questionário, etc, etc, etc. Vocês também me ensinam muito!!!

Aos meus amigos Yamaha, Pilla e PC. Leandro Yamaha muito obrigado pela ajuda diária no arrolamento, Pilla, pelo desenho do mapa. Mas, além disso, agradeço a vocês pela companhia, risadas e também pelos almoços, jantas, sobremesas e cervejas que me ajudaram a relaxar e contribuíram para meu aumento de peso nesses últimos meses.

Às duas entrevistadoras que não desistiram do trabalho: Roberta e Valéria, que contribuíram muito na coleta de dados. Aos digitadores André e Letícia. À Marina que auxiliou na organização dos questionários.

À todos 1373 entrevistados que aceitaram gentilmente participar da pesquisa e que perderam 40 minutos de suas vidas nos dando as preciosas informações.

Aos colaboradores para realização do projeto Prevalência: NAFES, LAFE (Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento), CREF4/SP (Conselho Regional de Educação Física – 4ª região), FUNDUNESP (Fundo de Desenvolvimento da Unesp), CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), Fundo Nacional da Saúde através da Secretaria de Vigilância e Saúde (SVS) e Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro.

Resumo

O objetivo desse estudo foi investigar associações entre nível, oferta de Atividade Física (AF) no trabalho e AF de lazer. Foi realizado um estudo transversal de base populacional. Participaram do estudo 864 trabalhadores com idade média e desvio-padrão de 41 ($\pm 13,4$) anos, sendo 451 homens e 413 mulheres e eles responderam o Questionário Internacional de AF (versão longa – classificados em ativos e sedentários de acordo com o nível de AF de lazer), o Questionário baseado no modelo Transteorético (Estágios de Prontidão – classificados em fase de adoção e fase antecedentes), o Questionário sobre convênios e instalações para a prática de AF pela empresa e o Questionário sócio-demográfico. Para verificar as associações foi realizada a Regressão de Poisson no programa STATASE.10, obtendo a Razão de Prevalência (RP) com Intervalo de Confiança (IC - 95%). Como variáveis dependentes utilizamos o sedentarismo (nível de AF de lazer) e fase antecedentes (participação em AF de lazer). Para as variáveis independentes utilizamos: sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), escolaridade, nível sócio-econômico, nível de AF no trabalho, oferta de ginástica laboral, participação na ginástica laboral e oferta de programas de condicionamento físico (PCF) através de convênios e instalações no local de trabalho. Os resultados indicam que os trabalhadores do sexo masculino são menos sedentários quando comparados com as trabalhadoras do sexo feminino. Para o sexo masculino, menor nível sócio-econômico está associado ao sedentarismo e a oferta de PCF oferecidos através de convênios está associada a níveis mais elevados de AF de lazer. Para o sexo feminino, maior IMC e menor nível sócio-econômico foram associados ao sedentarismo. Com relação a participação em AF de lazer o sexo feminino tem menos chances de estarem na fase de adoção. As variáveis associadas com a participação em AF de lazer para o sexo masculino são: maior escolaridade e maior nível sócio-econômico. E para o sexo feminino: maior idade e maior nível sócio-econômico. Para os trabalhadores em geral os PCF oferecidos através de convênios (RP= 0.65, IC= 0.47 – 0.89) estão associado ao nível de AF de lazer e os PCF oferecidos através de instalações no local de trabalho (RP= 0.57, IC= 0.38 – 0.87) estão associado a participação em AF de lazer. O nível de AF no trabalho não está associado com o nível e participação em AF de lazer. Apesar de alguns fatores não modificáveis estarem associados com o nível e participação em AF de lazer, a oferta de PCF (convênios ou instalações no local de trabalho) está associada. A oferta desses programas pode influenciar na prática de AF dos trabalhadores, trazendo inúmeros benefícios para a saúde dos mesmos.

Palavras-chave: Trabalhadores. Nível de atividade física. Estágios de prontidão. Ginástica laboral. Programa de condicionamento físico.

Abstract

The aim of this study was to investigate the associations between Physical Activity's (PA) level and PA's offer at worksite and Leisure time PA. The Population-based cross-sectional study was realized with 864 workers with average age and standard deviation 41 ($\pm 13,4$) years old, being 451 men and 413 women. They answered the International PA Questionnaire (long version – classified in activity and sedentary according to leisure time PA's level), the Questionnaire based on Transteorethic Model (Stages of change – classified in adoption and antecedents phases), the Questionnaire about facilities and installations PA's practice in the worksite and the demographic-status Questionnaire. The Poisson Regression in the STATASE.10 program, getting the Prevalence Ratio (PR) with Confident Interval (CI - 95%) was conducted to verify the associations between the variables. The dependents variables were the sedentarism (leisure time PA's level) and antecedents phase (leisure time PA's participation). For the independents variables were used: sex, age, body mass index (BMI), schooling level, social status, PA's level in work, stretch-break's offer, stretch-break's participation and fitness program's (FP) through facilities and installations PA's practice in the worksite. The results indicated that the male workers are less sedentary than female. For men the lower social status was associated with sedentarism and the FP facilities was associated with bigger leisure time PA's level. For female, bigger IMC and lower social status were associates with sedentarism. About leisure time PA's participation, the female has less chance to be in the adoption phase than male. The variables associated to leisure time PA's participation for male are: bigger schooling and social status and for female are bigger age and social status. For the workers in general the FP facilities (PR= 0.65, CI= 0.47 – 0.89) are associated with leisure time PA's level and the FP offered through installations PA's practice in the worksite (PR= 0.57, CI= 0.38 – 0.87) are associated with leisure time PA's participation. The PA's level at work isn't associated with leisure time PA's level and participation. Although some not modifiable factors are associated with leisure time PA's level and participation, the FP (accords and installations PA's practice in the workplace) is associated. The offer of these programs can influence in PA's practice of the workers, bringing the innumerable benefits for health of the same ones.

Key-words: Workers. Leisure time physical activity level. Stages of change. Stretch-break. Fitness Program.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Mapa de Rio Claro com ilustração dos setores selecionados para sorteio das residências

Figuras 2 – Variáveis dependentes e independentes utilizadas na Regressão de Poisson

Figura 3 – Descrição dos domicílios abordados, entrevistados, não entrevistados e com problemas no arrolamento. Descrição das entrevistas realizadas e não realizadas.

Figura 4 – Oferta de Programa de Ginástica Laboral.

Figura 5 – Oferta de Programa de Condicionamento Físico.

Figura 6 – Classificação do nível de Atividade Física de lazer dos trabalhadores.

Figura 7 – Classificação do nível de Atividade Física de lazer dos trabalhadores separados por sexo.

Figura 8 – Classificação dos trabalhadores nas fases dos estágios de prontidão de acordo com a participação em AF de lazer.

Figura 9 – Classificação dos trabalhadores nas fases dos estágios de prontidão de acordo com a participação em AF de lazer dividido por sexo.

Figura 10 – Comparação entre a prevalência do nível de AF de lazer e participação de AF de lazer.

Figuras 11 – Intervalos de Confiança (95%) para os Programas de AF tendo como desfecho sedentarismo (A) e fase antecedentes (B).

Lista de tabelas

Tabela 1 – Estudos de levantamento do nível de AF em adultos brasileiros.

Tabela 2 – Principais técnicas utilizadas para mensuração do nível de AF em indivíduos, adaptado de Barros (1999).

Tabela 3 – Características sócio-demográficas dos trabalhadores em geral e separados por sexo.

Tabela 4 – Características da atividade ocupacional: tipo de ocupação e local de trabalho.

Tabela 5 – Associações entre nível de AF de lazer e variáveis sócio-demográficas, nível e oferta de AF no trabalho dos trabalhadores do sexo masculino.

Tabela 6 – Associações entre nível de AF de lazer e variáveis sócio-demográficas, nível e oferta de AF no trabalho dos trabalhadores do sexo feminino.

Tabela 7 – Associações entre Estágios de Prontidão e variáveis sócio-demográficas, nível e oferta de AF no trabalho dos trabalhadores do sexo masculino.

Tabela 8 – Associações entre Estágios de Prontidão e variáveis sócio-demográficas, nível e oferta de AF no trabalho dos trabalhadores do sexo feminino.

Tabela 9 – Principais resultados da Regressão de Poisson Ajustada para os dois desfechos: Sedentarismo e Fase Antecedentes.

Lista de quadros

Quadro 1 – Regressão de Poisson para a variável sexo, tendo como desfecho o nível de AF de lazer.

Quadro 2 – Regressão de Poisson para a variável sexo, tendo como desfecho a fase antecedentes.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACMS = American College of Sports Medicine
AF = Atividade Física
CF = Condicionamento Físico
CDC = Centers for Disease Control e Prevention
CRS = Comportamentos relacionados à Saúde
DANTS = Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DORT = Doenças Osteomusculares relacionadas ao Trabalho
EP = Estágios de Prontidão
GL = Ginástica Laboral
IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC = Intervalo de Confiança
INCA = Instituto Nacional do Câncer
IPAQ = International Physical Activity Questionnaire
LAFE = Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento
LER = Lesões por Esforços Repetitivos
MTT = Modelo Transteorético
NAFES = Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde
OMS = Organização Mundial de Saúde
PCF = Programa de Condicionamento Físico
PGL = Programa de Ginástica Laboral
PPST = Programa de Promoção da Saúde do Trabalhador
QdV= Qualidade de Vida
UNESP- RC = Universidade Estadual Paulista- Campus Rio Claro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Atividade física.....	14
2.2 Medidas de atividade física.....	18
2.3 Lazer.....	22
2.4 Mudança de comportamento relacionado à saúde.....	23
2.5 Programa de promoção de saúde do trabalhador.....	24
2.5.1 Ginástica Laboral.....	26
2.5.2 Programa de condicionamento físico.....	28
2.6 Atividade ocupacional e atividade física.....	29
3. OBJETIVO.....	33
4. METODOLOGIA.....	34
4.1 Delineamento.....	34
4.2 População alvo.....	34
4.3 Cálculo do tamanho da amostra.....	35
4.4 Amostragem.....	35
4.5 Critérios de exclusão.....	36
4.6 Instrumentos para coleta de dados.....	37
4.6.1 Características demográficas e sócio-econômicas.....	37
4.6.2 Atividade física habitual.....	38
4.6.3 Estágio de Prontidão para atividade física.....	39
4.6.4 Programas de GL e CF.....	40
4.7 Entrevistadores e digitadores.....	40
4.8 Logística.....	40
4.9 Estudo piloto.....	40
4.10 Controle de qualidade.....	41
4.11 Coleta e manejo dos dados.....	41
4.12 Aspectos éticos.....	42
4.13 Tratamento estatístico.....	42
5. RESULTADOS.....	44
6. DISCUSSÃO.....	62
6.1 Nível de atividade física no lazer.....	64

6.2 Nível de atividade física no trabalho.....	68
6.3 Estágios de prontidão.....	69
6.4 Programas de atividade física na empresa.....	73
7. CONCLUSÃO.....	77
8. BIBLIOGRAFIA.....	79
9. ANEXOS.....	86
9.1 Carta de apresentação	86
9.2 Carta ao morador.....	87
9.3 Ficha de controle.....	88
9.4 Termo de Consentimento.....	89
9.5 Questionário individual.....	91
9.6 Questionário domiciliar.....	109

1. INTRODUÇÃO

Mundialmente, a prevalência de doenças e agravos não-transmissíveis (DANTS) tem se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. O aumento da DANTS é decorrente de fatores que não podemos modificar como hereditariedade e envelhecimento. No entanto, os fatores mais responsáveis pelo aumento das DANTS são os fatores que podemos modificar, aqueles relacionados ao estilo de vida.

Uma maneira de intervenção para prevenir DANTS é através da prática de atividade física (AF) regular. Apesar de serem crescentes as evidências de que um estilo de vida fisicamente ativo traga muitos benefícios para a saúde, observamos redução da AF no trabalho, como meio de transporte e declínio nas AFs de lazer que são substituídas por atividades fisicamente passivas.

No levantamento realizado no Distrito Federal e nas 26 capitais brasileiras a prevalência de adultos que não atingem as recomendações propostas para AF no lazer foi de 82.2% entre os homens e 88.1% entre as mulheres (VIGITEL, 2007).

A partir de alguns levantamentos realizados é possível definir alguns fatores associados ao nível de AF: sexo, idade, nível de escolaridade, nível sócio-econômico.

Diante desse quadro, ao pensarmos que a maioria das pessoas passa grande parte do tempo se dedicando ao trabalho, este se constitui um local de importância para o desenvolvimento de intervenções visando à promoção de um estilo de vida fisicamente ativo.

O Órgão do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) reconhece a importância

da AF no ambiente de trabalho e projetou como meta para 2010 que 75% das indústrias ofereçam algum tipo de AF.

No Brasil muitas empresas reconhecem a importância da implementação de Programas de Promoção de Saúde do Trabalhador (PPST) que visa a melhoria da Qualidade de Vida (QdV) dos seus colaboradores. A Ginástica Laboral (GL) e Programa de Condicionamento Físico (PCF) são intervenções de AFs mais utilizadas pelas empresas.

Os PPST são programas amplos, capazes de diminuir absenteísmo (por motivo de doenças), diminuir gastos com a saúde, prevenir Lesões por Esforços Repetitivos (LER), aumentar a satisfação e disposição no ambiente de trabalho (OMS, 2000). Mas fora do ambiente de trabalho qual o papel do PPST na vida do trabalhador?

A prevalência de sedentarismo no tempo de lazer entre os trabalhadores é de 46% (BARROS e NAHAS, 2001), desse modo, esses programas têm como papel conscientizar sobre a importância da prática de AF regular (ALVAREZ, 2001).

No entanto, mudar hábitos e comportamentos não é uma tarefa fácil. De acordo com Barros e Nahas (2001) adultos em idade produtiva para o trabalho parecem estar expostos a barreiras e determinantes, ainda desconhecidos, para adoção de comportamentos e de um estilo de vida mais favorável à manutenção da saúde e qualidade de vida.

O ambiente de trabalho exerce grande influência nos hábitos e comportamentos dos trabalhadores, por isso, deve ser visto como um facilitador para desenvolver estratégias de intervenções.

Quando pensamos em trabalho, atividade ocupacional e AF, muitos fatores podem influenciar essa relação, como a intensidade, o tipo e o tempo do trabalho, tempo livre disponível e condições ambientais para o lazer, a oferta de programas de AF na empresa e algumas variáveis demográficas como idade, sexo, escolaridade, nível sócio-econômico, entre outros.

Em função disso e da necessidade de estudos representativos da população de trabalhadores, essa pesquisa foi conduzida a fim de melhor caracterizar essa população, dando ênfase nos seguintes aspectos: nível de AF realizado no trabalho e no lazer; estágios de prontidão para AF; oferta de programas de AF pelo/no local de trabalho além de variáveis demográficas (nível sócio-econômico, nível de instrução, idade, gênero).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atividade física

A Atividade Física (AF) é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntário, que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso. Esta definição considera quatro contextos principais: o trabalho, as atividades domésticas, o transporte, e as atividades de lazer, incluindo exercícios físicos, danças, esporte, etc. (CASPERSEN et al., 1985).

Nahas (2001) considera a AF como um marco do comportamento do século XX, pois a prevalência de sedentarismo cresceu muito, sendo resultado da revolução do trabalho (mecanização e automação) e a urbanização acelerada. Nos países desenvolvidos, os indivíduos considerados sedentários são aqueles que não realizam AF no lazer, uma vez, que a maioria das pessoas desloca-se utilizando automóveis e tem ocupações que não exigem esforços físicos. No entanto, devemos considerar a parcela de trabalhadores que ainda desempenha tarefas pesadas ou que exigem grandes deslocamentos (como o gari ou o carteiro) e as tarefas domésticas, realizadas principalmente pelas mulheres, que contribuem com uma significativa parcela das calorias gastas por semana, não devendo ser ignoradas quando se estuda a AF numa população (NAHAS, 2001).

Atualmente, muitos estudos têm sido realizados na tentativa de associar a prática regular de AF com a saúde. Estes estudos reforçam as evidências de que a AF contribui de forma significativa na redução de risco de morte por todas as causas (PATE et al., 1995; KUJALA et al., 1998; MELZER et al., 2004).

A inatividade física é considerada fator de risco contribuinte para a causa de diversas doenças e agravos não transmissíveis (DANTS). A incidência de DANTS é foco de investigações, intervenções e iniciativa de setor público e privado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), um estilo de vida sedentário dobra o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade, aumentando também o risco de desenvolver câncer de cólon e de mama, hipertensão, desordens lipídicas, osteoporose, depressão e ansiedade. Dados da OMS (2006) indicam que aproximadamente 2 milhões de mortes a cada ano são atribuídas ao sedentarismo. A proporção mundial dos adultos que são sedentários varia de 60 a 85% (OMS, 2006).

Em levantamentos do nível de AF realizados com adultos em diversas regiões brasileiras, a prevalência de sedentarismo considerando os quatro domínios (atividades domésticas, deslocamento, trabalho e lazer) varia entre 21,6% a 54,5% (VIGITEL, 2007; INCA, 2004; HALLAL et al., 2003; MATSUDO et al., 2002), e a prevalência de sedentarismo somente no lazer varia entre 59,8 a 77,8% (PITANGA et al., 2005; GOMES et al., 2001). Esses estudos estão apresentados na tabela 1.

Em um levantamento recentemente realizado no Distrito Federal e nas 26 capitais brasileiras através de um sistema de entrevista por linhas fixas de telefone, a prevalência de sedentarismo (que não praticam qualquer AF de lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de sua casa) variou entre 21,6% (em Boa Vista) e 35,1% (em Natal). Outros dados desse levantamento mostram que os homens são mais suficientemente ativos no lazer (17,8%) do que as mulheres (11,9%). Considerando as AFs de lazer, transporte, deslocamento e atividades domésticas, os homens são mais inativos (39,8%) quando comparados com as mulheres (20,1%) (VIGITEL, 2007).

Tabela 1 – Estudos de levantamento do nível de AF em adultos brasileiros.

Autores (ano)	Local	Amostra	Tipo de AF	Questionário	Sedentarismo
VIGITEL (2007)	Distrito Federal e nas 26 capitais brasileiras	54.369	AF de lazer, trabalho, transporte e domésticas	Informações referentes ao últimos 3 meses de AF	Variou entre 21,6% (em Boa Vista) e 35,1% (em Natal)
INCA (2004)	Distrito Federal e em 15 capitais brasileiras	23.457	AF de lazer, trabalho, transporte e domésticas	IPAQ – versão 8- forma curta	37,6%, sendo menor prevalência em Belém (28%) e maior em João Pessoa (54%)
PITANGA et al. (2005)	Salvador- BA	2.292	AF de lazer	Informações sobre a intensidade da AF.	72,5%
HALLAL et al. (2003)	Pelotas- RS	3.182	AF de lazer, trabalho, transporte e domésticas	IPAQ – versão 8- forma curta	41,1%
MATSUDO et al. (2002)	29 cidades do Estado de São Paulo	2.001	AF de lazer, trabalho, transporte e domésticas	IPAQ – versão 8- forma curta	46,5%
GOMES et a. (2001)	Rio de Janeiro - RJ	4.331	AF de lazer	Informações da AF de lazer referentes ao mês anterior.	59,8% entre os homens e 77,8% entre as mulheres

Com bases nas pesquisas apresentadas no quadro 1 é possível definir o perfil das pessoas que são mais sedentárias no lazer: mulheres, idosos, menor nível educacional e menor renda.

A AF regular é uma forma de intervenção que combate as DANTS, agindo como meio de prevenção e reabilitação de pacientes. No entanto, para obter benefícios para a saúde deve-se realizar um tempo mínimo de AF.

Para que uma pessoa possa se favorecer dos benefícios da prática regular de AF, recomenda-se que seja acumulado 30 minutos ou mais de AF na maioria dos dias, ou preferencialmente todos os dias da semana (PATE et al., 1995) ou então 20 minutos ou mais de AF vigorosa por pelo menos 3 dias da semana (HASKELL, et al. 2007).

Muitas vezes, as pessoas não conseguem atingir as recomendações mínimas de AF somente contando com o trabalho, transporte e tarefas domésticas, necessitando da realização de exercício físico no tempo livre, ou como forma de lazer. Pensando nos benefícios proporcionado pela prática de AF, a realização de exercício físico durante o lazer deve ser prioridade.

O exercício físico é erroneamente utilizado como sinônimo de AF, esses termos estão interligados, porém são distintos. O exercício físico é uma atividade física planejada, estruturada, repetitiva, que objetiva o desenvolvimento da aptidão física, de habilidades motoras ou a reabilitação orgânico-funcional (CASPERSEN et al., 1985).

Apesar dos benefícios fisiológicos, psíquicos e sociais comprovados, muitas pessoas ainda dizem não ter condições de exercitar-se. Em um levantamento realizado em Pelotas- RS com adultos maiores de 20 anos, as principais barreiras associadas com a inatividade física foram (REICHERT et al., 2007):

1. Falta de dinheiro;
2. Disposição;
3. Falta de companhia;
4. Falta de tempo;
5. Não gosta de se exercitar.

2.2 Medidas de Atividade Física

Para que possamos classificar as pessoas em ativas ou sedentárias, de acordo com as recomendações, faz-se necessário mensurar o nível de AF das mesmas. Segundo Vanhees et al. (2005) existem muitas técnicas para realizar essa medida, dentre eles, sensores de movimento, testes físicos, calorimetria direta, água duplamente marcada, monitores de frequência cardíaca, diários, observações comportamentais e questionários. As principais características das diferentes técnicas estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Principais técnicas utilizadas para mensuração do nível de AF em indivíduos, adaptado de Barros (1999).

TÉCNICAS	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Calorimetria: - direta - indireta	- precisão; - utilizado na validação de técnicas mais simples (questionários e diários).	- custo; - complexidade de aplicação; - não permite a avaliação de AFs habituais.
Água Duplamente Marcada (<i>Doubly Labeled Water</i>)	- utilizada na validação de técnicas mais simples; - precisão.	- metodologia complexa e custo elevado; - não fornece informações sobre intensidade, frequência e duração das atividades.
Sensores de Movimento: - pedômetro - caltrac - tritrac	- empregado na avaliação de crianças e idosos; - equipamentos portáteis e de baixo custo.	- não fornece informações sobre intensidade e duração das atividades; - não podem ser usados em medidas de AFs estáticas.
Monitoração da Frequência Cardíaca	- custo relativamente baixo; - medidas de AF em crianças e idosos; - níveis razoáveis de validade e reprodutibilidade.	- FC sofre influência de outros fatores ambientais; - não permite obter informações sobre as atividades realizadas; - pode influenciar o comportamento.

Continuação da tabela 2

TÉCNICAS	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Diários	- facilidade de aplicação e baixo custo; - permite o levantamento de informações sobre a duração e intensidade das atividades realizadas.	- não podem ser aplicados na avaliação de crianças; - requer manipulação de grande quantidade de dados.
Questionários/ Entrevistas	- não requer equipamentos sofisticados nem pessoal especializado na aplicação; - não influencia os hábitos de AFs dos sujeitos.	- validade e reprodutibilidade dos instrumentos disponíveis é bastante questionada; - em geral, são específicos para certos tipos de AFs.

Fonte: Barros, M.V.G. Atividades físicas de lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores da indústria no estado de Santa Catarina. 1999. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p.30, 1999.

Apesar da existência de diversas técnicas pra mensurar o nível de AF nenhum deles é considerado um padrão-ouro o que dificulta o desenvolvimento de uma técnica de avaliação universalmente aceita. Consequentemente diversos métodos de avaliar o nível de AF existem ao longo de uma série contínua de precisão e praticabilidade. Cada método possui limitações para serem usados em estudos epidemiológicos (LAMONTE & AINSWORTH, 2001).

Algumas técnicas de medidas como os sensores de movimentos, a calorimetria e os testes físicos são de difícil aplicabilidade em estudos de base populacional, pelo custo elevado e longa duração de coleta de dados. Em estudos amplos, outros instrumentos são facilmente aplicáveis, como os recordatórios, observações comportamentais, questionários e entrevistas. Destes, destacam-se os questionários e entrevistas, pois são mais facilmente aplicáveis e não exigem participação ativa do entrevistado na coleta de dados. Outras vantagens da utilização de questionários são o baixo custo e permite o levantamento de informações sobre a duração e intensidade das atividades realizadas (LAMONTE & AINSWORTH, 2001).

Uma desvantagem da utilização de questionários é o grande esforço exigido para a execução (amostra grande), assegurar o controle de qualidade e o

processamento dos dados coletados. Outro problema adicional é a grande carga impostas nos entrevistados para recordar, em detalhe, as atividades executadas no passado. E por fim, a validade e reprodutibilidade dos instrumentos disponíveis são bastante questionadas (SHEPHARD, 2003).

Atualmente, os questionários são os meios mais práticos de medir a atividade física em grandes estudos de população. Ainda, em selecionar o questionário apropriado, as edições a respeito das variáveis do resultado, as propriedades da medida (validade, confiabilidade), e a aplicabilidade dos instrumentos devem ser cuidadosamente consideradas, bem como o sexo, a idade, e as características sócio-econômicas da população devem igualmente ser tomados em consideração (VALANOU et al., 2006).

Um instrumento muito utilizado para avaliar o nível de AF em estudos de base populacional é o questionário proposto pela OMS (1998), o Questionário Internacional de AF- IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*). De acordo com Matsudo et al. (2001) é possível empregá-lo como um instrumento mundial para determinar o nível de AF em nível populacional.

Entre 1997 e 1998, um grupo de pesquisadores desenvolveu quatro formulários longos e quatro curtos dos instrumentos de IPAQ (entrevista por telefone ou auto-administrado, com os dois períodos de referência alternados: “os últimos 7 dias” ou “uma semana usual/habitual” da atividade física recordada (CRAIG et al., 2003).

O IPAQ versão curta fornece informações do tempo gasto caminhando, em AFs moderadas e vigorosas em todos os domínios (trabalho, AF de transporte, AF domésticas e AF de lazer). Já a versão longa do IPAQ é designada para coletar informações detalhadas em cada domínio: trabalho, AF de transporte, AF domésticas e AF de lazer. As perguntas são referentes a quantidade de dias e do tempo praticado de atividades moderadas, vigorosas em cada componente e também a caminhada realizada no trabalho, no lazer e como meio de transporte (CRAIG, 2003).

São consideradas AFs vigorosas aquelas que necessitam de um grande esforço físico para serem realizadas e que fazem respirar muito mais rápido que o normal. Já para AFs moderadas são consideradas atividades que necessitam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais rápido que o normal.

Durante o ano 2000, 14 centros de 12 países coletaram dados da confiabilidade e/ou da validade pelo menos em dois dos oito instrumentos do IPAQ. Esse estudo faz parte do “esforço internacional” cujo objetivo era desenvolver um instrumento auto-administrado para avaliar o nível de AF da população de diversos países. A reprodutibilidade foi avaliada dentro da mesma semana. A validade simultânea (inter-método) foi avaliada na mesma administração, e a validade do critério IPAQ foi avaliada de encontro com o sensor de movimento *Computer Science & Applications* (CSA). Como resultados foram obtidos: a) correlação de Spearman entre IPAQ e CSA de 0,8; b) validade de 0,30. Não houve diferença entre os resultados do IPAQ utilizando os períodos de referência “semana usual” e “os últimos 7 dias” executaram similarmente, e a confiabilidade da versão administrada pelo telefone foi similar à modalidade auto-administrada. Através desses dados foi possível concluir que o IPAQ tem propriedades de medida aceitáveis. A forma curta é melhor recomendado para a monitoração nacional e a forma longa para pesquisas que exigem avaliações mais detalhadas (CRAIG et al., 2003)

No estudo realizado no Brasil por Matsudo et al. (2001) como parte do esforço internacional para validar o IPAQ, foram coletados dados de uma amostra de 257 homens e mulheres. Os participantes responderam o IPAQ (versão da última semana, formas longa e curta) no início do estudo e após 7 dias. Parte da amostra utilizou o sensor de movimento CSA para validar o instrumento (0,46 na forma longa e 0,76 na forma curta). A reprodutibilidade do questionário foi determinada após 7 dias e a correlação de Spearman foi alta e significativa ($\rho = 0,69 - 0,71$; $p < 0,01$). Os autores concluíram que o IPAQ na forma longa e curta foram aceitáveis e apresentam resultados similares a outros instrumentos para medir nível de AF.

Já no estudo desenvolvido por Hallal et.al (2004) com o objetivo de comparar as formas curta e longa do IPAQ, os resultados obtidos mostram que há pouca concordância entre as duas formas. A forma curta do IPAQ superestima a prevalência de sedentarismo. Na forma longa, as pessoas são perguntadas pelos 4 domínios de AF (trabalho, lazer, transporte e atividades domésticas) separadamente, podendo assim não ser reportado algumas atividades quando se administra a forma curta do IPAQ.

Os estudos mostram que o IPAQ é um instrumento aceitável para avaliar o nível de AF de uma população, no entanto, existem muitas críticas e questionamentos sobre sua utilização. Apesar disso, o IPAQ vem sendo muito

utilizado em pesquisas no Brasil para avaliar o nível de AF de adultos, permitindo dessa forma uma melhor comparação entre os estudos.

2.3 Lazer

Dumazedier (1973) define lazer como um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.

Para o aparecimento do lazer e para chegar-se em seu sentido moderno foram necessárias algumas condições. Dentre elas foi preciso que o aparecimento da civilização urbana e do trabalho urbano do tipo industrial e administrativo introduzisse um corte nítido entre as horas de trabalho e as horas de “não trabalho”, com uma regulamentação da duração do dia de trabalho, com o lazer de fim de semana; com uma regulamentação do ano de trabalho, com o aparecimento do descanso (férias pagas), uma regulamentação da vida de trabalho, a regulamentação da aposentadoria. A partir dessas regulamentações do tempo de trabalho cria-se o tempo de lazer (DUMAZEDIER, 1975).

Marcellino (1996) divide o lazer em seis conteúdos: manuais, intelectuais, físicos, artísticos e turísticos. Mais recentemente, acompanhando as novas perspectivas da atualidade, Schwartz (2003) sugere a inserção do conteúdo virtual do lazer em função dos avanços tecnológicos e das novas práticas propiciadas pela adesão ao ambiente virtual, com suas especificidades.

A modernização vem ocasionando muitas mudanças no que se refere às atividades de lazer das pessoas. Devido à falta de segurança nas ruas, falta de locais adequados para realizar jogos, esportes, AF, somados ao avanço tecnológico de máquinas e brinquedos, o lazer tende a enfatizar as atividades sedentárias, como navegar pela internet, jogar videogames, assistir TV, ler um livro (BARROS, 1999).

O trabalho, as atividades domésticas, o transporte e atividades de lazer são importantes fatores contribuintes para a AF diária das pessoas. No entanto, do ponto de vista na mudança de Comportamento Relacionado à Saúde (CRS), somente as atividades de lazer se fazem um elemento dentro dessa perspectiva. O lazer é o único momento onde o indivíduo opta por fazer uma atividade sedentária ou uma AF

(prática de esportes, exercício físico, caminhada). Ou seja, no trabalho, no transporte e nas atividades domésticas, a AF, ou o gasto energético para essas atividades é imposto pelas tarefas a serem executadas. No tempo de lazer (tempo-livre), a pessoa tem a intenção de realizar determinada atividade, seja ela sedentária ou ativa.

2.4 Mudança de comportamentos relacionados à saúde

O termo CRS designa um conjunto de características comportamentais que afetam a saúde e QdV das pessoas. Alguns dos aspectos importantes na análise desse parâmetro são: o padrão de AF e dieta, comportamento preventivo geral (uso de cinto de segurança, uso de preservativos, etc.), controle do estresse e uso de drogas (álcool, tabaco, etc.). Na literatura os termos comportamentos de risco à saúde e estilo de vida relacionado à saúde também são utilizados para designar o conjunto das mesmas variáveis de estudo. (BARROS, 1999)

Muitos cientistas comportamentais elaboraram estratégias que ajudam na mudança de CRS. Segundo Taylor e Miller (2003), o Modelo Transteorético (MTT) elaborado por Prochaska e DiClemente (1983), exerceu a maior influência nos últimos anos sobre elaboração das intervenções. Inicialmente, o MTT foi desenvolvido para descrever os processos e os estágios de comportamento em relação ao tabagismo e atualmente é aplicado em inúmeras áreas de mudança do CRS, inclusive para AF.

O MTT prevê uma progressão da mudança de comportamento através de 5 Estágios de prontidão (EP) (DUMITH et al., 2008):

- a) Pré-contemplação: nenhuma intenção e nenhuma AF; o indivíduo não está consciente acerca do problema e resiste para reconhecer ou mudar o comportamento;
- b) Contemplação: o comportamento é contemplado, há a intenção de realizar AF nos próximos 6 meses;
- c) Preparação: o indivíduo pretende começar a agir em um futuro muito próximo, geralmente a intenção de realizar AF é no próximo mês;
- d) Ação: AF regular por menos de seis meses; o indivíduo modifica o comportamento para um critério aceitável;

- e) Manutenção: exercitando-se por seis meses ou mais; o comportamento foi adquirido e é mantido ao longo do tempo.

A classificação através de estágios permite distinguir aqueles que estão dispostos a fazer mudanças no seu estilo de vida daqueles que não pretendem. Através desse modelo é possível identificar as melhores estratégias de intervenção que funcionarão para indivíduos em diferentes estágios e níveis de participação em AF.

Sobre a reprodutibilidade dos estágios de mudança de comportamento para a prática de AF, um estudo publicado que investigou duas amostras de universitários – uma dos Estados Unidos e outra da Austrália – encontrou um coeficiente *Kappa* de, respectivamente, 0,50 e 0,45 para AF moderada e 0,76 e 0,72 para AF vigorosa (LESLIE, 2003). Na primeira amostra, o intervalo entre uma aplicação e outra do instrumento foi de uma semana, enquanto que, na segunda amostra, esse intervalo foi de duas semanas.

Para Dumith et al. (2008) no que se refere aos estudos que empregam o MTT para a prática de AF, percebe-se um aumento acentuado no número de publicações nos últimos anos. Em uma busca realizada na base de dados Medline/PubMed, observa-se que cerca de um terço dos artigos sobre este tema foram publicados somente entre 2005 a 2007, evidenciando o crescente interesse de pesquisadores sobre este objeto de pesquisa. Os mesmos autores apontam a dificuldade em se comparar os estudos, pois um número considerável de pesquisas não emprega uma definição de AF regular (duração, frequência, intensidade). Para uma operacionalização mais precisa dos estágios, é necessário, ao se aplicar o instrumento, definir claramente quais são os critérios de AF regular.

De uma forma geral, os estudos apontam que os indivíduos com maior probabilidade de estarem nos estágios de manutenção e ação são: homens, brancos, solteiros, com maior escolaridade, não fumantes, sem sobrepeso ou obesidade (DUMITH et al., 2008).

2.5 Programa de promoção de saúde do trabalhador

Após a Revolução Industrial, ocorreram grandes mudanças na atividade laboral e na vida do trabalhador. Com o crescimento das indústrias e desenvolvimento de máquinas que substituem a mão-de-obra humana, surgiu a

produção em série, exigindo a especialização e a mecanização dos trabalhadores em uma só função.

Essa mecanização dos atos e o cansaço postural produzem reações fisiológicas e psíquicas negativas ao indivíduo como o estresse, a fadiga, a depressão, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), também conhecido como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) (POLITO & BERGAMASCHI, 2002).

Muitos empresários reconhecem que estiveram tão ocupados com a implementação de uma administração competitiva em nível de mercado, que não deram a devida importância à QdV dos seus funcionários. Ao contrário, os métodos de cobrança e promoção através da avaliação do desempenho, levam as pessoas a tentar superar os próprios limites, sacrificando as horas de lazer e a própria saúde (PIRES, 1996).

Durante os últimos anos, um número crescente de empresas vem investindo cada vez mais no aprimoramento do bem-estar e do condicionamento físico de seus funcionários, sejam estes alto executivos ou operários. Essas empresas descobriram que a saúde dos funcionários não pode ser dissociada do próprio equilíbrio da empresa e o investimento feito em Programas de Promoção da Saúde do Trabalhador (PPST) que resulta em uma melhor qualidade de trabalho.

Um PPST pode ser definido como um grande programa que objetiva fomentar a QdV do trabalhador, dentro e fora do ambiente de trabalho, através de atividades e programas idealizados e gerenciados de acordo com as características do trabalhador, da empresa e da comunidade em que se encontra. (MARTINS, 2008). O PPST pode oferecer muitos benefícios, tanto para os funcionários quanto para a empresa (OMS, 2000):

1) Para a empresa:

- Diminuição do número de acidentes de trabalho;
- Redução nos gastos com serviços médicos;
- Diminuição do absenteísmo por motivo de doenças;
- Melhoria do desempenho do trabalhador;
- Aumento na produção e lucro da empresa.

2) Para o funcionário:

- Aumento da satisfação no ambiente de trabalho.
- Melhoria da saúde e QdV;

- Redução do tempo de enfermidade ou incapacitação;
- Redução nos custos dos cuidados com a saúde.

De acordo com a OMS (1999), existem pontos chave que devem constar num PPST, dentre eles estão: a) comunicação dos itens que compõe o programa para todos os trabalhadores da empresa; b) saúde, higiene e segurança; c) tabagismo; d) exames médicos; e) práticas de gerenciamento e sistemas de monitoramento; f) estratégias de treinamento; g) alimentação saudável/nutrição; h) alcoolismo, i) exercício físico; j) diminuição do estresse; k) saúde sexual; l) práticas verdes (atividades que envolvam natureza/consciência ecológica).

A oferta de exercício físico dentro de um PPST pode ser feita através de atividades no próprio local e horário de trabalho, denominado de Ginástica Laboral (GL), e fora do horário de trabalho, na própria empresa ou através de convênios, os chamados Programas de Condicionamento Físico (PCF). A prática de exercícios físicos oferece inúmeros benefícios aos funcionários, como por exemplo, diminuição na fadiga muscular; melhora da condição física e social; melhora na disposição ao iniciar e retornar ao trabalho; prevenção de patologias e casos de LER/DORT; correção de vícios posturais; redução dos níveis de estresse (POLITO & BERGAMASHI, 2002).

2.5.1 Ginástica laboral

Apesar de ser bastante enfocada nos dias atuais a GL não é uma AF recente. A literatura aponta relatos deste tipo de atividade desde 1925 na Polônia, onde era chamada de Ginástica de Pausa e destinada a operários. De acordo com Polito e Bergamashi (2002), a GL se desenvolveu no Japão, onde desde 1928, os funcionários dos correios freqüentam sessões de ginástica diariamente, visando à descontração e cultivo da saúde. Após a Segunda Guerra Mundial, este hábito foi difundido por todo o país devido à adaptação de um programa de Rádio Taissô, que consiste em um tipo de ginástica rítmica, com exercícios específicos, acompanhados por músicas próprias. Esta atividade acontece todas as manhãs, sendo transmitida pela rádio, por pessoas especialmente preparadas, e é praticada não somente nas fábricas ou ambientes de trabalho, mas também nas ruas e residências.

No Brasil, a GL foi implantada por meio de executivos nipônicos em 1969, nos estaleiros Ishiksvajima, onde, ainda hoje, diretores e operários dedicam-se aos

exercícios visando primordialmente à prevenção de acidentes de trabalho. Em 1990, a GL ganhou força total no Brasil. A partir desta década, foi enfatizada a QdV no trabalho, condenando-se o estresse e a DORT (POLITO & BERGAMASHI, 2002).

A GL pode ser definida como um conjunto de exercícios físicos, de curta duração (05 a 15 minutos), realizados durante o horário de trabalho e no próprio local onde o trabalhador desempenha suas funções. Os exercícios físicos compreendem alongamentos das estruturas musculares e articulares envolvidas nas tarefas ocupacionais, com finalidade de aquecimento e compensação, além de atividades de dinâmica de motivação, promovendo assim a melhoria da QdV dos trabalhadores (POLITO & BERGAMASHI, 2002).

A GL pode ser classificada em 3 tipos: a) preparatória b) compensatória ou corretiva, c) relaxante. A GL Preparatória é realizada antes ou logo no início da jornada de trabalho. Ela é constituída de aquecimento e/ou alongamento para determinadas estruturas corporais exigidas no trabalho a fim de preparar o funcionário para sua atividade ocupacional. A GL Compensatória ou Corretiva é realizada no meio da jornada de trabalho. São realizados exercícios de compensação da postura incorreta e movimentos repetitivos. Tem como finalidade uma pausa na rotina diária de trabalho. E por fim, a GL Relaxante é realizada após o expediente através de exercícios que aliviam o cansaço e tensão diária decorrente da jornada de trabalho (CAÑETE, 1996).

Em um estudo realizado por Martins e Duarte (2000), com uma amostra de 26 funcionários da reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), teve como objetivo de analisar os efeitos da GL. Esses trabalhadores realizaram a GL três vezes por semana durante 15 minutos cada sessão por um período de 4 meses, e também freqüentaram palestras mensais sobre AF e saúde. As avaliações (pré e pós intervenção) foram realizadas através de testes físicos e questionários. Houve uma melhora significativa na flexibilidade dos trabalhadores, medida pelo teste de sentar e alcançar, do aumento de amplitude da abdução do ombro, da hiperextensão do cotovelo, da flexão do punho, da extensão do quadril, da flexão do joelho e da hiperextensão do joelho. As sessões de GL juntamente com as orientações dadas nas palestras foram capazes de implementar alterações o estilo de vida dos trabalhadores, explicando, assim, a diminuição significativa do percentual de gordura e aumento da massa corporal magra.

2.5.2 Programas de condicionamento físico

De acordo com Gobbi et al. (2005), condicionamento físico (CF) pode ser definido como um processo sistematizado que, através de estímulos motores regidos por princípios científicos e suas respectivas respostas, realizados durante um determinado período de tempo, provoca ou mantém adaptações fisiológicas que, respectivamente, aumentam ou mantêm a aptidão física, normalmente expressa através do desempenho motor.

A aptidão física é definida como a habilidade de realizar as tarefas diárias com vigor e energia sem fadiga excessiva e com disposição para desfrutar do tempo de lazer (CASPERSEN et al., 1985).

Para Guedes (1995) existe uma relação entre os níveis de AF regular, índices de aptidão física e o estado de saúde das pessoas. Desse modo, uma pessoa ao participar de programas regulares de AF tornará-se mais ativo que resultará em índices de aptidão física e provavelmente apresentará um melhor estado de saúde geral.

Um bom nível de aptidão física propicia possibilidades aumentadas de atividades no lazer e melhor desempenho nas atividades domésticas (GOBBI et al., 2005). Já para o trabalho, está associada com melhor desempenho, queda de absenteísmo, de acidentes de trabalho e de redução de gastos com a saúde (Shephard, 1999). Em algumas profissões o nível de aptidão física faz parte dos critérios de avaliação, como por exemplo, os serviços de correios (GOBBI et al., 2005).

O Programa de Condicionamento Físico (PCF) dentro de um PPST deve ser idealizado e oferecido de acordo com a pretensão dos trabalhadores, apresentando a possibilidade de especificamente visar à manutenção/melhoria do condicionamento físico, ou visando algumas metas mais específicas como emagrecimento e/ou controle/prevenção das DANTS (MARTINS, 2008).

Para que se atinja um número grande de trabalhadores o PCF deve incluir variabilidade na oferta de atividades. Recomenda-se sempre que possível, que os PCF sejam viabilizados na própria empresa. Evitar deslocamentos do trabalhador pode ser um fator importante para a aderência ao programa. No entanto, se isso não for plausível, existe a possibilidade de oferecer PCF através de convênios com clubes e academias.

Addley et al. (2001) realizaram um estudo com objetivo de verificar a interferência da prática de exercícios físicos nos locais de trabalho e a mudança no estilo de vida em 2595 servidores públicos. Os resultados encontrados após os seis meses de implantação do programa foram: 17% da melhora da capacidade aeróbia, 14% abstinência de cigarro, sendo considerado o quadro mais difícil de mudar, 83% reconhece que precisa mudar o estilo de vida. O resultado mais significativo é a redução do absenteísmo na empresa, que reflete inclusive nos resultados de aumento da produtividade.

2.6 Trabalhador, atividade ocupacional e atividade física

Atualmente muitos estudos vêm sendo realizados como uma tentativa de melhor entendimento sobre a relação da atividade ocupacional com a AF. Esses estudos têm diversos enfoques, como por exemplo: verificar relações entre atividade ocupacional e risco de doenças (MORRIS et al., 1953; THUNE et al., 1997); verificar associações entre AF e absenteísmo (JACOBSON; ALDANA, 2001), identificar a contribuição da AF ocupacional na AF total (PROPER; HILDEBRANDT, 2006), verificar associações entre status ocupacional e AF no tempo livre (SALMON et al., 2000). Algumas pesquisas também vêm sendo realizadas para verificar associações entre o nível de AF e fatores associados ao sedentarismo em trabalhadores (BARROS; NAHAS, 2001; SALLIS-COSTA et al., 2003; NUNES; BARROS, 2004; SÁVIO et al., 2008)

Um dos primeiros estudos desenvolvidos na área de epidemiologia relacionando AF e doença arterial coronariana, foi conduzido em Londres por Morris et al. (1953). Foram comparados motoristas e cobradores de ônibus de dois andares, bem como carteiros e trabalhadores do escritório do serviço postal. Observou-se que os trabalhadores mais ativos fisicamente apresentavam uma ocorrência 30% mais baixa de todas as manifestações associadas à coronariopatia e uma taxa 50% inferior de infartos do miocárdio. Ou seja, foi observado que atividades ocupacionais com maior gasto energético estavam associadas com menores taxas de morte por doenças cardíacas coronarianas.

O estudo realizado por Thune et al. (1997), entre 1974 e 1978 e entre 1977 e 1983, foram observadas 25.624 mulheres de 20 a 54 anos. Elas foram avaliadas através de exames clínicos para diagnosticar o câncer de mama e o nível de AF foi

avaliado através de questionário. Os pesquisadores concluíram que a AF realizada no tempo livre e AF no trabalho está associado com risco reduzido de câncer de mama.

Proper e Hildebrandt (2006) ao realizar um estudo com 2417 trabalhadores constataram que em algumas ocupações e setores, a AF realizada durante o trabalho é um importante contribuinte no nível de AF diária total.

Outro estudo foi realizado por Jacobson e Aldana (2001), com o objetivo de comparar a relação entre a frequência semanal de AF aeróbia com o absenteísmo anual de 79.070 trabalhadores americanos. Apenas um dia por semana de atividade aeróbia durante 20 minutos foram suficientes para ser associado com a redução do absenteísmo quando comparado com o sedentarismo. Atividades realizadas dois dias por semana, foram mais favoráveis quando comparados com a frequência de um dia semanal. No entanto, dois dias de AF foram tão benéficos quanto três dias ou mais para a redução do absenteísmo anual.

Salmon et al. (2000) ao examinar as associações entre status ocupacional e combinações de AF realizadas em atividades domésticas, ocupacionais e de lazer, verificaram que profissionais de “alto status” (como gerentes, administradores) reportaram maior nível de atividades vigorosas no tempo livre quando comparados com trabalhadores “menos especializados” (plantadores, lavradores). Um resultado que já era esperado foi de que esses trabalhadores “menos especializados” reportaram maior nível de AF vigorosa durante as atividades ocupacional e doméstica.

Barros e Nahas (2001) realizaram um estudo representativo com a população de trabalhadores do estado de Santa Catarina como objetivo de caracterizar os comportamentos relacionados à saúde dessa população. A amostra foi composta por 4.225 trabalhadores e o instrumento de medida para avaliar o nível de AF utilizado foi o IPAQ- versão 6. Os autores observaram que a prevalência de sedentarismo total foi de 46%, sendo que a proporção de mulheres que não realiza AF é maior que os homens, respectivamente 67% e 34,8%.

Nunes e Barros (2004), com o objetivo de verificar o sedentarismo no lazer como uma variável dependente de outros fatores de risco, realizaram um estudo com 209 trabalhadores com idade média de 38 anos da indústria e da Universidade de Brasília (UnB). Os dados sócio-demográficos e sobre AF de lazer foram coletados através de um questionário por meio de entrevista no próprio local de trabalho sem

aviso prévio. A prevalência de sedentarismo no lazer encontrada nos trabalhadores da UnB e da indústria foram 52% e 41%. As variáveis associadas ao sedentarismo no lazer foram: baixa remuneração, baixo nível educacional e sexo feminino.

Em um estudo realizado no Distrito Federal por Sávio et. al (2008), teve como objetivo analisar os fatores sócio-econômicos e demográfico associados ao nível de AF geral de trabalhadores. A amostra foi composta de 1.044 trabalhadores de ambos os sexos. A coleta de dados foi realizada através de questionário. O nível de AF (NAF) foi calculado por meio da multiplicação da taxa de metabolismo basal (diária) e os trabalhadores foram classificados em $<1,4$ e $\geq 1,4$. Trabalhadores do sexo masculino (OR= 5,34, IC= 3,98 – 7,17), com primeiro grau de estudo (OR= 2,16, IC = 1,39 – 3,36) e que ganham menos de 4 salários mínimos (OR= 2,16, IC= 1,48- 3,15) eram os que tinham mais chances de apresentar NAF $\geq 1,4$.

No estudo realizado por Salles-Costa et al. (2003), com o objetivo de avaliar como variáveis sócio demográficas associam-se com a prática de AF de lazer em trabalhadores de uma Universidade localizada no estado do Rio de Janeiro, foram entrevistados 3.740 trabalhadores de ambos os sexos, com idade entre 20 a 60 anos. Os trabalhadores responderam um questionário sobre perguntas de AF de lazer. Quanto maior a faixa etária, menor é a chance de o trabalhador se engajar em AF de lazer. E contrariando os estudos citados acima, os autores encontraram como resultado que quanto menor a escolaridade e a renda familiar *per capita* mais fortes são suas associações com o desempenho de AF de lazer.

A tentativa de melhor entendimento sobre as associações entre atividade ocupacional e AF, está sendo investigado pelo grupo de pesquisa Núcleo de Atividade Física, Esporte, Saúde (NAFES)- Unesp, Rio Claro desde 2002 com a realização de dois estudos (SILVA, 2002; PAPINI, 2006).

Silva em 2002 investigou sobre associação entre o nível de AF habitual com QdV relacionada à saúde em ocupações profissionais sedentárias e não-sedentárias. Participaram do estudo 102 funcionários de ambos os gêneros de empresas de médio porte. Os dados foram obtidos através de questionários. Os resultados mostram que apenas 9,7% declararam realizar alguma atividade nas horas livres, enquanto 71,2% declararam não pretender realizar AF nos próximos 6 meses, ou seja, o número de funcionários engajados em programas de AF é baixo. No entanto, a descoberta mais relevante do estudo foi a relação da intensidade do trabalho com a prontidão para a prática de AF. À medida que aumenta intensidade

do trabalho, a proporção daqueles que não pretendem se engajar em programas de AF também aumenta.

Papini (2006) realizou um estudo com 200 funcionários de diferentes empresas, com o objetivo de comparar o nível de AF habitual, estágios de prontidão entre funcionários praticantes e não-praticantes da GL. Os dados foram coletados através do IPAQ –curto e Questionário de Estágio de Prontidão. O resultado mais importante do estudo foi com relação os estágios de prontidão onde 59% do grupo praticantes de GL declararam realizar AF regular por mais de 6 meses contra 31% do grupo não praticantes da GL, porém as AF realizadas não atenderam as recomendações preconizadas pelo CDC (150 minutos de AF por semana).

Nesses dois estudos, identificamos limitações que contribuíram para o viés de amostragem: a) a amostra não foi selecionada de forma aleatória; b) a abordagem aos participantes foi feita dentro das empresas. Dentro da empresa o funcionário tem uma postura a ser exercida, podendo influenciar nas respostas.

A partir disso, verifica-se a importância da realização de um estudo que a amostra de trabalhadores seja feita de forma aleatória, seja representativa e que a abordagem seja feita fora do local de trabalho.

3. OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi investigar associações entre nível, oferta de AF no trabalho e AF de lazer.

3.1 Objetivos Específicos:

1 - Verificar se o nível de AF no trabalho, a oferta e participação de GL, a oferta de PCF, o sexo, a escolaridade, o nível sócio- econômico e o Índice de Massa Corporal (IMC) estão associados com o nível de AF de lazer em trabalhadores (as);

2 - Verificar se o nível de AF no trabalho, a oferta e participação de GL, a oferta de PCF, o sexo, a escolaridade, o nível sócio- econômico e o IMC estão associados com os estágios de prontidão para AF de lazer em trabalhadores (as).

De acordo com esses objetivos as seguintes hipóteses serão testadas:

1 – Níveis mais altos de AF durante o trabalho fazem com que a participação e o nível de AF de lazer sejam diminuídos;

2 – A oferta de PCF aumenta a participação e o nível de AF de lazer;

3 – A oferta/participação de GL aumenta a participação e o nível de AF de lazer;

4 – Trabalhadores do sexo masculino têm maior participação e nível de AF de lazer.

5 – Trabalhadores e trabalhadoras com menor idade, maior escolaridade, maior nível sócio-econômico e menores valores de IMC têm maior participação e nível de AF de lazer.

4. METODOLOGIA

Esse trabalho foi realizado dentro de um projeto executado pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Rio Claro (UNESP-RC) juntamente com a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro e o Conselho Regional de Educação Física (CREF4/SP). O projeto “Prevalência e fatores associados à inatividade física em adultos do município de Rio Claro-SP” teve como principal objetivo o levantamento da linha base do nível de AF da população adulta de Rio Claro-SP. Ele contou com a parceria de dois laboratórios da UNESP-RC, o NAFES (Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde) e LAFE (Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento), sendo respectivamente os professores responsáveis, Prof. Dr. Eduardo Kokubun e Prof. Dr. Sebastião Gobbi. Esse projeto contou ainda com o envolvimento de outros pesquisadores (mestrandos e doutorandos) dos próprios laboratórios com objetivos secundários.

A coleta de dados da população aconteceu em dois momentos: outubro a dezembro de 2007 e março a maio de 2008.

4.1 Delineamento

O delineamento do estudo foi realizado de forma transversal, de base populacional.

4.2 População-Alvo

Trabalhadores com 20 anos ou mais de ambos os gêneros, residentes na zona urbana do município de Rio Claro, SP. Foram considerados trabalhadores aqueles que declararam realizar trabalho remunerado ou trabalho voluntário.

4.3 Cálculo do tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra levou em consideração o erro amostral de 5% e a prevalência de sedentarismo em trabalhadores de 46% (BARROS, 1999). A amostra foi estimada em 381 trabalhadores, calculada através da seguinte fórmula:

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

N = tamanho da amostra;

Z = valor tabelado da distribuição normal;

p = proporção esperada na população;

d = erro amostral tolerável

4.4 Amostragem

O processo de amostragem foi realizado em etapas, de acordo com os seguintes procedimentos:

- 1- Listagem de todos os setores censitários urbanos da cidade de Rio Claro-SP, catalogados no censo IBGE 2000;
- 2- Sorteio dos setores censitários;
- 3- Listagem de todos os domicílios nos setores sorteados (arrolamento);
- 4- Sorteio dos domicílios;
- 5- Inclusão na amostra de todos os trabalhadores com 20 anos ou mais residentes nos domicílios sorteados.

Defini-se setor censitário como uma unidade formada por área contínua, situada em um único quadro urbano ou rural, com dimensões e número de domicílios ou de estabelecimentos que permitam o levantamento das informações por um único agente credenciado. Seus limites devem respeitar os limites territoriais legalmente definidos e os estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para fins estatísticos. Também pode ser definido como a menor unidade territorial que se pode ver em campo. (IBGE, 2005). O município de Rio Claro-SP é constituído de 200 setores censitários, sendo 197 urbanos e 3 rurais. A amostra foi composta por 100 setores censitários. Para a escolha desses foram sorteados somente aqueles de número ímpar. Como a somatória dos setores de número ímpar é 99 e dois desses setores não são elegíveis (setor 27 e 45), foram selecionados os setores de número 50, 100 e 150. Os setores selecionados estão ilustrados na figura 1. Em cada setor foram sorteados dez domicílios. Conceituou-se como domicílio o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas, entre outros, coberto por um teto, e permite que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia (IBGE, 2005).

4.5 Critérios de exclusão

Não foram incluídos nesse estudo indivíduos institucionalizados (hospitais, asilos, prisões), indivíduos com incapacidade motora severa (tetraplégicos, paralisia cerebral, etc.) e indivíduos com incapacidade mental.

peças e famílias urbanas. Esse novo sistema de classificação abandona a pretensão de classificar as pessoas em termos de classes sociais. A divisão do mercado definida pelas entidades é exclusivamente de classes econômicas.

Esse critério de classificação econômica é amplamente utilizado e foi oficialmente adotado pela ABEP. Ele também foi utilizado pelos trabalhos de Hallal et al. (2003) e Reichert et al. (2007) para determinar as características sócio-econômicas da população estudada.

4.6.2 Atividade Física Habitual

Para mensurar o nível de AF habitual foi utilizado o IPAQ longo, versão 8, que faz referência às AFs realizadas na última semana em cada domínio: trabalho, lazer, como meio de transporte e atividades domésticas.

As Diretrizes para o processamento de dados e análise do IPAQ – forma longa e curta (2005) sugere um valor de MET (equivalente metabólico) para cada tipo de atividade. Esses valores foram devirados do trabalho do estudo da confiabilidade do questionário empreendido em 2000-2001 (CRAIG et al., 2003). Os seguintes valores podem ser usados para a análise de dados do IPAQ:

- a) Caminhada = 3.3 METs
- b) AF moderada = 4.0 METs
- c) AF vigorosa = 8.0 METs

Uma vez que AF vigorosa dispõe o dobro de energia quando comparada com AF moderada, optamos por utilizar o método de Hallal et al. (2003), que multiplica por dois de AF vigorosa dentro da fórmula de somatória do tempo gasto em AF. Esse método faz a somatória do tempo gasto em minutos em cada componente e posteriormente a somatória total através da equação ilustrada na figura 2:

$$AF = \{AF \text{ moderada} + caminhada + (2 \times AF \text{ vigorosa})\}$$

Os indivíduos que realizam 150 minutos ou mais de AF durante a semana foram classificados como ativos, enquanto aqueles que realizam menos de 150 minutos foram classificados como sedentários.

Para a análise das associações propostas pelo objetivo do presente estudo, foram analisadas apenas as somatórias do tempo de lazer e do tempo de trabalho separadamente. Para a classificação dos trabalhadores em ativos e sedentários de acordo com o nível de AF de lazer utilizamos o ponto de corte de 150 minutos de AF por semana (HALLAL, 2003). Para o nível de AF realizada no trabalho a classificação foi feita em quartis.

4.6.3 Estágios de Prontidão para atividade física

Para a classificação da participação em AF de lazer foi utilizado um questionário baseado no modelo transteorético de Prochaska e DiClemente (1983).

Para esse questionário definiu-se AF regular como sendo aquela realizada no tempo livre com duração de pelo menos 10 minutos contínuos por semana. Não foram definidos frequência e intensidade, pois esses dados podem ser identificados através do IPAQ. Independentemente de atingir ou não as recomendações preconizadas pelo CDC ou ACMS de 150 minutos de AF por semana, procuramos através do questionário de Estágios de Prontidão identificar apenas o comportamento relacionado à AF de lazer.

Os trabalhadores foram classificados pelos Estágios de Prontidão através das seguintes respostas:

- 1) Sim, tem feito AF por mais de 6 meses: Manutenção;
- 2) Sim, tem feito AF por menos de 6 meses: Ação;
- 3) Não, mas pretende começar nos próximos 30 dias: Preparação;
- 4) Não, mas pretende começar nos próximos 6 meses: Contemplação;
- 5) Não, e não pretende nos próximos 6 meses: Pré-contemplação

A partir das sugestões de Taylor e Miller (2003) os estágios pré-contemplação, contemplação e preparação foram agrupados na fase antecedentes e na fase adoção, foram reunidos os estágios de ação e manutenção.

4.6.4 Programas de GL e CF

Para avaliar a oferta e a participação em programas de GL e PCF foi elaborado um questionário a fim de estabelecer:

- A participação de trabalhadores em programas de GL.
- A oferta de PCF no local de trabalho ou através de convênios da empresa.

4.7 Entrevistadores e digitadores

Foi realizada uma seleção de entrevistadores através de prova escrita, nos dois momentos de coleta. Após isso, foi oferecido treinamento e por fim uma avaliação específica (estudo piloto) para a seleção de 5 entrevistadores em cada período de coleta. Para os dois digitadores, foi necessário conhecimento básico em base de dados (Epi- Info). Os digitadores também receberam treinamento para codificação de dados e familiarização do *software*.

Para serem elegíveis como entrevistadores ou digitadores os interessados deveriam ter o ensino médio completo. Entrevistadores e digitadores receberam remuneração por questionário aplicado ou digitado.

4.8 Logística

Os entrevistadores, depois de selecionados e treinados, teriam que visitar em média, três domicílios por dia. Cada um dos pesquisadores (n=4) ficou responsável pela supervisão de 25 setores censitários. Semanalmente, os entrevistadores se encontravam com os supervisores para entrega do material coletado, esclarecimento de dúvidas, revisão dos questionários e informações sobre o andamento do trabalho de campo.

4.9 Estudo Piloto

Os estudos pilotos foram realizados em um setor censitário da cidade que não havia sido sorteado para fazer parte da amostra. O primeiro estudo foi realizado em maio- junho de 2007 e consistiu de testagem final do questionário, manual e organização do trabalho de campo. O segundo e terceiro piloto foram realizados em

setembro de 2007 e fevereiro de 2008, fazendo parte do treinamento prático dos entrevistadores.

4.10 Controle de Qualidade

Em 2007 para o controle de qualidade foi realizado re-visita de 10% dos domicílios e 30% por telefone de entrevistas de cada entrevistador, sorteados aleatoriamente, para aplicação de um questionário contendo perguntas chave para a verificação de possíveis erros ou respostas falsas. Em 2008, o controle de qualidade foi realizado apenas por telefone, 30% de entrevistas de cada recenseador. Os questionários foram revisados atentamente para o controle de possíveis erros no preenchimento.

Para o controle de qualidade da digitação a cada bloco digitado, 50% dos questionários eram sorteados e conferidos.

4.11 Coleta e Manejo dos Dados

Os entrevistadores visitaram as casas sorteadas no processo de amostragem e entrevistaram todos os trabalhadores individualmente, com 20 anos ou mais residentes naquele domicílio.

Os entrevistadores se apresentavam em cada domicílio portando uma carta de apresentação assinada por um dos coordenadores do projeto, crachá, camiseta e reportagem publicada no jornal local, além de todo material necessário para realizar a entrevista (termo de consentimento, questionário, etc).

Quando um ou mais possíveis entrevistados não estavam em casa no momento, as entrevistas foram agendadas, e as casas novamente visitadas. No caso de trabalhadores que recusaram responder o questionário, o supervisor responsável por aquele setor foi informado e realizou uma nova tentativa.

Os critérios para exclusão do domicílio sorteado foram: a) não ser residencial; b) estar desocupado; c) o morador não ser encontrado em 3 visitas em dias e horários diferentes pelo entrevistador e 2 visitas do supervisor.

4.12 Aspectos Éticos

O protocolo do presente estudo (número 8592) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Os princípios éticos foram assegurados aos entrevistados, da seguinte forma:

- 1) Realização da coleta de dados dos entrevistados após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 2) Sigilo sobre os dados individuais coletados;
- 3) Uso dos dados somente para fins científicos.

4.13 Tratamento Estatístico

Foi realizada uma análise descritiva (prevalência) para caracterizar a amostra. Esses resultados estão descritos em tabelas e gráficos através de porcentagem (%) e número absoluto (n).

Para a análise estatística foi utilizado a Regressão de Poisson, obtendo a Razão de Prevalência (RP) e o Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Foi realizada análise bruta e ajustada. Foram realizadas duas análises, na primeira foi utilizado o sedentarismo como variável dependente e a segunda utilizado a fase antecedentes (baseado no modelo Transteorético) como variável dependente. Para todas as análises, as variáveis independentes utilizadas foram:

- a) Nível de AF no trabalho: 0 a 24; 25 a 419; 420 a 1800; maior que 1800 minutos por semana.
- b) Oferta de GL: sim e não.
- c) Participação em programas de GL: sim e não.
- d) Ofertas de programas de CF: não; através de convênios, instalações no local de trabalho.
- e) Idade: 20 a 39; 40 a 59; maior ou igual a 60 anos.
- f) Sexo: feminino e masculino.
- g) IMC: até 24,9; 25 a 29,9; maior ou igual a 30 Kg/m².
- h) Nível de escolaridade: 0 a 4; 5 a 8; maior ou igual a 9 anos de estudo.
- i) Nível sócio-econômico: classes E e D; C; B1 e B2; A1 e A2.

As variáveis estão ilustradas na figura 2. As análises estão divididas por sexo. Na análise bruta, as variáveis independentes foram analisadas individualmente para cada variável dependente. Já para a análise ajustada, todas as variáveis independentes foram incluídas na mesma análise. Em todas as análises foi adotado o nível de significância $p < 0,05$. A análise estatística foi realizada no programa STATA/SE 10.0.

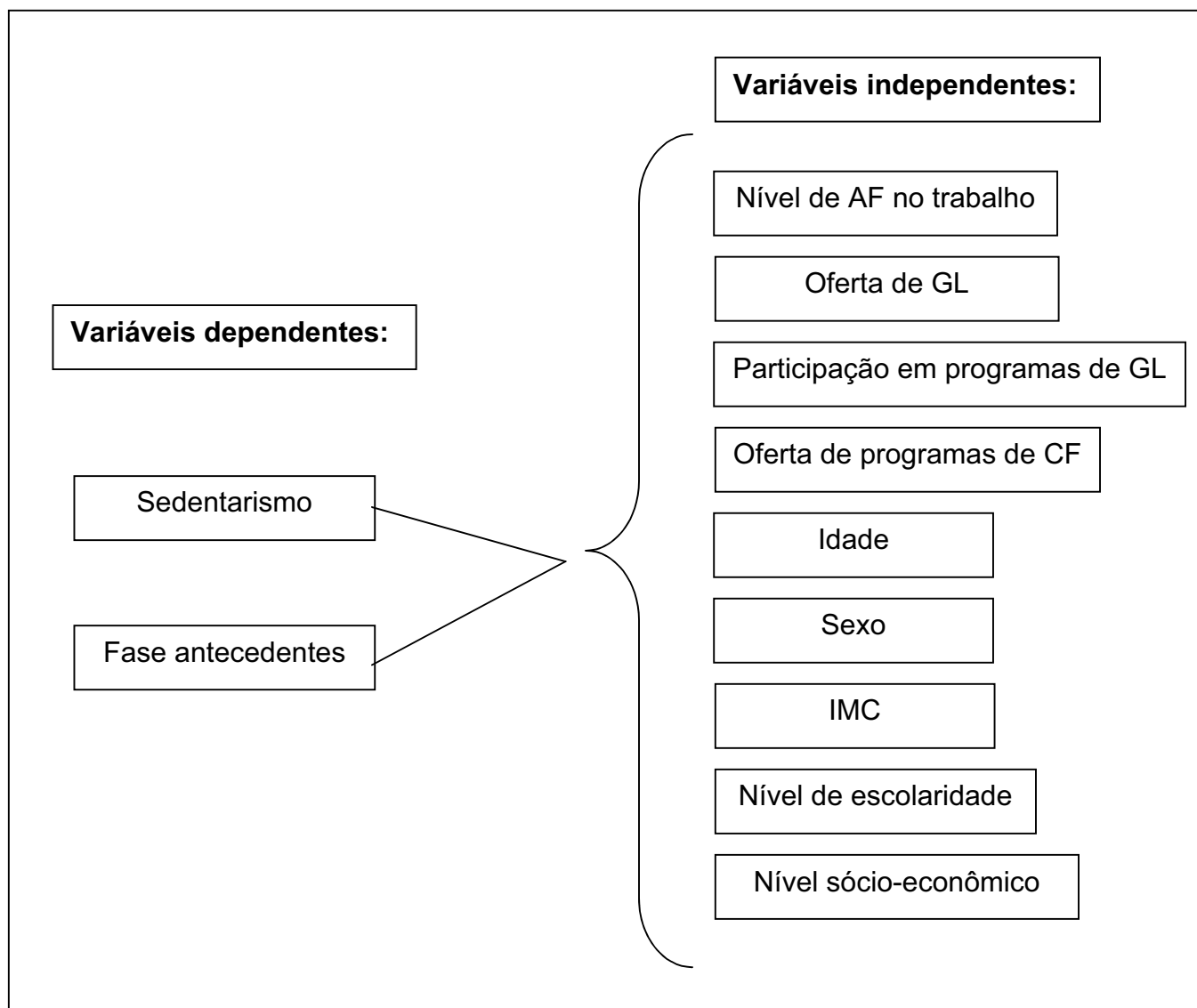


Figura 2 – Variáveis dependentes e independentes utilizadas na Regressão de Poisson

5. RESULTADOS

A figura 3 ilustra a descrição do número de domicílios abordados, visitados, entrevistados e não entrevistados, com problemas no arrolamento e a descrição das entrevistas realizadas e não realizadas.

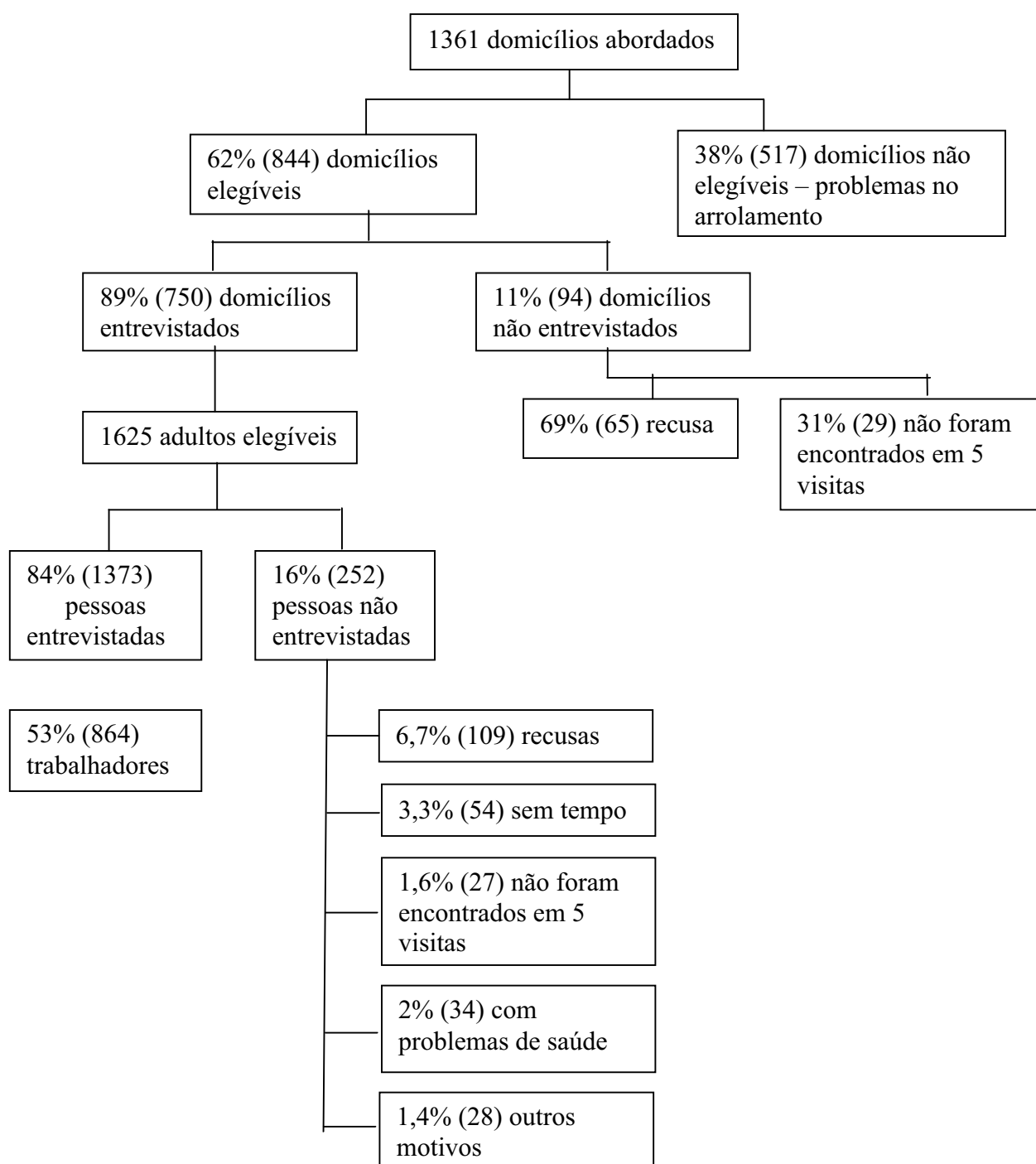


Figura 3 – Descrição dos domicílios abordados, entrevistados, não entrevistados e com problemas no arrolamento. Descrição das entrevistas realizadas e não realizadas.

De acordo com a figura 3 foram visitados um total de 1361 domicílios. O número de domicílios não entrevistados foi de 94, sendo que desses 65 se recusaram a participar do estudo e em 29 os participantes não foram encontrados em 5 visitas. O número de domicílios com endereço errado, casas desocupadas, comércio, etc, somam ao todo 517 domicílios.

Foram entrevistados 750 domicílios. O número de recusa individual foi de 252 participantes e são decorrentes de diversos motivos, dentre eles: recusas (109); sem tempo (54); não foram encontrados em 5 visitas (27); problemas de saúde (34); outros motivos (28). O número total de entrevistas realizadas é 1373. Como um dos critérios de inclusão do estudo foi realizar uma atividade ocupacional, eliminamos 509 participantes, chegando, assim, ao número de 864 trabalhadores. Os trabalhadores têm idade média e desvio-padrão de 41 ($\pm 13,4$) anos, sendo 451 homens e 413 mulheres, com média de idade e desvio-padrão de 41 ($\pm 13,8$) anos e 40 ($\pm 12,9$) anos, respectivamente. As características sócio-demográficas dos participantes estão descritos na tabela 3.

Tabela 3 – Características sócio-demográficas dos trabalhadores em geral e separados por sexo.

Variável	Geral		Homens		Mulheres	
	%	n	%	n	%	n
Idade (anos)						
20 a 39	48	415	48	214	49	201
40 a 59	43	373	42	191	44	182
≥ 60	9	76	10	46	7	30
IMC* (kg/m²)						
Até 24,9	50	428	45	202	55	226
25 a 29,9	33	289	36	164	30	125
≥ 30	16	138	18	82	14	56
Missing**	1	9	1	3	1	6
Escolaridade (anos)						
0 a 4	27	236	27	123	27	113
5 a 8	19	162	18	83	19	79
≥ 9	54	466	55	245	54	221
Nível sócio-econômico						
E	0,7	6	0,4	2	1	4
D	16	134	14	65	17	69
C	46	401	47	214	45	187
B2	19	163	19	84	19	79
B1	11	94	11	50	11	44
A2	4,6	40	5	24	4	16
A1	0,7	6	0,7	3	1	3
Missing**	2	20	2	9	3	11

Os dados estão apresentados em porcentagens e valores absolutos para n geral de 864 trabalhadores, sendo 451 homens e 413 mulheres.

*IMC: Índice de Massa Corporal

**Dados perdidos

De acordo com a tabela 3 podemos observar que em geral os trabalhadores participantes desse estudo têm idade entre 20 a 59 anos. 50% dos trabalhadores

têm IMC maior que 24,9Kg/m². A maioria (54%) tem 9 anos ou mais de estudo e se enquadram na classe C (46%) de nível sócio-econômico.

A tabela 4 apresenta características da ocupação e do local de trabalho dos participantes da pesquisa.

Tabela 4 – Características da atividade ocupacional: tipo de ocupação e local de trabalho.

Variável	(%)	n
Ocupação		
Empregado com carteira assinada ou contrato de trabalho	61,1	528
Autônomo ou profissional liberal	18,9	163
Bicos sem registro/ sem contrato de trabalho	10,4	90
Trabalho voluntário	5,8	50
Proprietário do negócio	3,8	32
Local de trabalho		
Indústria	26,4	228
Outros	20,7	179
Comércio	17,1	148
Residência	13,1	113
Setor administrativo	6,4	55
Escola	5,1	44
Clínica	2,0	17
Hospital	1,7	15
Oficina	0,9	8
Clube	0,5	4
Academia	0,1	1
Missing*	6	52

Os dados estão apresentados em porcentagens e valores absolutos para n geral de 864 trabalhadores.

*Dados perdidos

Analisando a tabela 4 nota-se que a maioria dos trabalhadores (61%) possui emprego através de carteira assinada ou de algum contrato de trabalho. Com relação ao local de trabalho 26% dos participantes trabalham em Indústrias e 17% em comércio.

As figuras 4 e 5 trazem dados a respeito da oferta de Ginástica Laboral e de oportunidades para realizar AF fora do horário de trabalho.

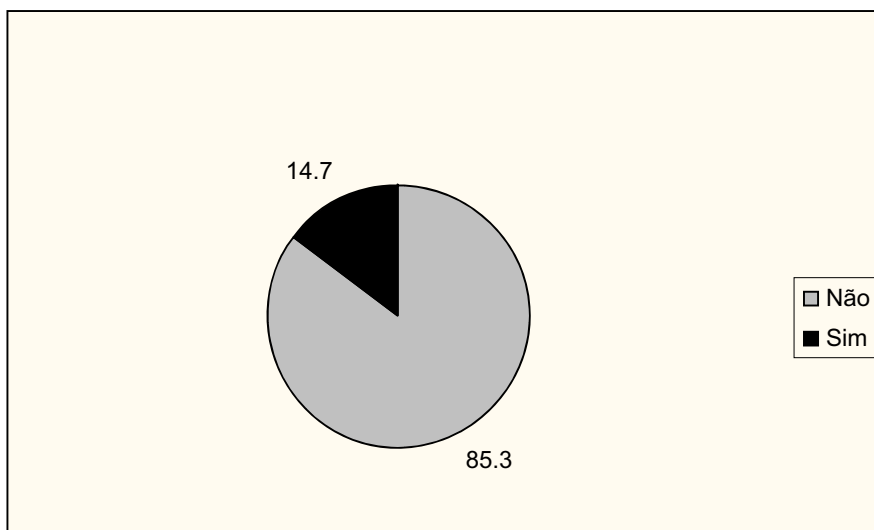


Figura 4 – Oferta de Programa de Ginástica Laboral

Os dados estão apresentados em porcentagens para n = 864 trabalhadores.

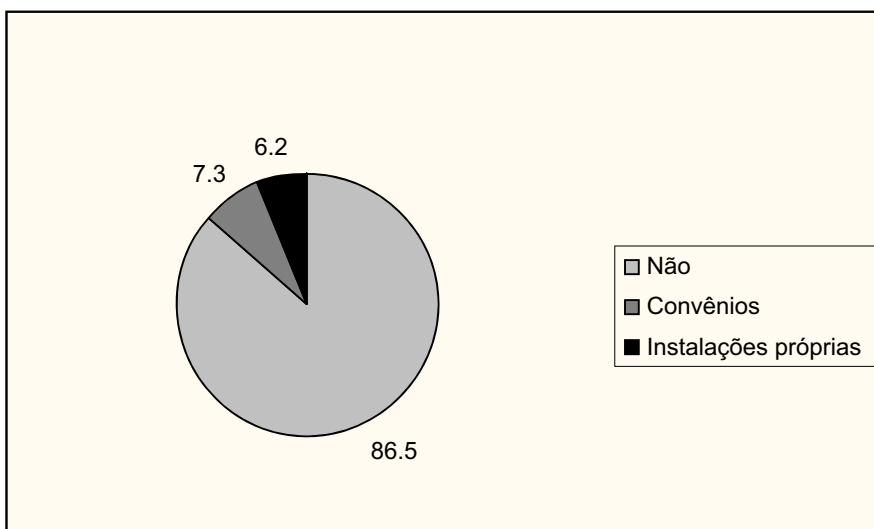


Figura 5 – Oferta de Programa de Condicionamento Físico

Os dados estão apresentados em porcentagens para n = 864 trabalhadores.

Um número muito pequeno de trabalhadores tem oportunidade de praticar AF oferecida pela empresa. Apenas para 14,7% (117) dos trabalhadores é oferecida a GL, desses, 14,5% não realiza as aulas, 66,7% são obrigados a realizar as aulas e 18,8% participam de forma voluntária. Para a oferta de PCF o número de trabalhadores que têm acesso a esse serviço também é baixo (13,5%), sendo que 7,3% (49) têm a oportunidade de realizar AF através de convênios oferecidos pela empresa e 6,2% (42) através de instalações no próprio local de trabalho.

A figura 6 apresenta a classificação geral dos trabalhadores em ativos e sedentários de acordo com o nível de AF de lazer, tendo como ponto de corte 150 minutos de AF por semana.

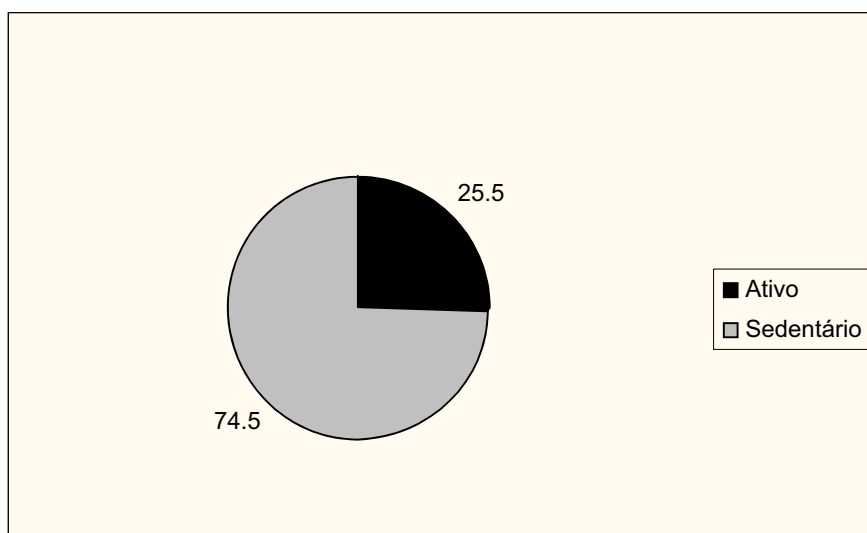


Figura 6 – Classificação do nível de Atividade Física de lazer dos trabalhadores

Os dados estão apresentados em porcentagens n = de 864 trabalhadores. Ativo = pratica 150 minutos ou mais de AF de lazer por semana; Sedentário = pratica menos de 150 minutos de AF de lazer por semana.

Observamos, de acordo com a figura 6 que a prevalência de sedentarismo no lazer entre trabalhadores é de 74,5%, enquanto apenas 25,5% são ativos, ou seja, atingem a recomendação de realizar 150 minutos ou mais de AF de lazer durante a semana.

A classificação do nível de AF de lazer entre os trabalhadores do sexo feminino e masculino está apresentada na figura 7.

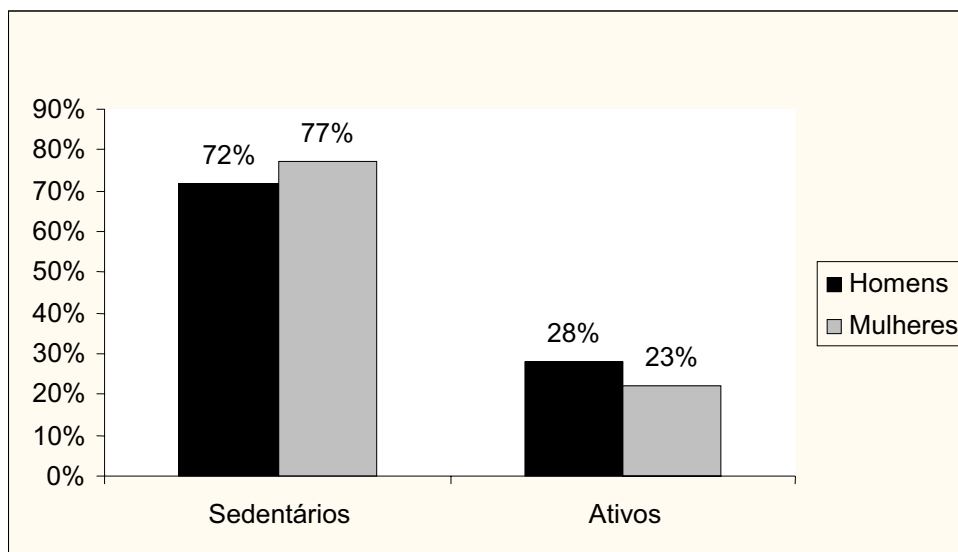


Figura 7 – Classificação do nível de Atividade Física de lazer dos trabalhadores separados por sexo.

Os dados estão apresentados em porcentagens, homens $n = 451$ e mulheres $n = 413$. Ativo = pratica 150 minutos ou mais de AF de lazer por semana; Sedentário = pratica menos de 150 minutos de AF de lazer por semana.

Através da figura 7 podemos notar que as mulheres são mais sedentárias (77%), ou seja, não realizam durante o lazer o mínimo de 150 minutos de AF por semana. A proporção de homens e mulheres classificados como ativos são respectivamente, 28% e 23%.

Os fatores associados ao nível de AF de lazer dos trabalhadores estão descritos na tabela 5 e 6. Esses fatores foram analisados pela Regressão de Poisson ajustada e bruta. Como na análise inicial (quadro 1) a variável sexo estava associada ao nível de AF de lazer, optamos por analisar as associações separadamente para o sexo masculino (tabela 5) e feminino (tabela 6). O Quadro 1 indica que os homens são menos sedentários ($RP = 0,92$) quando comparados com as mulheres

Quadro 1 – Regressão de Poisson para a variável sexo, tendo como desfecho o nível de AF de lazer.

Sexo	RP	IC (95%)	p
F	1		
M	0.92	0.85 – 0.99	0.039*

Tabela 5 – Associações entre nível de AF de lazer e variáveis sócio-demográficas, nível e oferta de AF no trabalho dos trabalhadores do sexo masculino.

Variável	Sedentarismo no lazer					
	RP	Bruta IC (95%)	p	RR	Ajustada** IC (95%)	p
Idade (anos)						
20 a 39	1			1		
40 a 59	1.22	1.08 – 1.39	0.001*	1.15	0.99 – 1.34	0.054
≥ 60	1.29	1.09 – 1.53	0.002*	1.14	0.92 – 1.42	0.212
IMC (kg/m²)						
Até 24,9	1			1		
25 a 29,9	0.95	0.83 – 1.09	0.496	0.99	0.85 – 1.14	0.906
≥ 30	0.98	0.84 – 1.15	0.889	0.89	0.74 – 1.07	0.249
Escolaridade (anos)						
0 a 4	1			1		
5 a 8	0.85	0.75 – 1.01	0.072	0.89	0.74 – 1.07	0.237
≥9	0.74	0.66 – 0.84	0.000*	0.89	0.75 – 1.05	0.196
Nível sócio-econômico						
E e D	1			1		
C	0.83	0.73 – 0.94	0.005*	0.86	0.75 – 0.99	0.046*
B1 e B2	0.75	0.64 – 0.88	0.000*	0.74	0.60 – 0.92	0.007*
A1e A2	0.64	0.45 – 0.91	0.013*	0.63	0.42 – 0.95	0.028*
Nível de AF no trabalho (min/semana)						
0 a 24	1			1		
25 a 419	1.12	0.93 – 1.35	0.207	1.18	0.98 – 1.42	0.071
420 a 1800	0.98	0.80 – 1.21	0.911	0.94	0.77 – 1.15	0.578
> 1800	1.04	0.86 – 1.25	0.653	1	0.83 – 1.2	0.991
Oferta de PGL						
Não	1			1		
Sim	0.82	0.68 – 1.00	0.053	1.08	0.69 – 1.70	0.724
Realiza PGL						
Não	1			1		
Sim	0.83	0.67 – 1.02	0.085	0.82	0.69 – 1.70	0.724
Oferta de PCF						
Não	1			1		
Convênios	0.49	0.31 – 0.75	0.001*	0.47	0.26 – 0.84	0.012*
Instalações no local de trabalho	0.89	0.69 – 1.16	0.418	1.27	0.93 – 1.74	0.128

Legenda: AF= Atividade Física; IMC = Índice de Massa Corporal; PGL = Programa de Ginástica Laboral; PCF = Programa de Condicionamento Físico.

* p<0.05

** Ajustada por todas variáveis.

As tabelas que apresentam os resultados das associações são compostas pela RP (Razão de Prevalência) e IC (Intervalo de Confiança). A primeira categoria

da cada variável tem o valor de $RP = 1$ (categoria de referência) e as demais categorias apresentam valores de RP de acordo com a associação (mais risco, menos risco). A RP só é significativa quando o IC não compreende o número 1 (ver figura 11). A análise bruta representa a associação entre cada variável e o desfecho. Já na análise bruta, todas as variáveis são testadas de uma só vez com o desfecho.

A tabela 5 aponta alguns fatores que estão associados com o nível de AF de lazer dos trabalhadores do sexo masculino: nível sócio-econômico e oferta de AF através de convênios. Trabalhadores com nível sócio-econômico das classes C ($RP = 0.86$, $IC = 0.75 - 0.99$), B1 e B2 ($RP = 0.74$, $IC = 0.60 - 0.92$), A1 e A2 ($RP = 0.63$, $IC = 0.42 - 0.95$) são menos sedentários que trabalhadores de classes E e D. E os trabalhadores que têm a oportunidade de realizar AF em clubes, academias através de convênios são considerados menos sedentários ($RP = 0.47$, $IC = 0.26 - 0.84$) quando comparados com trabalhadores que não possuem essa oportunidade.

Para as trabalhadoras do sexo feminino, a tabela 6 demonstra que o IMC, e o nível sócio-econômico são fatores que estão associados ao nível de AF de lazer. As trabalhadoras com IMC acima de 30 kg/m^2 são mais sedentárias ($RP = 1.27$, $IC = 1.11 - 1.45$) quando comparadas com trabalhadoras com IMC normal (até 24 kg/m^2). Trabalhadoras do nível sócio-econômico B₁ e B₂ ($RP = 0.81$, $IC = 0.68 - 0.97$) são menos sedentárias quando comparadas com trabalhadores das classes E e D.

Tabela 6 – Associações entre nível de AF no lazer e variáveis sócio-demográficas, nível e oferta de AF no trabalho dos trabalhadores do sexo feminino.

Variável	Sedentarismo no lazer					
	RP	Bruta IC (95%)	p	RR	Ajustada** IC (95%)	p
Idade (anos)						
20 a 39	1			1		
40 a 59	0.94	0.84 – 1.04	0.262	0.92	0.81 – 1.05	0.232
≥ 60	0.86	0.86 – 1.10	0.258	0.83	0.64 – 1.08	0.186
IMC (kg/m²)						
Até 24,9	1			1		
25 a 29,9	1.0	0.88 – 1.14	0.930	0.99	0.85 – 1.14	0.924
≥ 30	1.24	1.11 – 1.37	0.000*	1.27	1.11 – 1.45	0.000*
Escolaridade (anos)						
0 a 4	1			1		
5 a 8	0.95	0.84 – 1.08	0.513	0.96	0.82 – 1.12	0.601
≥9	0.83	0.74 – 0.93	0.002*	0.87	0.76 – 1.00	0.052
Nível sócio-econômico						
E e D	1			1		
C	0.97	0.86 – 1.09	0.682	0.98	0.86 – 1.10	0.757
B1 e B2	0.79	0.67 – 0.92	0.004*	0.81	0.68 – 0.97	0.023*
A1e A2	0.68	0.45 – 1.01	0.058	0.67	0.42 – 1.07	0.095
Nível de AF no trabalho (min/semana)						
0 a 24	1			1		
25 a 419	1.12	0.96 – 1.31	0.131	1.04	0.88 – 1.22	0.599
420 a 1800	1.08	0.92 – 1.27	0.312	0.96	0.81 – 1.14	0.710
> 1800	1.09	0.92 – 1.30	0.299	0.98	0.82 – 1.18	0.901
Oferta de PGL						
Não	1			1		
Sim	1.08	0.93 – 1.25	0.294	0.91	0.37 – 2.22	0.841
Realiza PGL						
Não	1			1		
Sim	1.09	0.94 -1.27	0.226	1.21	0.49 – 2.99	0.677
Oferta de PCF						
Não	1			1		
Convênios	0.91	0.65 – 1.27	0.599	0.93	0.66 – 1.32	0.725
Instalações no local de trabalho	0.82	0.55 – 1.22	0.332	0.94	0.59 – 1.50	0.807

Legenda: AF= Atividade Física; IMC = Índice de Massa Corporal; PGL = Programa de Ginástica Laboral; PCF = Programa de Condicionamento Físico.

* p<0.05

** Ajustada por todas variáveis.

A figura 8 apresenta a distribuição dos trabalhadores nas fases do estágio de prontidão de acordo com a participação em AF de lazer.

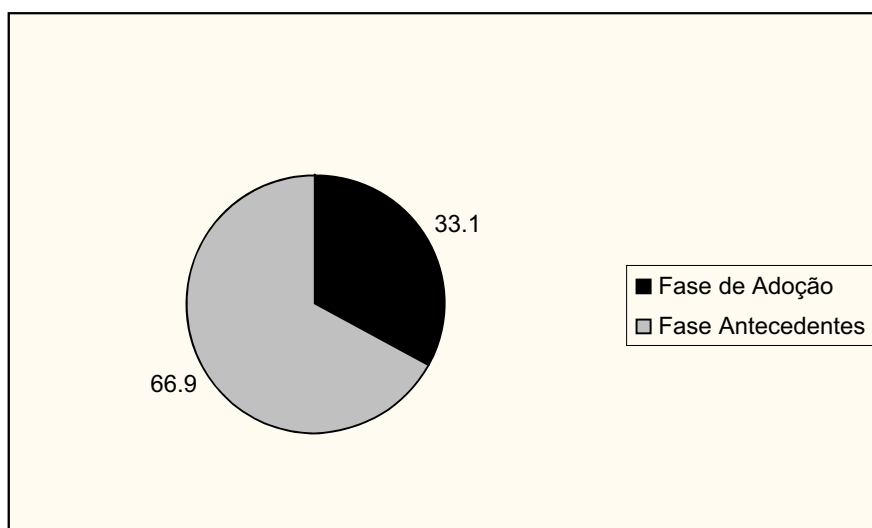


Figura 8 – Classificação dos trabalhadores nas fases dos estágios de prontidão de acordo com a participação em AF de lazer.

Os dados estão apresentados em porcentagens n = de 864 trabalhadores. Fase de adoção (estágios de ação e manutenção); Fase antecedentes (estágio de preparação, contemplação e pré-contemplação).

De acordo com a figura 8, 33.1% dos trabalhadores realizam AF durante o lazer de forma regular (por mais ou menos de 6 meses). No entanto, a maioria dos trabalhadores encontra-se na fase antecedentes (66,9%), sendo que 12,7% pretendem iniciar a participação em AF de lazer no próximo mês, 21,9% nos próximos 6 meses e 32,3% não pretendem realizar AF de lazer.

A classificação dos trabalhadores do sexo feminino e masculino nas fases dos estágios de prontidão estão apresentados na figura 9.

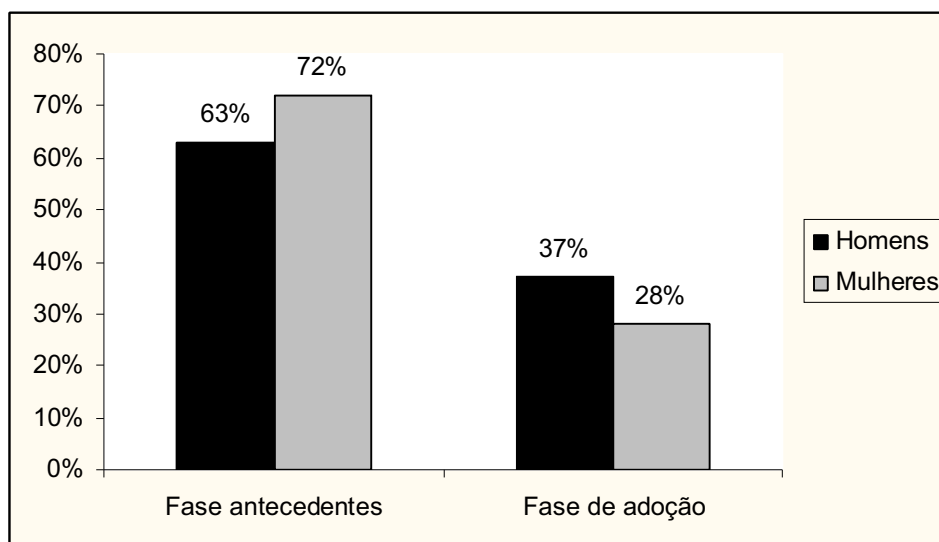


Figura 9 – Classificação dos trabalhadores nas fases dos estágios de prontidão de acordo com a participação em AF de lazer dividido por sexo.

Os dados estão apresentados em porcentagens, homens $n = 451$ e mulheres $n = 413$. Fase de adoção (estágios de ação e manutenção); Fase antecedentes (estágio de preparação, contemplação e pré-contemplação).

Os dados da figura 9 mostram que 37% dos homens e 28% das mulheres estão classificados na fase de adoção. Isso significa que os trabalhadores do sexo masculino são mais participativos em AF de lazer quando comparados com as mulheres. A proporção de trabalhadores que não participam em AF de lazer (fase antecedentes) é de 63% para os homens e 72% para as mulheres.

A tabela 7 e 8 apresenta os fatores associados à participação em AF de lazer dos trabalhadores. Esses fatores foram analisados pela Regressão de Poisson ajustada e bruta. Como na análise inicial a variável sexo (Quadro 2) estava associada à participação em AF de lazer, optamos por analisar as associações separadamente para o sexo masculino (tabela 7) e feminino (tabela 8). De acordo com o quadro 2, os homens participam mais em AF de lazer ($RP = 0,89$) do que as mulheres, em outras palavras têm menos chances de estarem na fase antecedentes.

Quadro 2 – Regressão de Poisson para a variável sexo, tendo como desfecho a fase antecedentes.

Variável	RP	IC (95%)	p
Sexo			
F	1		
M	0.89	0.81 – 0.97	0.015*

Tabela 7 – Associações entre Estágios de Prontidão com variáveis sócio-demográficas, nível e oferta de AF no trabalho dos trabalhadores do sexo masculino.

Variável	Antecedentes					
	RP	Bruta IC (95%)	p	RR	Ajustada** IC (95%)	p
Idade (anos)						
20 a 39	1			1		
40 a 59	1.13	0.96 – 1.32	1.222	1.01	0.84 – 1.21	0.887
≥ 60	1.41	1.17 – 1.69	0.000*	1.17	0.93 – 1.49	0.171
IMC (kg/m²)						
Até 24,9	1			1		
25 a 29,9	0.95	0.80 – 1.13	0.597	1.04	0.86 – 1.25	0.640
≥ 30	1.17	0.98 – 1.39	0.074	1.14	0.92 – 1.04	0.208
Escolaridade (anos)						
0 a 4	1			1		
5 a 8	0.84	0.70 – 1.01	0.075	0.92	0.75 – 1.12	0.434
≥9	0.68	0.58 – 0.79	0.000*	0.77	0.62 – 0.96	0.021*
Nível sócio-econômico						
E e D	1			1		
C	0.79	0.67 – 0.93	0.006*	0.86	0.72 – 1.02	0.097
B1 e B2	0.72	0.59 – 0.87	0.001*	0.76	0.59 – 0.98	0.041*
A1e A2	0.58	0.37 – 0.90	0.015*	0.73	0.45 – 1.18	0.204
Nível de AF no trabalho (min/semana)						
0 a 24	1			1		
25 a 419	0.96	0.76 – 1.22	0.779	1.01	0.79 – 1.30	0.878
420 a 1800	0.92	0.72 – 1.18	0.544	0.91	0.71 – 1.17	0.499
> 1800	1.09	0.88 – 1.34	0.417	1.02	0.82 – 1.27	0.821
Oferta de PGL						
Não	1			1		
Sim	0.77	0.61 – 0.98	0.038*	1.44	0.82 – 2.52	0.193
Realiza PGL				0		
Não	1			1		
Sim	0.74	0.57 – 0.97	0.034*	0.64	0.35 – 1.15	0.141
Oferta de PCF						
Não	1			1		
Convênios	0.69	0.48 – 1.00	0.005*	0.75	0.46 – 1.24	0.272
Instalações no local de trabalho	0.65	0.42 – 1.00	0.005*	0.88	0.54 – 1.45	0.636

Legenda: AF= Atividade Física; IMC = Índice de Massa Corporal; PGL = Programa de Ginástica Laboral; PCF = Programa de Condicionamento Físico.

* p<0.05

** Ajustada por todas variáveis.

Para o sexo masculino, as variáveis associadas à fase antecedentes são: escolaridade e nível sócio-econômico. Com relação a escolaridade e nível sócio-

econômico, trabalhadores com 9 anos ou mais de estudos (RP = 0.77, IC= 0.62 – 0.96), das classes B1 e B2 (RP= 0,76, IC= 0.59 – 0.98) são mais participativos em AF de lazer quando comparados com trabalhadores com escolaridade entre 0 e 4 anos de estudo e das classes sócio-econômicas D e E.

Entre as trabalhadoras do sexo feminino, os fatores associados a participação em AF de lazer são: idade e nível sócio-econômico. Trabalhadoras com idade igual ou superior a 60 anos são mais participativas em AF de lazer (RP= 0.57, IC= 0.37 – 0.86) quando comparadas com trabalhadoras entre 20 a 39 anos de idade. Com relação ao nível sócio-econômico, a participação em AF de lazer aumenta conforme a classe social aumenta: B1 e B2 (RP= 0.78, IC= 0.63 – 0.96) e A1 e A2 (RP= 0.46, IC= 0.24 – 0.89).

Tabela 8 – Associações entre Estágios de Prontidão e variáveis socio-demográficas, nível e oferta de AF no trabalho dos trabalhadores do sexo feminino.

Variável	Antecedentes					
	RP	Bruta IC (95%)	p	RR	Ajustada** IC (95%)	p
Idade (anos)						
20 a 39	1			1		
40 a 59	0.85	0.75 – 0.96	0.013*	0.87	0.75 – 1.01	0.068
≥ 60	1.59	0.40 – 0.87	0.008*	0.57	0.37 – 0.86	0.009*
IMC (kg/m²)						
Até 24,9	1			1		
25 a 29,9	0.91	0.78 – 1.06	0.261	0.89	0.75 – 1.05	0.749
≥ 30	1.14	0.99 – 1.33	0.067	1.14	0.72 – 1.00	0.051
Escolaridade (anos)						
0 a 4	1			1		
5 a 8	0.99	0.85 – 1.15	0.963	0.97	0.81 – 1.15	0.749
≥9	0.83	0.72 – 0.95	0.008*	0.84	0.72 – 1.00	0.051
Nível sócio-econômico						
E e D	1			1		
C	0.89	0.79 – 1.01	0.096*	0.91	0.79 – 1.05	0.243
B1 e B2	0.69	0.58 – 0.83	0.000*	0.78	0.63 – 0.96	0.019*
A1e A2	0.49	0.28 – 0.84	0.010*	0.46	0.24 – 0.89	0.022*
Nível de AF no trabalho (min/semana)						
0 a 24	1			1		
25 a 419	1.12	0.93 – 1.34	0.217	0.96	0.80 – 1.14	0.671
420 a 1800	1.07	0.89 – 1.29	0.430	0.93	0.76 – 1.12	0.461
> 1800	1.06	0.85 – 1.30	0.585	0.87	0.71 – 1.08	0.231
Oferta de PGL						
Não	1			1		
Sim	1.11	0.93 – 1.31	0.226	1.01	0.34 – 2.98	0.979
Realiza PGL						
Não	1			1		
Sim	1.11	0.93 – 1.33	0.213	1.03	0.34 – 3.08	0.951
Oferta de PCF						
Não	1			1		
Convênios	0.87	0.59 – 1.30	0.513	0.94	0.59 – 1.48	0.796
Instalações no local de trabalho	0.29	0.10 – 0.79	0.017*	0.44	0.17 – 1.11	0.085

Legenda: AF= Atividade Física; IMC = Índice de Massa Corporal; PGL = Programa de Ginástica Laboral; PCF = Programa de Condicionamento Físico.

* p<0.05

** Ajustada por todas variáveis.

A figura 10 apresenta a comparação entre as prevalências do nível de AF (ativos e sedentários) de lazer e da participação em AF de lazer (fase de adoção e antecedentes) na amostra estudada.

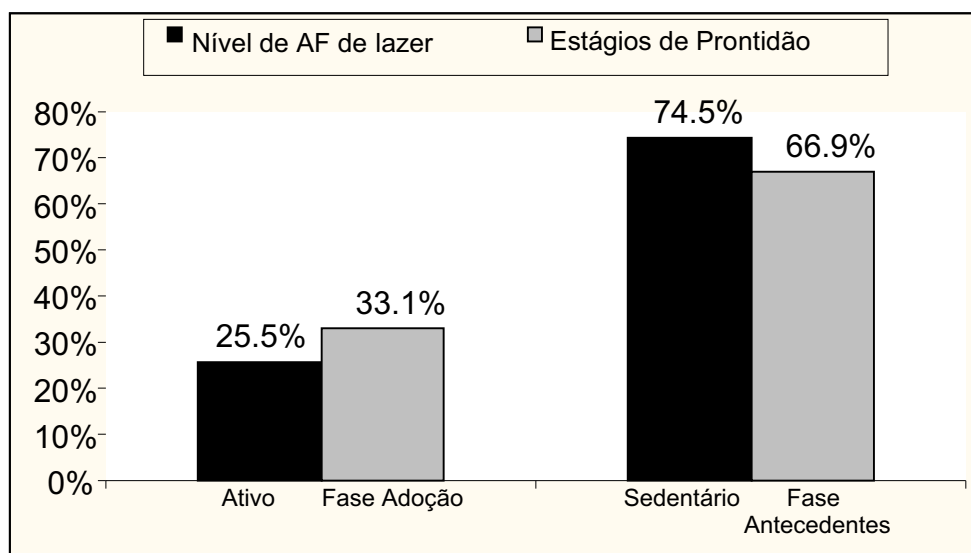


Figura 10 – Comparação entre a prevalência do nível de AF de lazer e participação de AF de lazer.

Os dados estão apresentados em porcentagens $n =$ de 864 trabalhadores para o nível de AF de lazer e $n =$ de 864 trabalhadores para os estágios de prontidão. Ativo = pratica 150 minutos ou mais de AF por semana; Sedentário = pratica menos de 150 minutos de AF por semana. Fase de adoção (estágios de ação e manutenção); Fase antecedentes (estágio de preparação, contemplação e pré-contemplação).

De acordo com a figura 10 podemos observar que 25.5% e 33.1% dos trabalhadores foram classificados como ativos e na fase de adoção respectivamente. Já para os trabalhadores sedentários e os classificados na fase antecedentes a proporção foi de 74.5% e 66.9%. Para estabelecer o grau de concordância entre as duas variáveis foi calculado o coeficiente kappa ($K = 0,6299$).

A tabela 9 apresenta os resultados encontrados para os dois desfechos: sedentarismo e fase antecedentes. Podemos observar que as variáveis sócio-demográficas associadas tanto para o sedentarismo quanto para a fase antecedentes são praticamente as mesmas (sexo, idade, escolaridade, nível sócio-econômico e IMC). Somente a idade e IMC no caso das mulheres e a escolaridade para os homens são variáveis que se diferenciaram entre os dois desfechos. Já para as variáveis relacionadas ao trabalho, os resultados foram semelhantes para os dois desfechos (sedentarismo e fase antecedentes).

Tabela 9 – Principais resultados da Regressão de Poisson Ajustada para os dois desfechos: Sedentarismo e Fase Antecedentes.

Variáveis	Sedentarismo		Fase Antecedentes	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Sexo	†	R	†	R
Idade Avançada				†
Alto nível de escolaridade			†	
Alto nível sócio-econômico	†	†	†	†
IMC acima de 24kg/m ²		R		
Alto nível de AF no trabalho				
Oferta de PGL				
Participação em PGL				
PCF instalações no trabalho				
PCF através de convênio	†			

Legenda: AF= Atividade Física; IMC = Índice de Massa Corporal; PGL = Programa de Ginástica Laboral; PCF = Programa de Condicionamento Físico.

† = Fator de Proteção; R= Fator de Risco; Vazio= Não significativo

Na tabela 10 estão apresentadas as RP dos programas de AF oferecidos aos trabalhadores. A análise incluiu os trabalhadores do sexo masculino e feminino. Os IC estão apresentados na figura 12.

Tabela 10 – Oferta de AF no trabalho para os trabalhadores em geral tendo como desfecho Sedentarismo e Fase antecedentes.

Variável	Sedentarismo	Fase antecedentes
	RP	RP
Oferta de PGL		
Não	1	1
Sim	0.95	0.90
Realiza PGL		
Não	1	1
Sim	0.95	0.87
Oferta de PCF		
Não	1	1
Convênios	0.65	0.79
Instalações no local de trabalho	0.96	0.57

Legenda: PGL = Programa de Ginástica Laboral; PCF = Programa de Condicionamento Físico. Análise ajustada pelas variáveis: sexo, idade, IMC, nível sócio-econômico, escolaridade.

De acordo com a tabela 10 e figura 11 há uma tendência de os trabalhadores que tem oportunidade de realizar AF serem menos sedentários e estarem na fase de adoção quando comparados aos trabalhadores que não tem essa oportunidade. Os PCF oferecidos através de convênios estão associados ao nível de AF (RP= 0.65, IC = 0.47 – 0.89) e os PCF oferecidos em instalações no local de trabalho estão associados a participação em AF de lazer (RP= 0.57, IC= 0.38 – 0.87).

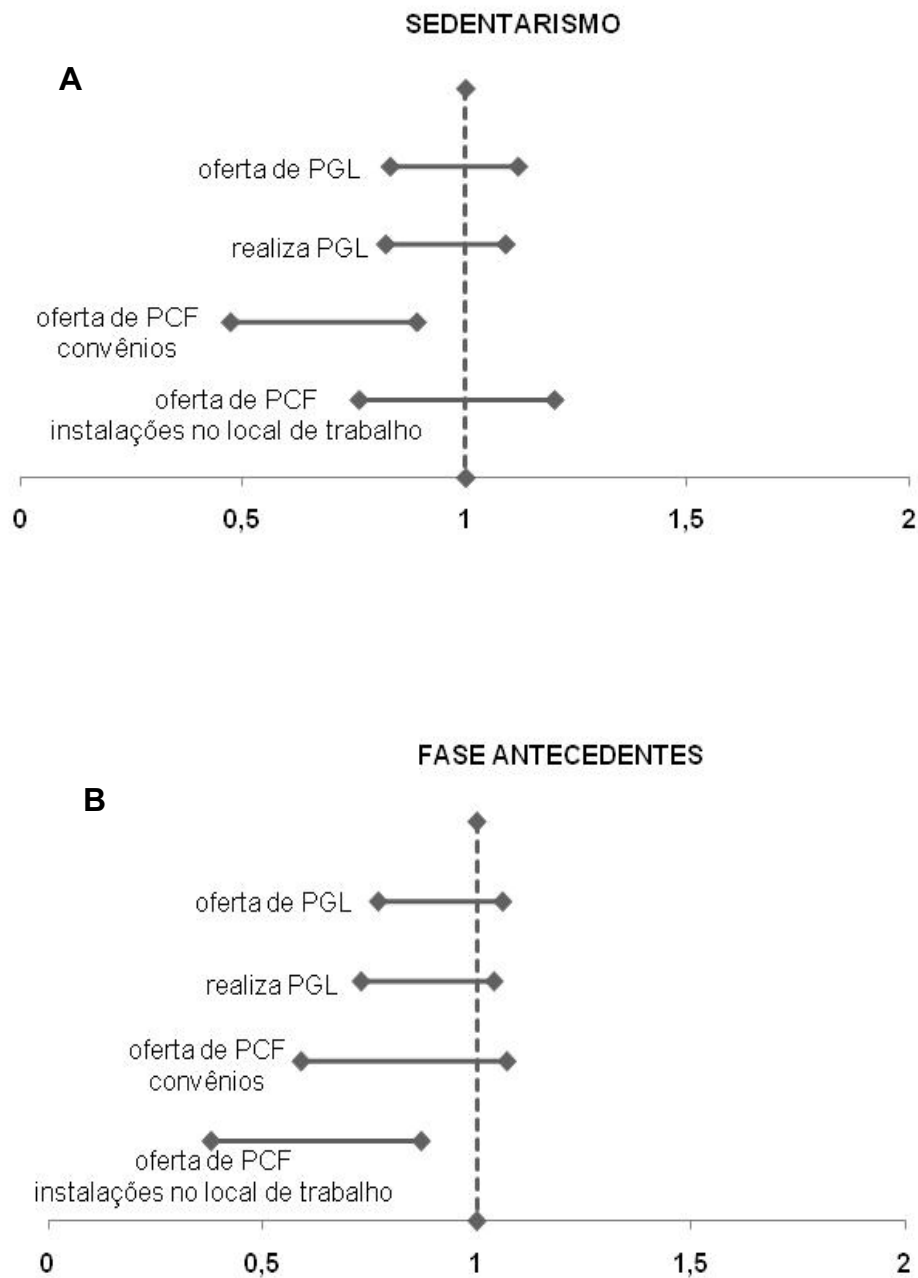


Figura 11- Intervalos de Confiança (95%) para os Programas de AF tendo como desfecho sedentarismo (A) e fase antecedentes (B).

Legenda: PGL = Programa de Ginástica Laboral; PCF = Programa de Condicionamento Físico.

Regressão de Poisson para os trabalhadores em geral (homens e mulheres). Análise ajustada pelas variáveis: sexo, idade, IMC, nível sócio-econômico, escolaridade.

6. DISCUSSÃO

Atualmente não se discute mais se a AF habitual tem relação com a saúde. Estudos enfocando indivíduos, grupos e comunidades indicam, claramente, existir uma associação inversa entre os níveis de AF e a incidência de diversas doenças. Entretanto, nem todas as questões estão adequadamente respondidas nesta área, em particular quando nos referimos à população brasileira. Para servir de referência em políticas de programas de saúde pública na promoção da AF e combate ao sedentarismo os dados populacionais precisam ser representativos, confiáveis e atualizados periodicamente (NAHAS, 2001).

Avaliar a AF de uma população é uma tarefa complexa que envolve uma série de discussões acerca dos procedimentos metodológicos a serem utilizados, porém, nos estudos epidemiológicos, a aplicação de questionários tem sido a regra (SALLES-COSTA, et al., 2003). Realizar entrevistas em grandes proporções é uma tarefa que requer dedicação, persistência e paciência.

Com relação à amostragem, nosso trabalho procurou ao máximo seguir um padrão ouro de seleção, uma vez que cada elemento da população teve chance de ser selecionado para compor a amostra (através do sorteio dos setores e através do sorteio das residências). Considerando os métodos adotados para realizar nossa amostragem podemos assegurar que é uma amostra aleatória e representativa da população estudada.

Um dos problemas que tivemos durante as duas etapas da coleta dos dados foi a redução significativa do número de entrevistadores treinados e contratados logo nas primeiras semanas. Ao final do trabalho estávamos contando com a participação de apenas duas entrevistadoras. Porém a coleta de dados foi finalizada devido ao

trabalho dos supervisores que além de supervisionar e fazer o controle de qualidade também saíram às ruas para realizar as entrevistas.

Acreditamos que o motivo pelo qual os entrevistadores desistiram do trabalho foi a dificuldade em encontrar os moradores, principalmente os trabalhadores, pois a disponibilidade da maioria era nos fins de semana e no período noturno. A remuneração foi a motivação para as duas entrevistadoras que finalizaram o trabalho, entretanto, o controle de qualidade que realizamos indicaram que as entrevistas foram realizadas corretamente.

O problema maior que tivemos foi com relação a domicílios com endereço errado, casas desocupadas, comércios, etc, sendo 517 domicílios com esses problemas. Para efetuar a listagem dos domicílios (ou arrolamento) no início do trabalho foi necessária ajuda de alunos e estagiários do NAFES e acreditamos que o treinamento dado foi insuficiente para realização dessa etapa do trabalho, causando esses problemas. Outra limitação foi com relação ao tempo, o que não nos possibilitou abordar cada domicílio a fim de distinguir residências, comércios, casas desocupadas. Para levantamentos futuros será imprescindível a contratação de pessoal para realização do arrolamento e dispor de maior tempo para realizar abordagem nos domicílios.

Dos domicílios elegíveis, 11% (94) não foi entrevistado, sendo 65 o número de recusas (7,7% dos domicílios elegíveis visitados). Dos domicílios entrevistados apenas 109 pessoas (6,7% dos adultos elegíveis) se recusaram a participar da pesquisa e 54 pessoas (3.3% dos adultos elegíveis) alegaram estar sem tempo para participar. Das 1.373 entrevistas realizadas mais da metade (864) é de trabalhadores, sendo 451 homens e 413 mulheres.

No levantamento realiza em Pelotas, o número total de perdas e recusas foi de 5,6% (HALLA, 2002).

Os trabalhadores têm idade média e desvio-padrão de 41 ($\pm 13,4$) anos, a maioria tem 9 anos ou mais de estudo e estão classificados na classe C de nível sócio-econômico. A maior parte dos trabalhadores trabalha em comércio (17.1%) ou indústria (26.4%). E mais da metade dos trabalhadores têm IMC maior que 24,9Kg/m².

De acordo com o site Portal Nosso São Paulo, Rio Claro é uma cidade com população de 189.834 (estimado pelo IBGE-2008), o Índice de Desenvolvimento

Humano Municipal é 0,825 (dados de 2000) (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO, 2009).

Não foi possível obter dados da população específica de trabalhadores, mas de acordo com o site da prefeitura (2009), no ano de 2000, a porcentagem de pessoas responsáveis pelos domicílios com rendimento entre 3 a 5 salários mínimos era de 22,29%. E a proporção de pessoas responsáveis pelos domicílios com rendimento entre 5 a 10 salários mínimos era de 22,83%.

Segundo o site da prefeitura de Rio Claro (2009), dados cadastrados no Ministério do trabalho em 2003, dos 39.274 trabalhadores formais, 15.093 (38%) são trabalhadores de indústria e 7.205 (18%) são trabalhadores do comércio.

6.1 Nível de AF no lazer

Alguns estudos realizaram o levantamento do nível de AF de trabalhadores e a prevalência de sedentarismo no lazer tem variando entre 41 a 70%. (BARROS; NAHAS, 2001; SALLES-COSTA, 2003; NUNES; BARROS, 2004). Nossos resultados indicam nos trabalhadores em geral que a prevalência de sedentarismo no lazer é de 74,5%, acima da média de estudos encontrados na literatura. Ou seja, um número muito pequeno de trabalhadores realiza pelo menos 150 minutos de AF no lazer durante a semana e se favorecem dos benefícios da prática regular de AF.

Dentre esses benefícios estão: diminuição do risco de desenvolver morte prematura, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes tipo 2, pressão arterial elevada, perfil lipídico sanguíneo desfavorável, síndrome metabólica, câncer de cólon e de mama. Outros benefícios da prática regular de AF são: previne o ganho de peso, proporciona o emagrecimento se combinado com dieta alimentar, melhora a aptidão cardiorrespiratória e muscular, favorece a manutenção da massa corporal após o emagrecimento, aumenta a densidade óssea, melhora a qualidade do sono e reduz sintomas de ansiedade e depressão (US Department of Health and Human Services, 2008). Apesar dos inúmeros benefícios oferecidos pela prática regular de AF, existem muitas barreiras que impedem as pessoas de se exercitarem.

No estudo de Barros (1999) as principais barreiras para a prática de AF relatada por trabalhadores são: falta de tempo, falta de vontade, a falta de recursos, a falta de oportunidades e a dificuldade de acesso às instalações para prática de AF.

O sexo feminino mostrou-se associado para o sedentarismo no lazer. Os trabalhadores homens (RP= 0.92 – IC= 0.85 – 0.99) são menos sedentários que as mulheres sendo a proporção respectivamente de 23% e 77%. Esses dados corroboram com os resultados de Nunes e Barros (2004), ao verificar que o sexo feminino também foi considerado fator de risco para o sedentarismo no lazer (OR = 4,28, IC = 1,74 - 10,64) entre os trabalhadores da indústria. Sávio et al. (2008) observaram que os trabalhadores do sexo masculino têm maiores chances (OR= 5,34, IC= 3,98 – 7,17) de apresentarem maior nível de AF geral quando comparados com as mulheres. No entanto no estudo de Salles-Costa et. al (2003), a proporção dos homens que realizam AF de lazer é bem parecida com a das mulheres, 40% e 30,5% respectivamente. Uma possível explicação para nossa constatação, que precisa ser mais bem estudada, está na dupla jornada das mulheres, que acumulam os afazeres domésticos e o trabalho dificultando assim a realização de AF de lazer.

Nossos resultados são apoiados com os de Barros (1999) que demonstra que o sedentarismo no lazer atinge em maior proporção as mulheres (67%) aos homens (34,8%) e demonstrou também que a idade está associada ao menor nível de AF de lazer entre os homens, ou seja, com o avanço da idade os trabalhadores do sexo masculino reduzem o tempo semanal em AF de lazer.

Nos nossos resultados referentes à idade não foi associada ao nível de AF de lazer dos trabalhadores. No entanto, pode-se notar que para o sexo masculino há uma tendência da idade ser um fator de risco e para o sexo feminino um fator de proteção. Alguns estudos mostram que para os trabalhadores em geral, quanto maior a faixa-etária menor a chance do trabalhador se engajar em AF de lazer (SALLES-COSTA, 2003; NUNES; BARROS, 2004).

Mais de 50% dos trabalhadores foram classificados com IMC acima de 24.9Kg/m², sendo 33.4% classificados com sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9kgm²) e 16% classificados como obesos (IMC acima de 30 kg/m²). A obesidade é fator de risco para várias doenças crônicas como, por exemplo, hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemia, osteoartrite, apnéia do sono, outros problemas respiratórios e algumas formas de câncer (POINDEXTER et al., 2001)

Apesar da alta proporção de sedentarismo e sobrepeso/obesidade entre os trabalhadores estudados, houve associação somente para o sexo feminino com IMC ≥ 30 Kg/m² (RP= 1,27 e IC= 1.11 – 1.45). No levantamento realizado por Hallal et al. (2003) foi mostrada associação entre IMC e nível de AF. Uma das dificuldades em

se realizar estudos transversais é a questão da relação causa-efeito, não sabemos se é a falta de AF que provoca a obesidade ou se é a obesidade que limita a realização de AF. Diferentemente do sexo, idade e outras variáveis, o IMC é um fator de risco modificável assim como a AF, por isso a associação entre essas variáveis em estudos transversais não nos diz qual é a causa e o efeito em questão.

No entanto no trabalho realizado por Williamson et al. (1993 apud Blair, 1993) foi avaliada a relação da AF ao ganho de peso de 3515 homens e 5810 mulheres num período de 10 anos (Avaliação Nacional da Saúde e Nutrição dos Estados Unidos). Os homens e as mulheres que eram sedentários na linha base e permaneceram com esse comportamento tiveram maior risco em ganhar peso significativo (>13 quilogramas) do que os participantes que foram considerados ativos em todas as avaliações (RR = 2.3, IC = 0.9 -5.8 para os homens e RR= 7.1, IC= 2.2 -23.3 para as mulheres). Esse estudo sugere que o sedentarismo pode ser considerado fator de risco para a obesidade.

Entre a amostra de trabalhadores estudada não houve associações entre o nível de escolaridade com o nível de AF de lazer. Porém, tanto para os homens quanto para as mulheres há uma tendência de diminuir o risco de sedentarismo conforme aumenta o nível de escolaridade. Alguns estudos apontam que exista essa relação (PITANGA et al. 2005; GOMES et al., 2001)

E por fim nossos resultados mostram que para os trabalhadores do sexo masculino com nível sócio-econômico das classes C (RP= 0.86, IC= 0.75 – 0.99), B1 e B2 (RP= 0.74, IC= 0.60 – 0.92), A1 e A2 (RP= 0.63, IC= 0.42 – 0.95) são menos sedentários que trabalhadores de classes E e D.

Nossos resultados estão de acordo com a pesquisa de Nunes e Barros (2004), que associaram ao sedentarismo no lazer em trabalhadores as seguintes variáveis: pior remuneração, baixo nível educacional e sexo feminino. No levantamento realizado pelo VIGITEL (2007) em ambos os sexos a frequência do lazer suficientemente ativo aumenta com a escolaridade das pessoas.

Diante dos nossos resultados e dos resultados encontrados na literatura podemos pensar que os trabalhadores e as pessoas em geral com mais anos de estudo são mais ativos porque possuem maiores informações acerca dos benefícios da prática de AF no lazer. Segundo Nahas (2001), pesquisas em diversas áreas, principalmente os estudos do comportamento humano, têm revelado que o conhecimento sobre uma determinada questão está relacionado com a atitude que

uma pessoa tem diante dessa questão. Assim, atitudes positivas em relação à prática de AF podem ser influenciadas por um melhor conhecimento sobre os benefícios da prática de AF. Com relação às classes sociais e a prática de AF no lazer, também é esperado que os trabalhadores com maior condição econômica sejam mais ativos no lazer, visto que essa população tem mais oportunidades de frequentar clubes e academias facilitando a prática de AF.

Na revisão de literatura realizada por Palma (2000) sobre AF, saúde e doenças em suas relações com as condições socioeconômicas, o autor verificou que há uma variedade de estudos que indicam o estado socioeconômico como um fator influenciador à prevalência de vários problemas relacionados à saúde, inclusive o sedentarismo. A quantidade de rendimentos, o nível educacional, a ocupação profissional, as desigualdades sociais entre outros, são todos elementos que podem facilitar esta prevalência ou, ainda, dificultar o acesso aos serviços de saúde e similares, à informação ou aos exames necessários, os quais podem ajudar no combate dos problemas relacionados à saúde (PALMA, 2000).

Nos levantamentos de nível de AF e fatores associados realizados em amostras específicas de trabalhadores desenvolvidos por Barros e Nahas (2001), Salles-Costa et al. (2003) e Barros e Nunes (2004), os dados foram coletados através de questionário no próprio local de trabalho e as análises foram realizadas através de regressão logística. No estudo de Barros e Nahas (2001) os sujeitos (4225 trabalhadores) foram recrutados por meio de amostragem por conglomerados em três estágios (regiões, indústrias e trabalhadores) no estado de Santa Catarina e o questionário foi auto-preenchido em pequenos grupos de trabalhadores. No levantamento de Barros e Nunes (2004) a amostra (209 trabalhadores) foi composta por trabalhadores da universidade de Brasília (amostra por conveniência) e trabalhadores da indústria (indústrias sorteadas no Departamento Nacional do Sesi), o questionário foi realizado em forma de entrevistas individuais. E na pesquisa de Salles-Costa et al. (2003) a amostra (4030 trabalhadores) foi composta por funcionários técnico-administrativos de uma universidade do Estado do Rio de Janeiro e o questionário foi auto-preenchido.

Mesmo com as limitações do estudo transversal e a utilização de questionário, é possível determinar a prevalência de sedentarismo no lazer associado a outros fatores de risco em trabalhadores utilizando a medida de RP.

A escolha por verificar o nível de sedentarismo no lazer se deve ao fato de que acreditamos que é esse o período cotidiano da maioria das pessoas mais oportuno para a adoção voluntária de um estilo de vida mais ativo ou mais sedentário. De acordo com Nunes e Barros (2004) nas atividades classificadas como ocupacionais domésticas ou de transporte e locomoção, o seu caráter automático e obrigatório impera, significando pouca ou nenhuma opção para a escolha voluntária de atividades mais ativas.

6.2 Nível de AF trabalho

Não houve nenhuma associação entre o nível de AF realizado no trabalho com o nível e participação em AF de lazer dos trabalhadores estudados.

A hipótese inicial da pesquisa era que existisse uma relação inversa entre nível de AF no trabalho e AF de lazer. Era esperado que os trabalhadores mais ativos fisicamente no trabalho fossem mais sedentários no lazer e estivessem no estágio antecedentes. No entanto, os resultados mostram que a AF realizada no trabalho não tem nenhuma relação com a AF de lazer dos trabalhadores, nem há uma tendência nas RP para sugeri-lo como fator de risco ou proteção.

Essa é uma questão que precisa ser melhor estudada. Na literatura os resultados a respeito da associação entre nível AF no trabalho e no lazer é controversa. OLDRIDGE et al (1983) apontam o sedentarismo no trabalho - ocupações de leve ou muito leve intensidade - como um importante fator para a adoção de hábitos sedentários também durante o lazer, fato este agravado pelo processo de industrialização e mecanização da sociedade, que têm eliminado a necessidade de esforço físico no cotidiano da maioria da população. No entanto, PRATT e MUNSHI (1994), observaram que a alta prevalência de sedentarismo no lazer estava associada a um nível mais alto de AF ocupacional e de locomoção.

Os problemas desses trabalhos é que eles foram avaliadas populações específicas, o que impede de ampliar os resultados para a população em geral. OLDRIDGE et al (1983) avaliaram 315 participantes que desistiram de um programa de intervenção de AF para reabilitação cardíaca, afim de verificar os fatores associados a desistência, enquanto PRATT e MUNSHI (1994), avaliaram em 4179 adultos entre 18 a 64 anos por um sorteio aleatório de dígito de telefone para fornecer dados da linha de base antes de iniciar as intervenções em oito diferentes

comunidades no Estado de Nova Iorque (EUA) que fazem parte do Programa do Coração Saudável. E o resultado do presente estudo trata-se de uma amostra aleatória sem viés de amostragem.

A porcentagem de trabalhadores da amostra estudada que realiza 420 minutos ou mais de AF no trabalho durante a semana é de 50%. No levantamento realizado por Gomes (2001) no Rio de Janeiro dos 4.331 entrevistados, apenas 3.6% dos homens e 0.3% das mulheres reportaram trabalho ocupacional pesado. Alguns autores acreditam que os dados de nível de AF realizada no trabalho coletados através do IPAQ forma longa sejam superestimados.

No estudo realizado por Proper e Hildebrandt (2006) como objetivo de verificar a contribuição do trabalho no nível de AF total, foi avaliada AF de 2417 trabalhadores alemães sorteados através do dígito de telefone. Os autores concluíram que o trabalho contribui em 30% na AF total dos trabalhadores.

Salmon et al. (2000) ao examinar as associações entre status ocupacional e combinações de AF realizadas em atividades domésticas, ocupacionais e de lazer, os resultados apontaram que profissionais de “alto status” (como gerentes, administradores) reportaram maior nível de atividades vigorosas no tempo livre quando comparados com trabalhadores “menos especializados” (plantadores, lavradores). Um resultado que já era esperado foi de que esses trabalhadores “menos especializados” reportaram maior nível de AF vigorosa durante as atividades ocupacional e doméstica.

Uma sugestão para trabalhos futuros a fim de verificar possíveis associações entre as características do trabalho e nível de AF de lazer seria de avaliar outras variáveis além do nível de AF no trabalho, como por exemplo, horas trabalhadas por dia e semana, horas extras realizadas, turno de trabalho (diurno, noturno) etc.

6.3 Estágios de prontidão

Os resultados relacionados ao MTT indicam que uma menor porcentagem dos trabalhadores estudados (33,1%) realiza AF de forma regular durante o lazer (por mais ou menos de seis meses), ou seja, estão classificados na fase de adoção. No entanto, a maioria se encontra na fase antecedentes (66,9%), sendo que apenas 12,7% pretendem iniciar a participação em AF de lazer no próximo mês, 21,9% nos próximos 6 meses e 32,3% não pretendem realizar AF de lazer. Esses resultados

sugerem que uma grande parte da população estudada não realiza AF no horário de lazer e não está interessada em mudar seu comportamento relacionado à AF de lazer.

Marcus et al. (1992) ao avaliar os estágios de prontidão para AF em uma amostra de 1.172 trabalhadores, mostraram que 32,6% estavam na fase de adoção e 67,4% estavam na fase antecedentes. Apesar de serem resultados bem parecidos não são passíveis de comparação, pois a amostra estudada por Marcus et al. (1992) é composta por trabalhadores participantes de um PPST e o ponto de corte para AF regular é de pelo menos 20 minutos em 3 vezes ou mais por semana, enquanto nossa amostra é de trabalhadores em geral e AF regular considerada é de 10 minutos de AF no lazer. Como mencionado anteriormente, esse é um grande problema em se comparar estudos que utilizam a classificação dos estágios de prontidão, pois não existe um consenso sobre o que considerar AF regular.

No levantamento realizado por Barros (1999), a maioria dos trabalhadores também foi classificada na fase antecedentes (54%), porém a diferença entre a fase de adoção (46%) foi bem menor quando comparado com nossos resultados. O questionário utilizado por Barros (1999) foi baseado na percepção que o trabalhador tinha sobre sua participação em AF de lazer (atualmente ativo; vêm realizando AF regular por mais de seis meses, pretende se tornar ativo, etc.).

No presente estudo, a análise estatística mostra que os trabalhadores do sexo masculino são mais participativos em AF de lazer ($RP = 0,89 - IC=$) quando comparados com as mulheres, sendo respectivamente 37% e 28% classificados na fase de adoção. A proporção de trabalhadores que não participam em AF de lazer (fase antecedentes) é de 63% para os homens e 72% para as mulheres.

Para os trabalhadores do sexo masculino as variáveis associadas à fase antecedentes são: escolaridade, nível sócio-econômico. Entre as trabalhadoras do sexo feminino, os fatores associados à participação em AF de lazer são: idade e nível sócio-econômico.

Trabalhadoras com idade igual ou superior a 60 anos são mais participativas (fase adoção) em AF de lazer ($RP= 0.57, IC= 0.37 - 0.86$) quando comparadas com trabalhadoras entre 20 a 39 anos de idade. Podemos pensar que com o avanço da idade, as responsabilidades das mulheres diminuem. Os filhos estão mais velhos e espera-se que mais independentes e para as mulheres aos 60 anos é possível aposentar-se, sobrando assim mais tempo para realização de AF de lazer. Uma

questão que pode ilustrar o aumento de AF de lazer conforme o aumentar da idade entre as mulheres é que geralmente os programas de AF que são oferecidos gratuitamente ou os locais públicos próprios para realizar AF (por exemplo, caminhar) são frequentados em sua maioria por mulheres com idade mais avançada.

Com relação à escolaridade, trabalhadores do sexo masculino com 9 anos ou mais de estudos (RP = 0.77, IC= 0.62 – 0.96) são mais participativos em AF de lazer quando comparados com trabalhadores com até 4 anos de estudo. Para os homens, ainda, com nível sócio-econômico de classes B₁ e B₂ (RP= 0.76, IC= 0.45 – 0.98) são considerados mais participativos em AF de lazer. Para as trabalhadoras do sexo feminino a participação em AF de lazer está associada às classes B₁ e B₂ (RP= 0.78, IC= 0.63 – 0.96) e classes A₁ e A₂ (RP= 0.46, IC= 0.24 – 0.89). Apesar de não haver significância em todas as categorias das variáveis escolaridade e nível sócio-econômico, tanto para homens quanto mulheres, há uma tendência em aumentar a participação em AF de lazer conforme aumenta a escolaridade e o nível sócio-econômico.

O estudo de Marcus et al. (1992) mostra que existe uma tendência dos trabalhadores mais velhos, com menor nível educacional e maior IMC estarem na fase antecedentes.

Kearney et al. (1999) ao avaliar os estágios de mudança de comportamento relacionado à AF na União européia e a influência dos fatores sócio-demográficos nessa população, entrevistaram 15.239 sujeitos. Além dos 5 estágios de prontidão, os autores incluíram em seu estudo um grupo que foi chamado de Grupo recaída, que são aqueles participantes que foram ativos fisicamente mas tiveram recaída recentemente (alguns meses atrás). Dos participantes, 42% foram classificados no estágio pré-contemplação e contemplação, 30% foi classificada no estágio de manutenção e 10% no grupo recaída. Assim como nossos resultados no trabalho de Kearney et al. (1999) os homens e indivíduos mais jovens com maior escolaridade estão no estágio de manutenção. Participantes obesos e com sobrepeso estão no estágio de pré-contemplação.

Trabalhadores do sexo masculino, trabalhadores em geral com maior escolaridade e maior nível sócio-econômico são mais participativos em AF de lazer. Como discutido anteriormente, esses resultados se devem aos seguintes fatores: dupla jornada de trabalho das mulheres, que é diminuída com o avançar da idade,

mais acesso a informações e mais acesso a locais e oportunidades para praticar AF de lazer.

Os dados relacionados a prevalência do nível de AF de lazer e da participação em AF de lazer são bem parecidos, sendo a prevalência de sedentarismo e fase antecedentes 74.5% e 66.9% respectivamente. Mesmo não sendo um dos objetivos do estudo vale destacar que o coeficiente kappa entre o nível de AF e participação em AF de lazer encontrado foi $K=0,6299$ – valor classificado como concordância substancial.

Para programar intervenções populacionais que sejam eficazes no campo da AF, é necessário conhecer não somente o nível atual de atividade física da população, mas também as barreiras e os fatores associados à prática de atividade física no ambiente estudado (DUMITH, 2008). Entender os estágios de prontidão para a mudança de comportamento relacionado à AF pode render informações importantes para a adoção, aderência ao exercício e prevenção da recaída em nível de saúde pública e individual (MARCUS, et al., 1992).

Para um indivíduo que está no estágio de pré-contemplação, por exemplo, não seria viável criar oportunidades para a prática de AF e esperar que ele se torne ativo sem que ele tenha intenção para isso. Nesse caso a melhor intervenção seria convencê-lo dos benefícios da AF e as desvantagens do estilo de vida sedentário. Visto que os indivíduos possuem características diferentes de acordo com o estágio em que se encontram, o modelo dos estágios de mudança de comportamento pode direcionar o planejamento e a implementação de intervenções para a prática de AF.

Intervenções designadas conforme os estágios de mudança de comportamento parecem ser mais efetivas e eficientes do que aquelas orientadas apenas à ação. Além disso, esse modelo pode muito bem ser utilizado por médicos e outros profissionais da saúde, na atenção primária, e em inquéritos epidemiológicos tendo em vista o fácil manuseio e baixo custo (DUMITH, et al., 2008).

Para a nossa amostra de trabalhadores, levando em consideração que a maior parcela está na fase antecedentes e não pretende iniciar a prática de AF, a melhor intervenção para aumentar o nível e a participação em AF de lazer desses trabalhadores é através da informação, que podem ser viabilizadas no próprio local de trabalho através de palestras, panfletos, etc.

6.3 Programas de AF na empresa

O local de trabalho tem sido reconhecido com um excelente local de intervenção para promoção da saúde dos trabalhadores, pois fornece uma boa oportunidade para atingir um grande número de adultos. O objetivo dos programas de promoção da saúde no local e trabalho é ajudar os trabalhadores manterem uma boa saúde e prevenirem doenças através da adoção de um estilo de vida mais saudável (YOUNG, 2006). Além disso, existe uma vantagem em se realizar intervenções, que segundo Young (2006) é a natureza social do ambiente de trabalho: os trabalhadores interagem entre si frequentemente, têm importantes relações sociais e fornecem suporte social uns aos outros, sugerindo que colegas de trabalho têm o potencial de influenciar o comportamento saudável uns dos outros.

Verificamos em nosso estudo que para poucos trabalhadores são oferecidos programas de intervenção através da AF pelo e no local de trabalho. Nas análises foram incluídos todos os trabalhadores, inclusive os que têm como local de trabalho a própria residência. Certamente nesse caso não tem como ser oferecido nenhum tipo de programa de AF. Como a porcentagem de trabalhadores nessa situação é baixa (13%), acreditamos que não tenha influenciado nas análises.

Para apenas 14,7% dos trabalhadores são oferecidos PGL, sendo que desses, 14,5% não realizam as aulas, 66,7% são obrigados a realizar as aulas e 18,8% participam de forma voluntária.

A oferta de PCF para essa população também é baixa. Dos 13,5% dos trabalhadores que são oferecidos PCF, 7,3% são oferecidos através de convênios e 6,2% são oferecidos em instalações no próprio local de trabalho.

Nos Estados Unidos, em 2000, a linha base dos locais de trabalho com 50 empregados ou mais que ofereciam AF era de 46%. E a meta para 2010 é que 75% dos locais de trabalho ofereçam AF (CDC, 2008).

Apesar do número baixo de oferta de AF pelo local de trabalho, algumas intervenções estiveram associadas ao nível de AF de lazer e à participação em AF de lazer (fase adoção). Para os homens os PCF através de convênios estão associados ($RR = 0.47$, $IC = 0.26 - 0.84$) ao sedentarismo.

Para os trabalhadores em geral a oferta de PFC através de convênios está associada ao sedentarismo ($RP = 0.65$, $IC = 0.47 - 0.89$) e os PCF oferecidos em

instalações no próprio local de trabalho (RP= 0.96, IC= 0.76 – 1.20) estão associados a fase antecedentes.

Ao analisar esses resultados podemos pensar que é coerente que o nível de AF dos trabalhadores estejam associados a oferta de PCF através de convênios e a participação em AF de lazer esteja associada a PCF no local de trabalho. Uma vez que a pessoa se prepara e se desloca até um local específico para realizar AF de lazer (clube ou academia por meio de convênio do local de trabalho) provavelmente “reservou” um tempo considerável para essa atividade e assim, atinge as recomendações preconizadas para serem classificados como ativos.

Já no segundo caso, a oferta de PCF em instalações no trabalho faz com que os trabalhadores sejam mais participativos no tempo de lazer (fase de adoção = praticar AF no lazer regularmente por pelo menos 10 minutos por semana). Realizar AF no próprio local de trabalho é mais conveniente para aquelas pessoas que alegam falta de tempo, mas esse fator ainda influencia o nível de AF de lazer, fazendo com que não atinjam as recomendações. Podemos pensar que os trabalhadores que já estão há 8 horas no local de trabalho e decidem usar as instalações oferecidas nesse local aumentam sua participação em AF de lazer, mas não se exercitam o tempo suficiente para serem considerados fisicamente ativos.

A GL não esteve associada com nível e participação em AF de lazer analisada para os diferentes sexos. Para a análise dos trabalhadores em geral os resultados não foram significativos, mas observando os valores de RP, a GL tende a ser fator de proteção tanto para o nível quanto para a participação em AF de lazer.

Uma limitação do estudo transversal, mais uma vez, é a questão da causa-efeito. Como não obtivemos dados do nível e participação em AF de lazer dos trabalhadores antes de serem ofertados os PCF, não sabemos se os trabalhadores são mais ativos por causa da oferta dos programas. De acordo com Heaney e Goetzl (1997) muito dos trabalhadores que aderem esses programas já são mais ativos no tempo livre.

Todavia, alguns estudos mostram que programas de promoção de AF viabilizados nos locais de trabalho têm uma importante influência no nível de AF dos trabalhadores (MARTINS, 2000; PROPER et al., 2003)

No trabalho realizado por Martins (2000), a implementação de um PPST para 26 funcionários da reitoria de Universidade Federal de Santa Catarina, composto por palestras mensais, dicas semanais e aulas de GL realizadas 3 vezes por semana

com duração de 15 minutos, aplicado durante quatro meses foi capaz de alterar o estilo de vida dos trabalhadores. Como resultado foi encontrado que 100% dos funcionários afirmaram que a GL ajudou a aumentar o bem-estar diário e melhorar o relacionamento interpessoal. Dos trabalhadores, 88,5% acredita que a GL alterou para melhor seu estilo de vida. Desses 88,5%, 34,6% afirmou que passou a se exercitar com mais frequência; 38,5% passou a realizar exercícios específicos de GL (quando não havia aula desta atividade); 61,5% passou a se alongar mais em casa, após exercícios físicos e/ou quando sentia dores musculares. Assim, sessões de GL combinadas com palestras mensais e dicas semanais são eficientes em aumentar a participação e o nível de AF dos trabalhadores.

Na revisão de literatura realizada por Dishman et al. (1998), os autores concluíram que os programas de AF no local de trabalho tem um pequeno e não significativo efeito sobre a AF. No entanto, na revisão de literatura realizada por Proper et al. (2003) foi demonstrada uma grande evidência do efeito positivo de programas de AF no local de trabalho no nível de AF de trabalhadores. De acordo com Proper et al. (2003) a diferença nas conclusões se deve no resultado dos diferentes métodos utilizados nas revisões. Por exemplo, no trabalho de Dishman et al. (1998) os estudos analisados incluíram programas com um regime de treinamento mais amplo e no trabalho de Proper et al. (2003) somente foram incluídos estudos com intervenções no local de trabalho com foco primário em estimular o nível de AF dos trabalhadores.

No estudo de Barros (1999) as principais barreiras para a prática de AF relatada por trabalhadores são: falta de tempo, falta de vontade, a falta de recursos, a falta de oportunidades e a dificuldade de acesso às instalações para prática de AF. Também foi constatado que um em cada quatro industriários prefere realizar AF sozinho. Cerca de 78% dos homens e 72% das mulheres preferem realizar AF de lazer na companhia de um parceiro ou amigo. Assim, a implementação de PPST nos locais de trabalho é uma excelente opção para minimizar as barreiras para a prática de AF.

Além de elevar o nível de AF a implementação de PPST trazem outros benefícios: diminuir absenteísmo (por motivo de doenças), diminuir gastos com a saúde, prevenir LER, aumentar a satisfação e disposição no ambiente de trabalho (OMS, 2000).

Vale destacar que o impacto da promoção da saúde na produtividade do trabalhador é provavelmente maior do que o impacto no custo dos cuidados médicos, atingindo, em alguns estudos, os valores que são três vezes maiores (Young, 2006).

As informações sobre os PCF e PGL que são oferecidos para nossa amostra de trabalhadores poderiam ter sido bem mais exploradas. Não obtivemos informações sobre a duração e frequência do programas, os locais de convênios, quais instalações oferecidas nos locais de trabalho (sala de ginástica, musculação, quadras) bem como não indagamos se os programas de AF oferecidos são do agrado do trabalhador. A falta de AF agradáveis pode ser uma grande barreira para prática de AF, possivelmente levando ao sedentarismo ou à baixa aderência aos programas em questão. É importante, antes da implementação de programas de AF na empresa, que seja concedida a opção ao trabalhador de informar qual AF gostaria de realizar na empresa ou no convênio.

A partir desses resultados espera-se que os locais de trabalho reconheçam a importância em oferecer oportunidades para a prática de AF para os trabalhadores e que isso seja feito por profissionais devidamente preparados. Uma das responsabilidades fundamentais do profissional de Educação Física é informar as pessoas acerca dos benefícios da prática de AF regular. Mas isso só funciona se essas informações foram relevantes ao grupo que se destina e se estiverem associadas a reais oportunidades para a prática de AF. Só assim podemos esperar mudanças na atitude e no comportamento das pessoas, levando-as a uma melhor condição geral de saúde e bem-estar.

7. CONCLUSÕES

7.1 Nível de Atividade Física de lazer:

O nível de AF de lazer nos trabalhadores está associado ao sexo. Para os homens, o nível sócio-econômico e para as mulheres, IMC e nível sócio-econômico foram as variáveis associadas ao nível de AF de lazer. As variáveis escolaridade e idade não foram associadas para ambos os sexos.

7.2 Nível de Atividade Física no trabalho

Não houve associação entre o nível de AF no trabalho com o nível de AF de lazer e a fase antecedentes dos estágios de prontidão. O nível de AF no trabalho é um importante contribuinte para o nível de AF total em trabalhadores.

7.3 Estágios de Prontidão

A fase antecedentes está associada ao sexo. Para os homens, a escolaridade e nível sócio-econômico e para as mulheres, a idade e nível sócio-econômico formam as variáveis associadas a fase antecedentes. Para ambos os sexos o IMC não esteve associado a fase antecedentes.

7.4 Programas de Atividade Física na empresa

Para uma pequena parcela de trabalhadores são oferecidos GL e PCF no local de trabalho ou através de convênios. Para os homens, o PCF oferecido através de convênio está associado ao nível de AF de lazer. E para os trabalhadores em geral, PCF em instalações no local de trabalho está associado aos estágios de

prontidão e PCF oferecidos através de convênios está associado ao nível de AF de lazer.

7.5 Conclusões gerais

As conclusões deste estudo levam a esclarecimentos quanto à prevalência de sedentarismo no lazer e a participação em AF de lazer em trabalhadores.

Apesar de alguns fatores não modificáveis estarem associados com o nível e a participação em AF de lazer nos trabalhadores, a oferta de PCF (convênios e instalações no local de trabalho) esteve associada como um fator de proteção. A oferta desses programas pode influenciar na prática de AF de lazer dos trabalhadores trazendo inúmeros benefícios para a saúde dos mesmos. O problema com relação a população estudada é que a maioria dos trabalhadores não tem a intenção de mudar seu comportamento frente a prática de AF.

Dessa forma, sugerimos a elaboração e implementação de Programas de Promoção da Saúde do trabalhador visando à informação e a oportunidade para prática de AF pelos trabalhadores.

8. BIBLIOGRAFIA

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em http://www.abep.org/codigosquias/ABEP_CCEB.pdf Acesso em abril de 2007.

ADDLEY, K.; McQUILLAN, P.; RUDDLE, M. Creating healthy workplaces in Northern Ireland: evaluation of a lifestyle and physical activity assessment programme. **Occupational Medicine**, v 51, p. 439 – 449, out, 2001.

ALVAREZ, B. R. O papel da Ginástica Laboral nos programas de promoção da saúde. In: Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, 3.; 2001, Florianópolis. **Anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis: UFSC, p. 17 – 18, 2001

BARROS, M.V.G. **Atividades físicas de lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores da indústria no estado de Santa Catarina**. 1999. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Educação Física), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

BARROS, M.V; NAHAS, M.V. Comportamento de risco, auto avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores de indústria. **Revista Saúde Pública**, v. 35, p.554-63, 2001.

BLAIR, S.N.C.H. Research lecture: physical activity, physical fitness and health, **RQES**, vol. 64, n. 4, p. 365-376, 1993.

CAÑETE, I. **Humanização: desafio da empresa moderna**. Porto Alegre: Foco Editorial, 1996.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise end physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 126-131, mar-abr, 1985.

Centers for Disease Control and Prevention. **Healthy people 2010: objectives for improving health. Physical activities and fitness**, 2008. Disponível em: <http://www.healthypeople.gov/document/html/volume2/22physical.htm> . Acesso em 10 de outubro de 2008.

CRAIG, C. L. et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reability and validity. **Medicine Science Sports and Exercise**, v. 35, n. 8, p.1381 – 1395, 2003.

DISHMAN, R. Worksite physical activity interventions. **American Journal of Preventive Medicine**, v.15, n. 4, p. 344-361, 1998.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

DUMAZEDIER, J. **Questionamento teórico do lazer**. Porto Alegre: PUCRS, 1975.

DUMITH, S.C. et al. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 10, n. 3, p.301-307, 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Noções Básicas de Cartografia**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/manual_nocoos/elementos_representacao.html. Acesso em 8 dez. 2005.

GOBBI, S.; VILLAR, R.; ZAGO, A.S. **Educação física no ensino superior: bases teórico-práticas do condicionamento físico**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

GUEDES, D.P. Atividade física, aptidão física e saúde. In: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Ministério da Saúde. **Orientações básicas sobre atividade física e saúde para usuários**. Brasília,1995.

GOMES, V.B.; et. al. Atividade física em uma amostra probabilística da população do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p.969-976, 2001

HALLAL, P.C. **Prevalência e determinantes para a prática de atividades físicas em adultos de Pelotas, RS**, 2002. Dissertação apresentada a Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, Pelotas-RS, 2002.

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; WELLS, J.C.K.; LIMA, R.C. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v.35, n.11, p.1894-1900, 2003.

HALLAL P.C., et. al. Comparison of short and full-length international physical activity questionnaires. **Journal of Physical Activity and Health**, v.1, n.3, p.227-234, 2004.

HASKELL, W. L. et al. Physical Activity and public health: update recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine Science Sports and Exercise**, v. 39, n.8, p.1423-1434, 2007.

HEANEY C.A, GOETZEL R.Z. A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. **Am J Health Promot**, 11:290-308, 1997.

INCA. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

JACOBSON, B.H.; ALDANA, S.G. Relationship between frequency of aerobic activity and illness-related absenteeism in a large employee sample. **Journal of Occupational Environmental Medicine**, New York, v. 43, n. 12, p. 1019-1025, dez, 2001.

KEARNEY, J.M. et al. Stages of change towards physical activity in a nationally representative sample in European Union. **Public Health Nutr**, v.2, n.1A, p. 115-124, 1999.

KUJALA, U.M. et al. Relationship of leisure-time physical activity and mortality: The Finnish Twin Cohort. **JAMA**, v. 279- n. 6, p. 440-444, 1998.

LAMONTE, M.J.; AINSWORTH, B.E. Quantifying energy expenditure and physical activity in the context of dose response. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 33, n. 6, p 370-378, 2001.

LESLIE, E. et al. Reliability of moderate-intensity and vigorous physical activity stage of change measures for young adults. **Prev Méd**, v. 37, n. 2, p. 177-181, 2003.

MARCELLINO, N.C. **Estudos do lazer**: uma introdução. Campinas: Autores Associados, 1996.

MARCUS, B.H. et al. The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. **Health Psychology**, v. 11, n.6, p.386-395, 1992.

MARTINS, C.O. **Programa de promoção da saúde do trabalhador**. Jundiaí: Fontoura, 2008.

MARTINS, C.O. **Efeitos da ginástica laboral em servidores da reitoria da UFSC**. 2000. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MARTINS, C.O.; DUARTE, M. F. S. Efeitos da ginástica laboral em servidores da reitoria da UFSC. **Rev Bras Ciên Mov.**, v. 6, n.4, p. 07-13, 2000.

MATSUDO, S.M.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.R.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.C.; BRAGGION, G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Brasi Ativ Física e Saúde**, v.6, n.2, p.5-18, 2001.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R.; ARAÚJO, T. et al. 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. **Rev Bras Ciên Mov.**, v.10, n.4, p.41-50, 2002.

MELZER, K. et al. Physical activity: the health benefits outweigh the risks. **Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care**, v. 7, n. 6 , p. 641-647, 2004.

MORRIS, J.N. et al. Coronary heart-disease and physical activity of work. **Lancet**, n. 2, p. 1111-1120, 1953.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.

NUNES, J.O.M; BARROS, J.F. Fatores de risco associado a prevalência de sedentarismo em trabalhadores da indústria e da universidade de Brasília. **EFDeports**, ano 10, n. 69, fev, 2004.

OLDRIGE, N.B. et al. Predictors of dropout from cardiac rehabilitation. Ontario Exercise Health Collaborative Study. **Am J Cardiol**, vol 51, p. 70-74, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Regional Office for the Western Pacific. **Regional guidelines for the development of healthy workplaces**. 1999

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – European Centre for Environment and Health. **Guidelines on improving the physical fitness of employees**. Bilthoven, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Sedentary lifestyle: a global public health problem**. Disponível em http://www.who.int/moveforhealth/advocacy/information_sheets/sedentary/en/index.html> Acesso em: 12 mar. 2006.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura. *Revista Paul. Educ. Fís*, v.14, n.1, p.97-106, jan-jun, 2000.

PATE, R.R. et al. Physical Activity and public health. A recommendation from the CDC and ACMS. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.

PAPINI, C.B. **Estágios de prontidão para atividade física e qualidade de vida em trabalhadores**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física), Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2006.

PIRES, W.R. **Qualidade de vida**. 2. ed. Campinas: Cartgraf, 1996.

PITANGA, F.J.G; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.870 – 877, mai-jun, 2005.

POINDEXTER, S. et al. Dieta e doenças crônica. AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE. **Manual de pesquisa das diretrizes do American College of Sports Medicine para os testes de esforço e sua prescrição**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 36-41.

POLITO, E.; BERGAMASCHI, E.C. **Ginástica laboral: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.

PRATT, M. MUNSHI.O. A descriptive epidemiology of leisure time physical activity in eight new york state communities. **Med. Sci. Sports Exerc.** (Supp), vol. 23, nº 4, S105, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO. **Estatísticas de Rio Claro: conheça sua cidade, seu povo e suas riquezas**. Disponível no site: <http://200.161.40.42:444/estatisticas.asp> . Acesso em 05 de fevereiro de 2009.

PROCHASKA J.O; DiCLEMENTE C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 51, 390-395, 1983.

PROPER, K.I.; HILDEBRANDT, V.H. Physical activity among Dutch workers differences between occupations. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 43, n. 43, p. 42-45, jul, 2006.

PROPER, K.I. et al. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. **Clinical Journal of Sport Medicine**, v. 13, p.106-117, 2003.

REICHERT, F.F. et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure- time physical activity. **American Journal of Public Health**, vol 97, n. 3, pg. 515-519, mar, 2007.

SALLES-COSTA et al. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.4, p. 1095-1105, jul-ago, 2003.

SALMOM, B.A. et al. Leisure-time, occupational, and household physical activity among professional, skilled and less-skilled workers and homemakers. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 30, p. 191-199, março, 2000.

SÁVIO, K.E.O. et al. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.3, p.457-563, 2008.

SCHWARTZ, G.M. O conteúdo virtual do lazer: contemporizando Dumazedier. **Licere**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 23-31, 2003.

SHEPHARD, R. J. Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. **J Sports Med**, v. 37, p. 197-206, 2003.

SILVA, J.C. **Atividade física diária e indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física), Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2005.

TAYLOR, C.B.; MILLER, N.H. Princípios da mudança do comportamento relacionado à saúde. In: AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE. **Manual de pesquisa das diretrizes do American College of Sports Medicine para os testes de esforço e sua prescrição**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 556-561.

THUNE, I. et al. Physical activity and the risk of breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 336, n. 18, p.1269-1275, 1997.

US Department of Health and Human Services. 2008 physical activity guidelines for americans. **At-a-glance: a fact sheet for professionals**. Disponível em <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf> . Acesso em 19 de fevereiro de 2009.

VANHEES, L.; LEFEVRE, J.; PHILIPPAERTS, R.; MARTENS, M.; HUYGENS, W.; TROOSTERS, T.; BEUNEM G. How to assess physical activity? how to assess physical fitness? **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, v. 12, n. 2, p. 102 – 114, fev, 2005.

VALANOU, E. M.; BAMIA, C.; TRICHOPOULOU, A. Methodology of physical-activity and energy-expenditure assessment: a review. **J. Public Health**, v. 14, p.58 -65, 2006.

VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2006. Ministério da Saúde: 2007.

YOUNG, J.M. Promoting health at the workplace: challenges of prevention, productivity, and program implementation. **NC Med Journal**. Vol. 67, n. 6, nov-dez, 2006.

9. ANEXOS

9.1 Carta de apresentação

Ao Senhor (a)

Morador no Município de Rio Claro

Rio Claro, 01 de Outubro de 2007

Prezado senhor (a),

O Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde (NAFES) e o Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento (LAFE), respectivamente sob coordenação do Prof. Dr. Eduardo Kokubun e do Prof. Dr. Sebastião Gobbi, ambos da **UNESP – Rio Claro** estarão iniciando no dia 01 de outubro uma pesquisa no município de Rio Claro que pretende analisar a saúde, qualidade de vida e atividade física. Sua residência, após, um levantamento realizado na cidade foi sorteada juntamente com outros 1000 domicílios, para participar da pesquisa. Portanto, pedimos que o senhor (a) receba nosso entrevistador que deve estar devidamente uniformizado, com camiseta e crachá, o qual realizará uma série de perguntas referentes à atividade física, qualidade de vida dentre outras.

Qualquer dúvida, ou caso deseje obter informações mais detalhadas a respeito da pesquisa, favor entrar em contato pelo telefone (19)3526-4123.

EDUARDO KOKUBUN

Coordenador NAFES – UNESP – Rio Claro
Rio Claro

SEBASTIÃO GOBBI

Coordenador LAFE - UNESP –

9.2 Carta ao morador

Prezado Morador

A UNESP de Rio Claro, através do Departamento de Educação Física, em conjunto com a Fundação Municipal de Saúde e o Ministério de Saúde estão realizando uma pesquisa sobre a saúde dos moradores de Rio Claro.

Sua residência foi escolhida para colaborar nesse trabalho e nosso entrevistador visitou sua casa, no entanto não encontrou nenhuma pessoa. No prazo máximo de uma semana estaremos retornando ou realizando contato por ligação telefônica. Contamos com sua compreensão e apoio.

Desde já agradecemos sua atenção e colaboração e deixamos nosso telefone a sua disposição para possíveis dúvidas – NAFES 35264143.

Atenciosamente

Prof. Dr. Eduardo Kokubun

9.3 Ficha de Controle

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - “Júlio de Mesquita Filho”- Campus de Rio Claro



Instituto de Biociências - Departamento de Educação Física

“Prevalência e fatores associados à inatividade física em adultos



do Município de Rio Claro – SP”

LAFE – Laboratórios de Atividade Física e Envelhecimento

NAFES – Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde

ENDEREÇO

Setor: _ _ _

Nº domicílio: _ _

End: _____ nº _____

Tipo de moradia: () casa () apartamento () chácara () outros

Questionário domiciliar preenchido? () sim

Nº de famílias: 1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Nº da família sorteada: _____

RELAÇÃO DOS MORADORES DOS DOMICÍLIOS

Nome dos moradores com 20 anos ou mais	Idade	Gênero	Quest. Individual preenchido
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			

CONTROLE DAS VISITAS

Visita	Data	Hora	Nº entrevistado	Resultado da visita	Observações
1	/				
2	/				
3	/				
4	/				
5	/				

AGENDAMENTO DAS VISITAS

Nome dos moradores	Horário e dia disponível
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	

9.4 Termo de Consentimento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196-96)

Convidamos o senhor (a), como morador do Município de Rio Claro, a participar de uma pesquisa intitulada: **“Prevalência e fatores associados à inatividade física no município de Rio Claro - SP”** que tem como sub-projetos: *“Nível de atividade física e principais barreiras percebidas por indivíduos adultos: um levantamento no município de Rio Claro”* e *“Associações entre atividade ocupacional e atividade física em indivíduos adultos do município de Rio Claro”*. O objetivo principal é realizar um levantamento da linha base sobre o nível de atividade física da população adulta do município de Rio Claro – SP. O projeto principal é de responsabilidade de Eduardo Kokubun, professor adjunto da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus Rio Claro, situada à Avenida 24-A, 1515 – Bela Vista, CEP: 13506-900, telefone (19)3526-4307. Os sub-projetos são de responsabilidade de Êmerson Sebastião e Camila Bosquiero Papini, ambos alunos da pós-graduação da UNESP. Sua residência foi sorteada para participar desse estudo. Todas as pessoas residentes nesse domicílio com mais de 20 anos de idade também serão convidados a participar.

A sua participação é de grande importância, pois, através das informações colhidas poderemos avaliar alguns fatores associados à saúde da população rioclarense, e a partir desses resultados poderemos avaliar as melhores estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população. Caso o senhor (a) aceite participar desse estudo como voluntário (a) será solicitado a responder um questionário sobre informações detalhadas sobre sua idade, estado civil, renda, escolaridade, doenças, uso de medicamentos, prática de atividade física, qualidade de vida, barreiras para prática de atividade física, dentre outras. Esse questionário será aplicado por um entrevistador em sua própria residência. Esse entrevistador recebeu treinamento para entrevistá-lo e é capaz de responder suas dúvidas. A participação é voluntária e a eventual recusa em participar, seja ela em qualquer momento da pesquisa não lhe provocará nenhum dano ou punição.

As informações coletadas por meio do questionário serão confidencialmente estudadas e serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Após as explicações e leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se alguma dúvida persistir ou se o senhor (a) julgar necessárias informações adicionais sobre qualquer aspecto deste projeto de pesquisa sinta-se à vontade para perguntar ao entrevistador ou entre em contato com os pesquisadores acima citados.

Dados do participante da pesquisa:

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M () / F () Telefone: () _____

Endereço: _____

Após ter sido informado sobre o estudo acima descrito e ter esclarecido minhas dúvidas a respeito, declaro que concordo em **participar destas pesquisas e também que recebi cópia do presente termo.**

Assinatura do participante_____
Assinatura do pesquisador

9.5 Questionário individual

SETOR: _ _ _

Nº DOMICÍLIO: _ _

End: _____ nº _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

*“Júlio de Mesquita Filho”- Campus de Rio Claro**Instituto de Biociências**Departamento de Educação Física****Questionário Individual*****“PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM
ADULTOS DO MUNICÍPIO DE RIO CLARO-SP”****Equipe executora***LAFE- Laboratório de Atividade
Física e Envelhecimento**NAFES - Núcleo de Atividade
Física, Esporte e Saúde***Rio Claro
2007**

BLOCO A

- **QUESTIONÁRIO DOMICILIAR/ IDENTIFICAÇÃO**
- **QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DE SAÚDE-
QUALIDADE DE VIDA**
- **QUESTIONÁRIO SOBRE DOENÇAS**
- **QUESTIONÁRIO SOBRE MEDICAMENTOS**

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR/ IDENTIFICAÇÃO

Número do setor: _____

Número do domicílio: _____

Número da pessoa no domicílio: _____

Data da coleta: ____/____/____

Horário de início da entrevista: ____:____

Nº do entrevistador: ____

Gênero: (0)F (1)M (observado)

A1) Qual seu nome? _____

A2) Qual sua data de nascimento? ____/____/____

A3) Qual sua idade? _____ anos

A4) Qual seu peso? _____ kg

A5) Qual sua estatura? _____ cm

A6) Qual seu estado civil?

(0) solteiro (a) (1) casado (a) (2) viúvo (a) (3) divorciado (a) (4) demasiado (a)

A7) A casa do (a) Sr. (a) possui telefone fixo?

(0) Não Sim Qual o número? _____

A8) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o (a) Sr. (a)?

(0) Não Sim Quais números? _____/_____

A9) O (a) Sr. (a) trabalha de forma remunerada:

(0) Não- Vá para a questão A15

Sim -(1) Autônomo ou profissional liberal

(2) Bicos sem registro ou contrato de trabalho

(3) Proprietário do negócio

(4) Empregado – Carteira assinada ou contrato de trabalho

(9) BRC

A10) Qual é o seu local de trabalho?

(01) escritório (02) indústria (03) clínica (04) residência (05) comércio

(06) hospital (07) escola (08) oficina (10) clube (11) academia (88) NSA (99) BRC

A11) Durante o seu trabalho é oferecida a Ginástica Laboral ?

(0) Não – **Vá para a questão A14** (1) Sim (8) NSA (9) BRC

A12) O (a) Sr. (a) realiza Ginástica Laboral?

(0) Não Sim – (1) obrigatório (2) voluntário (8) NSA (9) BRC

A13) A sua empresa oferece alguma oportunidade para a prática de atividade física fora do horário do trabalho?

(0) Não Sim (1) Convênio fora do local do trabalho (2) Instalações próprias (8) NSA

(9) BRC

A14) Quantas horas Sr. (a) trabalha por semana: _____h (88) NSA

(99) BRC

A15) Qual foi o seu último ano de estudo?

(1) Nenhum ou primário incompleto

(2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (1º grau) incompleto

(3) Ginásial (1º grau) completo ou colegial (2º grau) incompleto

(4) Colegial (2º grau) completo ou superior incompleto

(5) Superior completo

(9) BRC

A16) O (a) Sr. (a) fuma ou já fumou cigarro, charuto ou cachimbo?

(0) Não, nunca fumou – **Vá para a questão A19**

(1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)

(2) Já fumou, mas parou de fumar.

(9) BRC

A17) Há quanto tempo Sr. (a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

_____anos _____meses (88/88)NSA (99/99) BRC

A18) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma ou fumava por dia?

_____ cigarros (88) NSA (99) BRC

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DE SAÚDE/QUALIDADE DE VIDA

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE E SENTIMENTOS

Marcar apenas **um número para cada pergunta ou um número para cada linha.**

A19) Em geral como Sr. (a) diria que a sua saúde é:

- (1) Excelente
- (2) Muito boa
- (3) Boa
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (9) BRC

A20) Comparada há um ano atrás, como Sr. (a) classificaria a sua saúde em geral agora:

- (1) Muito melhor agora do que há um ano atrás
- (2) Um pouco melhor agora do que há um ano atrás
- (3) Quase a mesma de um ano atrás
- (4) Um pouco pior do que há um ano atrás
- (5) Muito pior do que há um ano atrás
- (9) BRC

Instruções: Agora farei perguntas sobre atividades que Sr. (a) poderia fazer atualmente durante um dia comum.

A21) Devido à sua saúde, Sr. (a) tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

-Atividades vigorosas, que exigem muito esforço tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esporte árduos:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
- (3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

-Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
- (3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

- Levantar ou carregar mantimentos:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
- (3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

- Subir *vários lances de escada*:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
(3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

- Subir um lance de escada:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
(3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

- Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
(3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

- Andar mais de 1 quilômetro:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
(3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

- Andar vários quarteirões:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
(3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

- Andar um quarteirão:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
(3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

- Tomar banho ou vestir-se:

- (1) Sim. Dificulta muito (2) Sim. Dificulta um pouco
(3) Não. Não dificulta de modo algum (9) BRC

A22) Durante as últimas 4 semanas, Sr. (a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua SAÚDE FÍSICA?

- Sr. (a) diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? (0) Não (1) Sim (9) BRC

- Sr. (a) realizou menos tarefas do que Sr. (a) gostaria?

(0) Não (1) Sim (9) BRC

- Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? (0) Não (1) Sim (9) BRC

- Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex; necessitou de um esforço extra?)

(0) Não (1) Sim (9) BRC

A23) Durante as últimas 4 semanas, Sr. (a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, causado por algum PROBLEMA EMOCIONAL (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

- Sr. (a) diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? (0) Não (1) Sim (9) BRC

- Sr. (a) realizou menos tarefas do que Sr. (a) gostaria?

(0) Não (1) Sim (9) BRC

- Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. (0) Não (1) Sim (9) BRC

A24) Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais atrapalharam nas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(1) De forma nenhuma

(2) Ligeiramente

(3) Moderadamente

(4) Bastante

(5) Extremamente

(9) BRC

A25) Quanta dor no corpo Sr. (a) teve durante as 4 últimas semanas?

(1) Nenhum

(2) Muito leve

(3) Leve

(4) Moderada

(5) Grave

(6) Muito grave

(9) BRC

A26) Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(1) De maneira alguma

(2) Um pouco

(3) Moderadamente

(4) Bastante

(5) Extremamente

(9) BRC

Instrução: Agora farei perguntas sobre como o Sr. (a) tem se sentido e como tudo tem acontecido com Sr. (a) durante as últimas 4 semanas.

A27) Para cada pergunta, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como Sr. (a) se sente em relação às últimas 4 semanas.

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido uma pessoa muito nervosa?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido tão deprimido (a) que nada pode animá-lo (a)?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido calmo (a) ou tranqüilo (a)?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido com muita energia?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido desanimado (a) e abatido (a)?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido cansado (a)?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido esgotado (a)?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

- Quanto tempo Sr. (a) tem se sentido uma pessoa feliz?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo (4) Alguma

parte do tempo (5) Uma pequena parte do tempo (6) Nunca (9) BRC

A28) Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.).

- (1) Todo o tempo
- (2) A maior parte do tempo
- (3) Alguma parte do tempo
- (4) Uma pequena parte do tempo
- (5) Nenhuma parte do tempo
- (9) BRC

A29) O quanto VERDADEIRO OU FALSA é cada uma das afirmações para Sr. (a)?

- Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas

- (1) Definitivamente verdadeiro (2) A maioria das vezes verdadeiro
- (3) Não sei (4) A maioria das vezes falsa (5) Definitivamente falsa
- (9) BRC

- Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço

- (1) Definitivamente verdadeiro (2) A maioria das vezes verdadeiro
- (3) Não sei (4) A maioria das vezes falsa (5) Definitivamente falsa
- (9) BRC

- Eu acho que a minha saúde vai piorar

- (1) Definitivamente verdadeiro (2) A maioria das vezes verdadeiro
- (3) Não sei (4) A maioria das vezes falsa (5) Definitivamente falsa
- (9) BRC

- Minha saúde é excelente

- (1) Definitivamente verdadeiro (2) A maioria das vezes verdadeiro
- (3) Não sei (4) A maioria das vezes falsa (5) Definitivamente falsa
- (9) BRC

QUESTIONÁRIO SOBRE DOENÇAS

BLOCO B

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • QUESTIONÁRIO SOBRE ESTÁGIOS DE PRONTIDÃO • QUESTIONÁRIO SOBRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA • QUESTIONÁRIO SOBRE BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA • QUESTIONÁRIO SOBRE CONSUMO DE OXIGÊNIO SEM EXERCÍCIO • QUESTIONÁRIO PROFISSIONAL EF- CREF |
|--|

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTÁGIOS DE PRONTIDÃO

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE

ATIVIDADE FÍSICA

B1) Sr. (a) realiza atividade física regularmente no TEMPO LIVRE (excluir atividades domésticas, atividades realizados no trabalho e transporte) por pelo menos 10 minutos contínuos por semana?

(0) Não - ler as alternativas **3, 4 e 5**

(1) Sim - ler as alternativas **1 e 2**

(9) BRC

(1) Sim, você tem feito por mais de 6 meses

(2) Sim, você tem feito por menos de 6 meses

(3) Não, mas você pretende começar nos próximos 30 dias

(4) Não, mas você pretende começar nos próximos 6 meses

(5) Não, e não pretende nos próximos 6 meses

(9) BRC

QUESTIONÁRIO SOBRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA NO SEU DIA A DIA

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em **1 semana normal/usual ou habitual.**

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **vigorosas** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais rápido que o normal
- Atividades físicas **moderadas** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais rápido que o normal

EM TODAS AS PERGUNTAS, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS **10 MINUTOS CONTÍNUOS**

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ QUANDO ESTÁ “**TRABALHANDO**”.

B2) Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

(0) Não- vá para questão B9 (1) Sim (9) BRC

B3) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos no seu trabalho? Por ex.: trabalhar em obras, levantar e carregar objetos pesados, trabalhar com enxada, etc.

(0) Nenhum – vá para a questão B5 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias
(8) NSA (9) BRC

B4) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz estas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \underline{\quad}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

B5) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) caminha no seu trabalho por pelo menos 10 minutos contínuos?

(0) Nenhum – vá para a questão B7 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias
(8) NSA (9) BRC

B6) Nos dias em que o(a) Sr(a) caminha, quanto tempo no total duram essas caminhadas por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \underline{\quad}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

B7) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz outras atividades físicas de intensidade MODERADA por pelo menos 10 minutos contínuos fora as caminhadas no seu trabalho? Por ex.: carregar objetos leves, varrer, aspirar, etc.

(0) Nenhum – vá para a instrução acima da pergunta B9

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (8) NSA (9) BRC

B8) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz estas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \frac{\quad}{\quad}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ QUANDO ESTÁ NO “QUINTAL DA SUA CASA, CHACARA, TERRENO”, COMO TRABALHAR NO JARDIM OU VARRER O QUINTAL.

B9) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos no quintal, na chácara ou jardim da sua casa? Por ex.: carregar objetos pesados, capinar, cortar lenha, cavar, lavar e esfregar o chão ou o carro.

(0) Nenhum – vá para a questão B11 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(9) BRC

B10) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \frac{\quad}{\quad}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

B11) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos no quintal ou jardim da sua casa? Por exemplo: levantar e carregar pequenos objetos, limpar vidros, varrer, lavar.

(0) Nenhum – vá para a instrução acima da pergunta B13

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B12) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \frac{\quad}{\quad}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS TAREFAS QUE FAZ “DENTRO DE CASA”, POR EXEMPLO: LEVANTAR E CARREGAR PEQUENOS OBJETOS, LIMPAR VIDROS, VARRER.

B13) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos dentro da sua casa?

(0) Nenhum – vá para a instrução acima pergunta B15

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B14) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \quad$ minutos por semana (88888) NSA

(99999) BRC

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU “TEMPO LIVRE”, POR ESPORTE, LAZER OU EXERCÍCIO FÍSICO.

B15) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz caminhadas por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

(0) Nenhum – vá para a questão B17 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(9) BRC

B16) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \quad$ minutos por semana (88888) NSA

(99999) BRC

B17) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos.

(0) Nenhum – vá para a questão B19 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(9) BRC

B18) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \quad$ minutos por semana (88888) NSA

(99999) BRC

B19) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão.

(0) Nenhum – vá para a instrução acima da pergunta B21

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B20) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas

duram por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \underline{\hspace{2cm}}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE COMO **SE DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO**. PODE SER PARA IR E VOLTAR DO TRABALHO, FACULDADE OU QUANDO O(A) SR.(A) VAI FAZER COMPRAS.

B21) Quantos dias por semana o (a) Sr. (a) andou de carro, moto, carroça ou ônibus?

(0) Nenhum- **vá para a questão B23** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias
(9) BRC

B22) Quanto tempo no total Sr. (a) usualmente gasta por DIA utilizando este(s) meio(s) de transporte?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \underline{\hspace{2cm}}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

B23) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro?

(0) Nenhum – **vá para a questão B25** (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias
(9) BRC

B24) Se usa bicicleta nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) pedala por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \underline{\hspace{2cm}}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

B25) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) caminha para ir de um lugar a outro?

(0) Nenhum – **vá para a instrução acima da pergunta B27**
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B26) SE CAMINHA: Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) caminha por dia?

$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{2} + \frac{\quad}{3} + \frac{\quad}{4} + \frac{\quad}{5} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{7} = \underline{\hspace{2cm}}$ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE **QUANTO TEMPO PERMANECE SENTADO DURANTE TODO O DIA DE UM DIA TÍPICO, HABITUAL E NORMAL**. ISSO INCLUI O TEMPO SENTANDO ESTUDANDO, ENQUANTO DESCANSA, FAZENDO LIÇÕES DE CASA, VISITANDO UM AMIGO, LENDO, ASSISTINDO TV, DEITADO (ASSISTINDO TV) E COCHILANDO. **NÃO INCLUA O**

TEMPO GASTO SENTADO DURANTE A UTILIZAÇÃO DE UM MEIO DE TRANSPORTE DE UM LUGAR AO OUTRO.

B27) Quanto tempo no total Sr. (a) gasta sentado durante um dia de semana?

_____ minutos (999) BRC

B28) Quanto tempo no total Sr. (a) gasta sentado durante um dia de final de semana?

_____ minutos (999) BRC

**1. QUESTIONÁRIO SOBRE PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA
BARREIRAS PARA A**

Instruções: Este questionário é sobre os motivos que atrapalham, dificultem ou impedem o(a) senhor(a) de praticar atividades físicas.

B29) O (a) Sr. (a) tem tempo livre suficiente para fazer atividade física?

(0) (0) Não (1) Sim (9) BRC

B30) O (a) Sr. (a) acredita que realiza atividade física suficiente para melhorar a sua saúde? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B31) O (a) Sr. (a) acredita que a falta de companhia dificulta sua prática de atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B32) O (a) Sr. (a) acredita que a falta de dinheiro dificulta a sua prática de atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B33) O (a) Sr. (a) acredita ser velho (a) demais para fazer atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B34) O (a) Sr. (a) possui alguma doença, lesão ou incapacidade física que dificulte ou não permite realizar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B35) A saúde do (a) Sr. (a) é muito ruim para praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B36) O (a) Sr. (a) é muito tímido (a) ou encabulado (a) para praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B37) O (a) Sr. (a) teve alguma experiência desagradável que atrapalhe a realização de atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B38) O (a) Sr. (a) acredita que existem instalações adequadas para praticar atividade física próxima a sua casa? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B39) O (a) Sr. (a) pensa que precisa descansar e relaxar no seu tempo livre ao invés de praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B40) O (a) Sr. (a) se sente muito preguiçoso (a) ou desmotivado (a) para praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B41) O (a) Sr. (a) tem medo de se machucar, cair ou prejudicar a sua saúde a ponto de não praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B42) O (a) Sr. (a) gosta de praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B43) O (a) Sr. (a) acredita que a falta de roupas ou equipamentos adequados

impedem, atrapalhem ou dificultem para realizar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B44) O (a) Sr. (a) pensa que desistiria logo da prática de atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B45) O (a) Sr. (a) sente que está muito gordo ou muito magro (a) para praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B46) O (a) Sr. (a) sente que faltam energias para praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B47) O (a) Sr. (a) acredita que a atividade física faça bem? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B48) O (a) Sr. (a) sente falta de segurança no ambiente (violência) para praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B49) O (a) Sr. (a) acha o clima desfavorável (chuva, frio, calor) para praticar atividade física? (0) Não (1) Sim (9) BRC

B50) O (a) Sr. (a) tem incontinência urinária? (0) Não (1) Sim (9) BRC

QUESTIONÁRIO SOBRE CONSUMO DE OXIGÊNIO SEM EXERCÍCIO

Instrução: Use apenas um número que melhor descreva o nível de atividade no **último mês**.

B51) O (a) Sr. (a) participou no último mês de esportes recreacionais programados ou realizou atividades físicas, como por exemplo, ginástica, andar de bicicleta, natação, esportes.

(0) Não - ler as alternativas 2 e 3 e vá para a pergunta B55 e vá para pergunta B55

(1) Sim – Vá para a pergunta B52

(2) Evita caminhadas ou esforço, sempre utiliza elevador e escada rolante, dirige sempre que possível ao invés de caminhar.

(3) Caminha por prazer, utiliza sempre escadas, de vez em quando realiza exercícios suficientes para causar transpiração e aumentar a respiração.

(9) BRC

B52) O (a) Sr. (a) realiza atividade física em qual intensidade?

- De intensidade **VIGOROSA**. São atividades físicas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais rápido que o normal
- De intensidade **MODERADA**. São atividades físicas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais rápido que o normal

(1) Moderada- Vá para a pergunta **B53**

(2) Vigorosa – Vá para a pergunta **B54**

(8)NSA

(9) BRC

B53) O (a) Sr. (a) participou no último mês de atividades recreativas ou realizou trabalhos que requerem esforço físico MODERADO no último mês, como jardinagem, caminhada, andar a cavalo, ginástica, tênis de mesa, boliche, levantamento de peso, andar de bicicleta:

(0) 10 a 60 minutos por semana

(1) mais de uma hora de atividade por semana

(8) NSA

(9) BRC

B54)O (a) Sr. (a) participou no último mês de exercícios físicos (p.e corrida ou trote, natação, ciclismo, pular cordas) ou atividades esportivas de intensidade VIGOROSA (p.e: jogar tênis, basquetebol, futebol ou handebol)?

(0) correu menos de 1600 m **por semana** (aproximadamente 20 quarteirões) ou acumulou pelo menos 30 minutos **por semana** de atividades físicas semelhantes.

(1) correu 1600 m a 8000 m **por semana** (aproximadamente 20 a 100 quarteirões) ou acumulou pelo menos 30 a 60 minutos **por semana** de atividades físicas semelhantes.

(2) correu de 8 a 16 km **por semana** (aproximadamente 100 a 200 quarteirões) ou acumulou pelo menos 1 a 3 horas **por semana** de atividades físicas semelhantes.

(3) correu 16 km ou mais **por semana** (aproximadamente 200 quarteirões) acumulou pelo menos 3 a 6 horas **por semana** de atividades físicas comparáveis.

(8)NSA

(9) BRC

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

B60 - Qual foi a cidade que o (a) Sr. (a) nasceu?

B61 - Quanto tempo o (a) Sr. (a) mora em Rio Claro?

B62-Qual é o local que o (a) Sr. (a) realiza ou realizaria a atividade física?

Instrução: Pedir para o entrevistado passar o maior número de informações sobre o local (endereço, nome do estabelecimento e o bairro).

Endereço: _____ (888888) NSA (9999) BRC

Nome do local: _____ (888888) NSA (9999) BRC

Bairro: _____ (888888) NSA (9999) BRC

B63- Qual o meio de transporte que o (a) Sr. (a) utiliza ou utilizaria para ir ao local da prática de Atividade Física?

(0) carro (1) bicicleta (2) moto (3) a pé (4) ônibus (8) NSA (9) BRC

B64- Quanto tempo o (a) Sr. (a) demora para chegar ao local da prática de Atividade Física utilizando o meio de transporte citado na pergunta B63?

_____ min

B65- O que o (a) Sr. (a) realiza no seu tempo livre pelo menos uma vez por mês?

Instrução: Tempo Livre- opção de escolher o que faz, fora do seu horário de trabalho, fora do trabalho doméstico e fora das suas obrigações familiares.

Atividade física: - esporte, caminhada, ginástica, corridas, etc;

Atividades manuais: tricô, lavar carro, crochê, artesanato;

Atividades artísticas: teatro, música, pintura, cinema, fotografia;

Atividades sociais: festas, encontro com amigos;

Atividades turísticas: viagem, passeios, excursões.

a) atividades físicas - (0) não (1) sim (9) BRC

b) atividades manuais - (0) não (1) sim (9) BRC

c) atividades artísticas - (0) não (1) sim (9) BRC

d) atividades intelectuais- (0) não (1) sim (9) BRC

e) atividades sócias- (0) não (1) sim (9) BRC

f) atividades turísticas- (0) não (1) sim (9) BRC

B66- Qual atividade física o (a) Sr. (a) realiza ou gostaria de realizar?

(00) caminhada (01) corrida (02) musculação (03) ginástica (04) hidroginástica (05) futebol (06) vôlei (07) basquete (08) natação (09) outros _____ (99) BRC

B67- Como o (a) Sr. (a) avalia o atendimento do SUS?

(0) péssimo (1) ruim (2) regular (3) bom (4) excelente (8) NSA (9) BRC

B68 - Quando o (a) Sr.(a) come frango, o que normalmente faz com a pele:

(0) sempre retira a pele antes de comer (1) na maioria das vezes retira (2) algumas vezes retira (3) quase nunca retira (4) nunca retira (5) já vem preparado sem a pele (6) não come frango (9) BRC

B69 - Quando o (a) Sr. (a) come carne vermelha, o que geralmente faz com a gordura visível:

(0) sempre retira (1) na maioria das vezes retira (2) algumas vezes retira (3) quase nunca retira (4) nunca retira (5) não come carne que tenha muita gordura (6) não come carne nunca (9) BRC

B70-Sem contar as saladas, com que frequência o (a) Sr. (a) costuma colocar sal no prato de comida?

(0) nunca coloco sal no prato de comida (1) provo e coloco se estiver sem sal (2) coloco quase sempre mesmo sem provar

B71-Qual desses produtos o (a) Sr. (a) passa com maior frequência em

pães, torradas, bolachas etc?

Instrução: Assinale apenas uma alternativa

(0) manteiga (1) margarina ou creme vegetal (2) azeite de oliva (3) maionese (4) requeijão (5) Outro produto _____ especifique (6) não passo nada (7) vario no tipo de gordura que uso (8) não sabe (9) BRC

B72 - Quando o (a) Sr. (a) toma leite, que tipo de leite o (a) Sr. (a) usa com mais frequência?

(0) leite de vaca integral (1) leite de vaca semi desnatado (2) leite de vaca desnatado (3) leite de cabra (4) leite de soja (5) não bebo leite (6) outro _____ especificar (7) vario no tipo de leite que bebo (8) não sabe (9) BRC

B73 - Agora vou ler uma lista de frutas, verduras e legumes. Por favor, pense na sua alimentação no último ano e me diga, com que frequência o (a) Sr. (a) come ou bebe estes alimentos. Lembre-se de todas as refeições –café da manhã, almoço, janta e lanches, que o (a) Sr (a) faz dentro e fora da sua casa.

Instrução: Escreva o número de vezes que a pessoa come ou bebe o alimento e assinale a frequência-dia, semana ou mês. Caso ela coma menos do que 1 vez por mês assinale raramente/nunca.

Com que frequência o (a) Sr (a) come:

a) frutas e sucos de frutas preparados a partir da fruta, polpa ou concentrado (não considere os refrescos e refrigerantes)

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

b) batata (sem fritar), batata doce, batata-baroa, aipim, cará, inhame.

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

c) outros legumes (sem incluir batata) abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura, quiabo, vagem, etc.

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

d) hortaliças- agrião, alface, brócolis, chicória, couve, couve-flor, espinafre, repolho, etc.

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

e) feijões (preto, mulatinho, fradinho, roxo, etc), lentilha, ervilha seca ou grão de pico.

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

Entrevistador: _____

Horário de término da entrevista: _____:_____

9.6 Questionário domiciliar

Setor: _ _ _

Nº Domicílio: _ _

End: _____ nº _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

*“Júlio de Mesquita Filho”- Campus de Rio Claro**Instituto de Biociências**Departamento de Educação Física**Questionário Domiciliar*

**“PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA EM
ADULTOS DO MUNICÍPIO DE RIO CLARO-SP”**

Bloco C

- **QUESTIONÁRIO DOMICILIAR/ IDENTIFICAÇÃO**
- **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CLASSE
SOCIAL/ABIPEME**

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR/ IDENTIFICAÇÃO

Número do setor: _____

Número do domicílio: _____

Data da coleta: ____/____/____

Horário de início da entrevista: ____:____

Nº entrevistador: _____

C1) Essa casa é uma república?

(0) Não (1) Sim (9) BRC

C2) Quantas pessoas moram nesta casa? _____

C3) Esta casa (família) possui moradores gêmeos?

(0) Não – Vá para a pergunta **C10**

(1) Sim, mas um ou todos falecidos – Vá para a pergunta **C10**

Sim, todos vivos **(3) Par (4) Trigêmeos**

Qual é o sexo dos gêmeos? (0) Masculino (1) Feminino (2)

Masculino/Feminino (8) NSA (9) BRC

C4) Os gêmeos moram juntos nessa casa?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) BRC

Data de nascimento: _____ Idade: _____

C5) Se os gêmeos, não moram na mesma residência, o outro vive em Rio Claro?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) BRC

Instrução: As perguntas C6 a C9 deverão ser realizadas preferencialmente aos pais ou pessoas próximas do gêmeos.

C6) Os gêmeos ainda são confundidos um com o outro por:

- **Amigos e professores.** (0) Não (1) Sim (2) Não sei (8) NSA

(9) BRC

- **Pessoas que os encontram pela primeira vez .**

(0) Não (1) Sim (2) Não sei (8) NSA (9) BRC

- **Pelos pais.** (0) Não (1) Sim (2) Não sei (8) NSA (9) BRC

C7) Em função das características físicas (cor e textura do cabelo (fino/grosso, liso/crespo), cor dos olhos, cor da pele, estatura, peso corporal) o (a) Sr. (a) acredita que sejam gêmeos idênticos.

(0) Não (1) Sim (2) Não sei (8) NSA (9) BRC

C8) Conforme os gêmeos envelhecem, eles mantiveram a similaridade?

(1) permanecem os mesmos (2) tornam-se menos similares (3) tornam-se muito diferentes (8) NSA (9) BRC

C9) As questões C5 a C7 foram respondidas por:

(0) Mãe (1) Pai (2) irmão(ã) (3) Tio(a) (4) Filho(a) (5) esposo(a) (6) próprio gêmeo (7) Avó (ô) (8) NSA (9)BRC

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CLASSE SOCIAL

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA. PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.

C10) O(A) Sr.(a) tem rádio em casa?

(0) Não Sim Quantos (_____) rádios (9) BRC

C11) Tem televisão colorida em casa?

(0) Não Sim Quantas (_____)televisões (9) BRC

C12) O(A) Sr.(a) tem carro?

(0)Não Sim Quantos (_____)carros. (9) BRC

C13) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr.(a) tem em casa?

Aspirador de pó (0) Não Sim Quantos (_____) (9) BRC

Máquina de lavar roupa (0) Não Sim Quantas (_____) (9) BRC

Videocassete e/ou DVD (0) Não Sim Quantos (_____) (9) BRC

C14) Tem geladeira ? (0) Não Sim Quantas (_____) (9) BRC

C15) Tem freezer separado ou geladeira duplex?

(0) Não Sim Quantas (_____) (9) BRC

C16) Quantos banheiros tem em casa?

(0) Nenhum Sim Quantos (_____) (9) BRC

C17) O (A) Sr.(a) tem empregada (o) doméstica em casa?

(0)Nenhuma Sim Quantas (os) (_____) (9) BRC

C18) Qual o último ano de estudo do chefe da família?

Se for república ir para a questão – C15

(1) Nenhum ou primário incompleto

(2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto

(3) Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto

(4) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto

(5) Superior completo

(8) NSA

(9) BRC

C19) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui?

Para as repúblicas - Quanto cada estudante gasta por mês (perguntar para todos os moradores)

(trabalho ou aposentadoria)

Pessoa 1: R\$ ____ por mês

Pessoa 2: R\$ ____ por mês

Pessoa 3: R\$ ____ por mês

Pessoa 4: R\$ ____ por mês

Pessoa 5: R\$ ____ por mês

(9) BRC

C20) A família tem outra fonte de renda (aluguel, pensão, etc.) que não foi citada acima?

(0) Não (1) Sim (9) BRC

SE SIM: Quanto? R\$ ____ por mês

Entrevistador: _____

Horário de término da entrevista: ____:____