

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM**  
**DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO**

**SHEILA REGINA ZWARETCK**

**Saúde e Comportamento Sedentário entre Agentes Universitários da**  
**Unicentro, Campus Universitário de Irati, PR.**

**Dissertação de Mestrado**

**IRATI**

**2015**

SHEILA REGINA ZWARETCK

**Saúde e Comportamento Sedentário entre Agentes Universitários da  
Unicentro, Campus Universitário de Irati, PR.**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, área de Concentração Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários, da Unicentro.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Shigueki Suzuki

**IRATI**

2015

Catálogo na Fonte

Biblioteca da UNICENTRO

ZWARETCK, Sheila Regina

Z97           Saúde e Comportamento Sedentário entre Agentes Universitários da Unicentro,  
Campus Universitário de Irati, PR. / Sheila Regina Zwaretck. – Irati, PR : [s.n], 2015.

67f.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Shigueki Suzuki

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná.

1. Atividade física – dissertação. 2. Doença crônico degenerativa. 3. Agente universitário. 4. Educação física I. Suzuki, Claudio Shigueki. II. UNICENTRO. III. Título.

CDD 20 ed. 796.4077

## TERMO DE APROVAÇÃO

SHEILA REGINA ZWARETCK

Dissertação aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Shigueki Suzuki

Instituição: UNICENTRO

Prof. Dr.

Instituição:

Prof. Dr.

Instituição:

Prof. Dr.

Instituição:

Prof. Dr.

Instituição:

Irati, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Resumo

ZWARETCK, S. R. **Saúde e Comportamento Sedentário entre Agentes Universitários da Unicentro, Campus Universitário de Irati, PR. 2015.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO.

No ambiente de trabalho, os processos de desgaste do corpo são determinados em boa parte pelo tipo de trabalho e pela forma como esse está organizado, podendo ser transformado em um elemento patogênico, tornando-se prejudicial à saúde (DELCOR et al, 2004). Esta pesquisa terá importância na comunidade estudada afim de rever os conceitos da população alvo em relação à prática de atividade física, hábitos saudáveis e o quais as complicações causadas pelas doenças em decorrência do sedentarismo e de outros hábitos da população. O objetivo deste trabalho foi identificar o nível de atividade física, segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde, entre agentes universitários da Unicentro, Campus de Irati – PR. Participaram do estudo 58 agentes universitários, de um total de 69. A partir dos questionários, foram realizadas entrevistas estruturadas para melhor absorção e precisão das respostas dos participantes, as entrevistas tinham duração de aproximadamente meia hora. Participaram da pesquisa 30 pessoas do sexo masculino (51,72%) e 28 pessoas do sexo feminino (48,28%). A média de idade da população do estudo foi de 40,63 anos para o sexo masculino e 41,21 anos para o sexo feminino. Quanto ao nível de atividade física, 60% dos homens e 71,43% das mulheres foram classificados como insuficientemente ativos. Percebemos que neste estudo, o hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas não interfere no padrão de atividade física desta população, pois, os participantes que não possuem o hábito de fumar e não possuem dependência alcoólica, mesmo assim a prevalência de insuficientemente ativos foi elevada.

**Palavras-chave:** Agentes Universitários; Nível de Atividade Física; Doenças Crônicas Degenerativas.

## ABSTRACT

ZWARETCK, S. R. **Health and sedentary behavior between university agents of UNICENTRO, Irati University Campus, PR. 2015.** Thesis of Master Degree. – Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO.

In work environment, the degradation body processes are determined by type of work and how is organized. This ways can transform the work in a pathogenic element, becoming harmful to health (DELCOR et al, 2004). This research relevance is proposing a review in population concept about the relationship to physical activity and healthy behavior. Furthermore understand which the consequences are caused by sedentary diseases and other population customs. The objective this research was identified the physical activities levels according sociodemographic and behavioral factors health related among university agents of UNICENTRO – Irati (PR) Campus. In study were included 58 in a total of 69 university agents. From questionnaires, the participants were submitted to interviews to find the best absorption and precision for the answers. The total of 58 participants, 30 were male sex (51,72%) with average 40,63 years; and, 28 were female sex (48,28%), with average 41,21 years old. In accord to physical activities level, 60% of men and 71,43% for women were classified as not sufficiently active. It was observed that smoking and alcoholic drinks consumption does not interfere on physical activity patterns, because, the population does not have these customs, had high classification as not sufficiently actives too.

**Key words:** University Agents; Physical Activities Level; Chronic Degenerative Diseases.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas da população do estudo, segundo o sexo. Irati, 2015.....	27
<b>Tabela 2</b> - Características comportamentais da população do estudo, segundo o sexo. Irati, 2015.....	28
<b>Tabela 3</b> - Características relacionadas à saúde da população do estudo, segundo o sexo. Irati, 2015.....	30
<b>Tabela 4</b> - Características do nível de atividade física segundo o sexo. Irati, 2015.....	31
<b>Tabela 5</b> - Prevalência da prática de atividade física, segundo fatores sociodemográficos. Irati, 2015.....	32
<b>Tabela 6</b> - Prevalência da prática de atividade física, segundo fatores comportamentais. Irati, 2015.....	33
<b>Tabela 7</b> - Prevalência da prática de atividade física, segundo fatores relacionados à saúde. Irati, 2015.....	35
<b>Tabela 8</b> - Média diária do tempo sentado, segundo fatores sociodemográficos e o sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). Irati, 2015.....	37
<b>Tabela 9</b> - Média diária do tempo sentado, segundo variáveis comportamentais e o sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). Irati 2015.....	38
<b>Tabela 10</b> - Média diária do tempo sentado, segundo variáveis relacionadas à saúde e o sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). Irati, 2015.....	40

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
2.1. Transição Demográfica.....	10
2.2. Atividade Física e as Doenças Crônico Degenerativas.....	13
2.3. Desenvolvimento da População à partir de Práticas Saudáveis.....	17
2.4. Métodos de Mensuração da Atividade Física.....	19
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>21</b>
4.1. Delineamento do Estudo.....	21
4.2. Local, Período, Participantes e Procedimentos do Estudo.....	21
4.2.1. Critérios de Exclusão.....	22
4.3. Variáveis do Estudo.....	22
4.3.1. Prática de Atividade Física.....	22
4.3.2. Tempo Sentado.....	22
4.3.3. Variáveis em Bloco.....	23
4.4. Processamento dos Dados.....	25
4.5. Análise Estatística dos Dados.....	25
4.5.1. Fase Descritiva.....	25
4.6. Considerações Éticas.....	26
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
5.1. Características Gerais da Amostra.....	26
5.1.1. Variáveis Sociodemográficas.....	26
5.1.2. Variáveis Comportamentais.....	28
5.1.3. Variáveis Relacionadas à Saúde.....	29
5.1.4. Padrão de Atividade Física.....	31
5.2. Prevalência da Prática de Atividade Física.....	31
5.2.1. Prevalência da Prática de Atividade Física segundo Variáveis Sociodemográficas.....	31
5.2.2. Prevalência da Prática de Atividade Física segundo Variáveis Comportamentais.....	32



5.2.3. Prevalência da Prática de Atividade Física segundo Variáveis Relacionadas à Saúde.....	34
5.3. Médias de Tempo Sentado.....	36
5.3.1. Médias de Tempo Sentado segundo Variáveis Sociodemográficas.....	36
5.3.2. Médias de Tempo Sentado segundo Variáveis Comportamentais.....	37
5.3.3. Médias de Tempo Sentado segundo Variáveis Relacionadas à Saúde..	39
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
6.1. Padrão de Atividade Física.....	41
6.2. Tempo Sentado.....	46
<b>7. CONCLUSÕES.....</b>	<b>48</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No ambiente de trabalho, os processos de desgaste do corpo são determinados em boa parte pelo tipo de trabalho e pela forma como esse está organizado, podendo ser transformado em um elemento patogênico, tornando-se prejudicial à saúde (DELCOR *et al*, 2004). Por outro lado, a atividade física é uma forma de restaurar a saúde dos efeitos nocivos da rotina estressante que o trabalho traz (SILVA *et al*, 2010).

As mudanças nos níveis dos fatores de risco para as doenças crônico-degenerativas (DCD), que são as doenças não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias, dentre os quais encontra-se o estresse no trabalho formal, acabam por aumentar a prevalência destas doenças que se concentram em idades mais avançadas e para as quais, as ações preventivas poderiam resultar em um melhor custo-benefício para a sociedade (MANTON, 1988).

Estudo desenvolvido por Jans *et al* (2007), na Holanda, entre 2000 e 2005 revelaram que a média diária de tempo sentado, no trabalho, em deslocamentos e em repouso, foi de 423 minutos/dia. As diferenças podem ser explicadas pela população de referência distinta e jornada de trabalho. A influência na jornada de trabalho ficou evidente nos trabalhadores holandeses de tempo integral que apresentavam tempo sentado de 444 minutos/dia, maior que a média geral dos trabalhadores.

Esta pesquisa terá importância na comunidade estudada afim de rever os conceitos da população alvo em relação à prática de atividade física, hábitos saudáveis e o quais as complicações causadas pelas doenças em decorrência do sedentarismo e de outros hábitos da população.

O problema apresentado neste trabalho refere-se à saúde e o comportamento sedentário entre os agentes universitários da Unicentro, Campus Universitário de Irati – PR.

O tema do trabalho proposto, busca identificar o dia a dia da população estudada, a forma de seu trabalho, a saúde e os níveis de atividades físicas e o tempo que passam sentado durante o trabalho e fora dele.

Buscamos identificar esses aspectos e a partir disso buscar melhores soluções e melhorias na qualidade de vida desses trabalhadores, informando e

propondo atividades para que suas vidas sejam mais ativas e com menos níveis de inatividade física.

Portanto, o presente estudo busca identificar o nível de atividade física e comportamento sedentário entre os agentes universitários da UNICENTRO, *Campus* de Irati – PR.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1. Transição Demográfica**

A transição demográfica é um fenômeno estrutural que tem marcado a economia e a sociedade brasileira desde a segunda metade do século passado (BRITO, 2008).

O padrão de mortalidade é um importante fator determinante da transição demográfica, que, em todas as partes do mundo vem se caracterizando por um constante declínio ao longo dos séculos. Até meados do século XVII, a população mundial praticamente não apresentou crescimento sustentado, em consequência das altas taxas de fecundidade e de mortalidade, devido à escassez de alimentos, de doenças de massas, grandes endemias e epidemias do passado. Com a melhoria das condições de saúde das populações e o aumento da disponibilidade de alimentos, verifica-se uma queda na mortalidade (OMRAN, 1996).

Devido a esses fatores e a diminuição da fecundidade, ocorrem alterações na estrutura etária das populações, cujas pirâmides modificam sua forma, passando de bases mais alargadas e ápices estreitos, para pirâmides com bases mais estreitas e ápices mais alargados. Essas alterações definem o fenômeno conhecido como Transição Demográfica (OMRAN, 1996).

Entre os anos 40 e 60, o Brasil apresentou um declínio significativo da mortalidade, mantendo-se a fecundidade em níveis bastante altos, produzindo, assim, uma população quase-estável jovem e com rápido crescimento (CARVALHO *et al*, 2003. p. 728).

A população brasileira saltou de 41 para 93 milhões de pessoas entre 1940 e 1970, crescendo em média 2,8% ao ano, devido a combinação de menores taxas de mortalidade e elevadas taxas de fecundidade que determinou o aumento do crescimento vegetativo. Somente a partir de 1960, iniciou-se o processo de

envelhecimento populacional, devido ao declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil. (CHAIMOWICZ, 1997. p. 186).

A redução da fecundidade, que se iniciou nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária, que levará, provavelmente, a uma nova população quase-estável, mas, desta vez, com um perfil envelhecido e ritmo de crescimento baixíssimo, talvez negativo. (CARVALHO, 2008. p. 598)

Se no início do século a proporção de indivíduos que conseguia alcançar os 60 anos se aproximava de 25%, em 1990 ela superava 78% entre as mulheres e 65% entre os homens; a esperança de vida ao nascer então já ultrapassava os 65 anos (IBGE, 1994)

As PNAD's (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios) da década de 70 passaram a demonstrar que o fenômeno se estendia paulatinamente à todas as classes sociais e às demais regiões brasileiras, tanto nas áreas urbanas quanto rurais (CARVALHO, 2004. p. 7).

No Brasil, o declínio da mortalidade que deu início à transição demográfica foi determinado mais pela ação médico-sanitária do Estado que pudessem se traduzir em melhoria da qualidade de vida da população, devido à transformações estruturais (CHAIMOWICZ, 1997. p. 188).

Ao se comparar a estrutura etária da população brasileira nos anos de 1940, 1950, 1960 e 1970, observa-se uma distribuição semelhante, com uma população extremamente jovem, com aproximadamente 52% das pessoas abaixo de 20 anos e 3% acima dos 65 (CARVALHO, 2004. p. 6).

A taxa de fecundidade total (TFT) no Brasil declinou de 6,2 para 2,3 de 1960 para 2000. Essa queda deveu-se especialmente à adoção expressiva de esterilização feminina, ao uso de contraceptivos orais e, possivelmente, à prática de abortos ilegais. Não há estatísticas oficiais sobre a prática de abortos, mas se acredita que esses métodos tenham tido importante papel no declínio da fecundidade no país (SOUSA, 2002).

Com o declínio da fecundidade entre os anos sessenta e setenta, a queda na proporção de crianças na população brasileira, ficou patente nos resultados do Censo Demográfico de 1980. O peso relativo das crianças abaixo de 5 anos, entre 1970 e 1980, caiu de 14,8 para 13,7%, e o da população de 5 a 9 anos, de 14,4 para 12,6%. Iniciava-se, então, o processo de envelhecimento da população brasileira,

provocado pelo declínio da fecundidade no País. Na realidade, a fecundidade é a grande definidora da estrutura etária, tendo a mortalidade apenas um papel secundário. Inclusive, quando esta declina, leva, normalmente, a um pequeno rejuvenescimento da população, pois, em sua trajetória de queda, são, geralmente, as taxas específicas de mortalidade (TEM) na infância aquelas que experimentam decremento proporcional maior. Como consequência, são salvas mais crianças do que adultos e idosos, o que tem um efeito sobre a distribuição etária semelhante ao de um aumento da fecundidade, isto é, tornar a população mais jovem (CARVALHO, 2004. p. 8).

Resultados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios) de 2004, revelaram um declínio das estimativas de fecundidade, indicando uma taxa de fecundidade total de 2,1 filhos por mulher, ou seja, no nível de reposição da população (IBGE, 2006).

Segundo esses dados, alcançando uma fecundidade de 2,1 filhos por mulher, entre 2010 e 2020, a população brasileira chegaria à situação estacionária em torno de 2063, quando começaria a diminuir em termos absolutos. Tudo indica, com a revisão do IBGE, que o Brasil poderia alcançar uma taxa de crescimento zero entre 2045 e 2055 (IBGE, 2006).

Foram fixadas para o período 2015-2020 funções que produzissem uma taxa líquida de reprodução igual a 1,0. Consequentemente, pressupôs-se que, a partir de 2015, a população brasileira terá uma taxa intrínseca de crescimento igual a zero, isto é, tenderá a uma população estável, com crescimento nulo, o que corresponde a uma população estacionária. De 1990 até 2020, deverá haver uma diminuição significativa, em termos relativos, da população jovem abaixo de 15 anos, com queda de sua participação de 35,0 para 23,5% (um declínio de 33%). Por outro lado, aumentarão os pesos relativos da população adulta, de 61,2 para 68,8% (aumento de 12%) e da população idosa, de 4,8 para 7,7% (incremento de 60%). A partir de 2050 a população crescerá a ritmo absolutamente desprezível e se estacionará abaixo de 250 milhões. Durante todo o século XXI a população passaria de 169 para 246 milhões, com um crescimento, em termos absolutos, menor do que o observado entre 1940 e 1980 (CARVALHO, 2004. p. 10).

O investimento na saúde e educação da atual população de jovens e a compressão da morbidade são apresentadas como alternativas capazes de minimizar, em um país com recursos financeiros escassos, o impacto do

envelhecimento populacional sobre a qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997. p. 195)

## **2.2. Atividade Física e as Doenças Crônico Degenerativas**

Por volta de 1945, epidemiologistas Britânicos verificaram o aumento na prevalência de doenças tais como úlceras pépticas, câncer de pulmão, doença arterial coronariana, surgindo a era das doenças crônico-degenerativas. Estudos de caso-controle e de coorte sobre câncer de pulmão e cigarro e os estudos preliminares sobre doença arterial coronariana, estabeleceram o colesterol e o hábito de fumar como fatores de risco (SUSSEK *et al*, 1996).

O envelhecimento populacional relativo, descrito pela Transição Demográfica, acaba por gerar um aumento na prevalência das doenças crônico-degenerativas (DCD) na população. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCD foram responsáveis por 59% da mortalidade, cerca de 31,7 milhões de óbitos e 43% da carga global de doenças em 1998 (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2000). Os países em desenvolvimento respondem por cerca de 78% da carga global de DCD e 85% da carga de doenças do aparelho circulatório (BARRETO *et al*, 2005).

Estudos que trataram da associação entre a atividade física e as DCD só passaram a ser realizados a partir de meados do século XX. A primeira pesquisa publicada foi realizada em Londres-Inglaterra, entre 1949 e 1950, na qual os autores estudaram a incidência de doenças coronarianas e sua relação com a atividade/inatividade física, em trabalhadores do sexo masculino. O estudo revelou que cobradores de ônibus de dois andares, que necessitavam subir e descer constantemente as escadas para proceder à cobrança dos passageiros, apresentavam menor incidência de doenças coronarianas que os motoristas dos ônibus. Os autores verificaram que trabalhadores com ocupações fisicamente ativas possuíam menor incidência de doença coronariana que aqueles com trabalho fisicamente inativo (MORRIS *et al*, 1953).

A transição epidemiológica é o processo que engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a

mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante. A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas (SCHRAMM *et al*, 2004. p. 898).

Nas últimas três décadas, estudos têm revelado que os níveis de atividade física estão associados à diminuição no risco de doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão, osteoporose (World Health Organization. 2000).

As mudanças nos níveis dos fatores de risco para as DCD acabam por aumentar a prevalência destas doenças que se concentram em idades mais avançadas e para as quais, as ações preventivas poderiam resultar em um melhor custo-benefício para a sociedade (MANTON, 1988).

A obesidade é considerada como fator de risco para diversas doenças, como as cardiovasculares, certos tipos de câncer e o diabetes mellitus tipo II, é decorrente da interação entre fatores genéticos e ambientais. Trata-se de uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, consequência de balanço energético positivo, ou seja, elevado consumo de alimentos de alta densidade energética e baixos níveis de atividade física (MENDONÇA *et al*, 2004; MONDINI *et al*, 1994; MONTEIRO *et al*, 2000; RABIN *et al*, 2007).

O diabetes mellitus tipo II, assim como a obesidade é considerado um problema de Saúde Pública, em franco crescimento, e para o qual a prática de atividade física tem sido reconhecida por retardar o seu aparecimento e suas complicações, exercendo também seus efeitos sobre o controle metabólico dos diabéticos. A OMS estima para a população mundial que a prevalência do diabetes passará de 2,8% em 2000 para 4,4% em 2030, passando de 171 milhões de pessoas com diabetes em 2000 para 366 milhões, em 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION REPORT, 2000; WILD *et al*, 2004).

Dentre os fatores de risco para o diabetes mellitus, a inatividade física tem recebido destaque no cenário mundial. Um número cada vez maior de pesquisas aponta os benefícios de um estilo de vida saudável, mostrando que a perda de peso, decorrente de uma dieta balanceada e da prática de exercícios físicos, está associada à diminuição da incidência de diabetes (SARTORELLI *et al*, 2003; WARBURTON *et al*, 2006).

Em relação às doenças cardiovasculares (DCV), estudos epidemiológicos, apontam para um declínio na tendência de mortalidade por este grupo de doenças a partir da década de 1960 em países desenvolvidos e, no Brasil, a partir de 1970 (LOTUFO *et al*, 1993; MORAES *et al*, 2000).

Em 1988, no Brasil, as DCV foram responsáveis pela maior proporção de óbitos no país: 31% das mortes em homens e 39% nas mulheres, sendo a principal causa mortis a partir dos 40 anos de idade e contabilizando 33% dos óbitos na faixa de 40 a 49 anos de idade (RIQUE *et al*, 2002).

Estudos recentes sugerem que atividades de intensidade acima de 4,5 equivalentes metabólicos (METs) proporcionam redução adicional da mortalidade geral e cardiovascular da ordem de aproximadamente 10%. Dessa forma, sair da inatividade já traz consideráveis benefícios à saúde; entretanto, para aqueles que já praticam AF regularmente, incrementos de intensidade são capazes de gerar benefícios ainda maiores (NÓBREGA *et al*, 1999).

A osteoporose também está relacionada à inatividade física, considerada uma doença ósteo-metabólica, caracterizada pela perda de massa e desorganização da estrutura óssea, sendo a principal causa de fraturas em idosos, principalmente mulheres. As causas mais comuns da osteoporose nesta faixa etária são: ausência de estresse físico sobre os ossos devido à inatividade física, desnutrição, que gera problemas de formação da matriz protéica em quantidade suficiente, diminuição da secreção de estrogênio e idade avançada, em que os hormônios diminuem (BARRETO *et al*, 2005; GUYTON, 1993).

Os ossos de pessoas fisicamente ativas são mais densos e, portanto, mais mineralizados do que os de pessoas sedentárias, da mesma idade e do mesmo sexo, sendo a prática regular de atividade física um elemento fundamental na prevenção e tratamento da osteoporose (HALL, 2005).

Desse modo, doenças infecciosas e parasitárias, que acometiam mais a população infantil, vão perdendo importância em prol de outras, como as crônico-degenerativas mais incidentes na população adulta e idosa. Assim, ao ocorrer, a morte será então determinada por diversas causas, tornando difícil a escolha de apenas uma para descrever um processo tão complexo (REZENDE *et al*, 2004. p. 1224).



Alguns hábitos de vida podem desencadear essas doenças e vários outros problemas de saúde, como o tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

O alcoolismo é considerado mundialmente uma grande preocupação e um problema de saúde pública, tamanha a prevalência do consumo de álcool da população jovem e adulta. Assim, a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que a ingestão excessiva de álcool é a terceira causa de morte no mundo, depois do câncer e das cardiopatias (VAISSMAN, 2004). Está associado a diversos outros problemas como: mortes no trânsito, desentendimentos familiares e afetivos, separação de casais, sendo, também, companheiro inseparável de homicídios, espancamentos de crianças e mulheres, deserção do trabalho, da escola, etc (NASCIMENTO *et al*, 2000. p. 529).

Na esfera biológica, fatores hereditários e predisposição ambiental são freqüentemente mencionados como uma das possíveis explicações para o consumo e dependência do álcool. Como principais influências do ambiente, destacam as pressões dos amigos, bem como induções do meio familiar, principalmente por parte do pai na infância do indivíduo ao oferecer alguns goles com o intuito de induzi-lo a hábitos mais masculinos (NASCIMENTO *et al*, 2000. p. 530).

O tabagismo também é responsável por altos índices de morbi-mortalidade mundial, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo (RODRIGUES ET AL, 2008. p. 673). É considerado a principal causa de enfermidades evitáveis e incapacidades prematuras e chegará a ser a primeira causa de morte evitável no século XXI. A cada ano morrem cerca de três milhões de pessoas em todo o mundo devido ao tabaco (ROEMER, 1995).

Neste conjunto de descobertas e perspectivas, inseridos na aceleração do saber e por ele impulsionados a levarem uma vida mais agitada e competitiva, estão os indivíduos na fase da vida adulta e idosos, especialmente. O aumento da carga de responsabilidades, das exigências do cotidiano profissional, a falta de tempo para a atenção a si próprio, têm propiciado o aumento das doenças denominadas de

“crônico-degenerativas” como a hipertensão arterial, a diabetes e as doenças relacionadas ao plano sócio-afetivo como ansiedade e depressão. Analisando essa realidade, foi fortalecida a perspectiva de intervenção em saúde no sentido de que um conjunto de condições possa auxiliar indivíduos e grupos na busca de uma vida com qualidade, certos cuidados com a qualidade da alimentação, a prática de exercícios físicos, o “saber” lidar com o estresse cotidiano, a busca da satisfação na atividade profissional, o aumento de atividades de recreação e lazer, relações familiares e sociais equilibradas e afetivas, entre outros (LOPES *et al*, 1999. p. 123).

Assim, torna-se fundamental a identificação dos determinantes da atividade física, para que sejam elaborados programas que visem a prática de atividades físicas, incentivando a população a adotar um estilo de vida fisicamente ativo (PITANGA, 2002).

A atividade física relacionada à saúde aparece como um dos fatores que poderia modificar o risco dos indivíduos para adoecerem. Existem evidências bastante significativas da influência da atividade física na melhoria da eficiência do sistema imunológico. Por outro lado, a adoção de estilo de vida fisicamente ativo, irá proporcionar mudança de comportamento dos indivíduos (PITANGA, 2002. p. 51).

### **2.3. Desenvolvimento da população a partir de práticas saudáveis**

O desenvolvimento local ou comunitário é o esforço para melhorar as condições de vida da comunidade e o seu espaço geográfico e cultural. Distingue-se do desenvolvimento de uma população em geral porque procura o equilíbrio integrado de uma comunidade, com o máximo respeito pelos seus valores próprios e procurando tirar partido da sua riqueza histórica. Tem o objetivo de promover consequentemente iniciativas geradoras de riqueza e de emprego que correspondam a um plano local de desenvolvimento e, acima de tudo, a implantação de estratégias e metodologias de ação que pretendem alterar, para melhor, o contexto e o nível de vida das pessoas dessa comunidade (SANTOS, 2002. p. 1).

O Brasil ainda apresenta muitas diferenças sócio-econômicas e educacionais entre sua população. Podemos constatar que muitas comunidades apresentam expectativas de vida totalmente diversas. Tendo consciência deste fato, o Governo

há algumas décadas vêm concebendo e implementando projetos visando diminuir a lacuna existente entre os mais e os menos favorecidos. Acredita-se que a redução das diferenças sociais entre os brasileiros permitirá o estabelecimento de uma sociedade mais justa e democrática para todos (MIRANDA *et al*, 2008. p. 107).

Graças à globalização, os ricos e, em menor grau, a grande classe média adquirem o mesmo padrão de vida e o mesmo modo de ser, na grande maioria dos países. Mas, o mesmo não se dá com os pobres, que resultam de processos sócio-econômicos muito distintos e estão resguardados da padronização cultural avassaladora pela sua relativa exclusão dos padrões dominantes de consumo (SINGER. p. 1).

A relevância das instituições educativas nos atuais programas de desenvolvimento, sobretudo, na vontade de "educar" as novas sociedades, que nada mais é do que as crianças no âmbito escolar que se inserem na comunidade de hoje em dia e precisam de uma instituição de apoio para sua educação, ou seja: quando se prevê uma mudança de estado, no qual se observarão alterações efetivas no comportamento das pessoas, torna-se necessário preparar essas mesmas pessoas para novos modelos de relacionamento social, assim como para novas estratégias de envolvimento na comunidade (SANTOS, 2002. p. 2).

Um exemplo de desenvolvimento se dá a partir das Instituições de Ensino, onde nas práticas culturais da comunidade que servem e de onde são originários seus estudantes e as suas famílias. Tal fato mostra-nos, e neste caso específico, que os modelos de desenvolvimento podem também, e devem, ser intrínsecos à estas instituições, podendo partir desta para a comunidade (SANTOS, 2002. p. 2).

Desenvolveram-se no Brasil, nos últimos anos, experiências de desenvolvimento local que ganharam identidades variáveis; muitas delas inspiram-se e tomam como ponto de partida os princípios da promoção da saúde (PS). Em 2003, a ABRASCO criou o Grupo de Trabalho sobre Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável (ABRASCO), que exerce o papel de articulador e impulsionador dessas experiências, agregando hoje cerca de cinquenta grupos.

Ao estabelecer um plano de atividades para a comunidade estudada, estamos conscientizando não somente as pessoas envolvidas neste caso, mas todas as outras que fazem parte da vida daquela pessoa, levando os conhecimentos adquiridos através de uma pesquisa para todos que fazem parte de sua comunidade

como um todo e assim sucessivamente. E com a implantação de práticas saudáveis terá um aumento na qualidade de vida de toda a população, gerando assim um desenvolvimento da comunidade.

#### **2.4. Métodos de Mensuração da Atividade Física**

Em 1990, foi publicado no Brasil o primeiro estudo nacional com amostra populacional, incluindo a atividade física como variável principal, em inquérito domiciliar realizado por Rego *et al* (1990), no município de São Paulo, onde foram analisados os fatores de risco para DCD. Outro estudo, realizado no Brasil, entre 1996 e 1997, foi conduzido por Monteiro *et al* (2003), nas regiões Nordeste e Sudeste, com delineamento transversal. Os autores utilizaram o instrumento Leisure Time Physical Activity (LTPA), para avaliar a atividade física realizada pela população, apenas no tempo de lazer. O estudo revelou que apenas 13% dos brasileiros praticavam algum tipo de atividade física regularmente, com um mínimo de 30 minutos/sessão, em um ou mais dias da semana e apenas 3,3% realizavam o mínimo proposto pelo American College of Sports Medicine's (ACSM) (PATE *et al*, 1995). As recomendações do ACSM preconizavam naquele momento a prática de 30 minutos/dia de exercício físico de intensidade moderada, em cinco ou mais dias da semana.

Somente a partir de 2000 houve um aumento expressivo de estudos sobre atividade física. Este aumento no volume de publicações nacionais e internacionais, envolvendo a epidemiologia da atividade física, tem considerado diferentes métodos e instrumentos para avaliar o padrão de atividade física, em estudos de base populacional. Tal fato tem dificultado a comparação dos resultados de diferentes estudos. De acordo com a revisão sistemática da literatura, publicada por Hallal *et al* (2007), dentre 39 estudos que utilizaram questionários para avaliar o padrão de atividade física no Brasil, nas duas últimas décadas, 69% foram conduzidos com instrumentos criados pelos próprios autores.

Este impasse estimulou a criação de um Questionário-Padrão que possibilitasse a avaliação dos níveis de atividade física e do tempo sentado, de forma padronizada, em estudos populacionais conduzidos em todo o mundo. O International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (CRAIG *et al*, 2003), foi, portanto, desenvolvido por pesquisadores de diversos países, com o apoio da OMS. A

vantagem do IPAQ é que este instrumento leva em consideração, não apenas as atividades no lazer, como o LTPA (MONTEIRO *et al*, 2003), mas também as atividades realizadas no trabalho formal, no trabalho doméstico e nos deslocamentos. Duas versões do IPAQ foram desenvolvidas: a versão longa e a versão curta. Embora a versão curta considere, em conjunto, as atividades em diferentes domínios (atividades no lazer, ocupacionais, domésticas e nos deslocamentos), mas não permita diferenciá-las, como na versão longa, sua reprodutibilidade, em relação à versão longa foi satisfatória, conforme resultados publicados por Matsudo *et al* (2001). Outra vantagem do IPAQ é a possibilidade de apresentação dos resultados, levando-se em consideração o gasto metabólico em MET's minutos/semana. Especificamente, o MET equivale ao gasto energético de um indivíduo em repouso, ou seja,  $0,0175 \text{ kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$  (AINSWORTH *et al*, 2000; POWERS *et al*, 2000).

Levando-se em consideração a importância da prática de atividade física e do tempo sentado, este último, um importante componente do comportamento sedentário, bem como a escassez de estudos nacionais entre trabalhadores, para identificação das respectivas prevalências, as quais servem de subsídios para a elaboração de programas que promovam a atividade física, o presente estudo será conduzido para atender aos objetivos anteriormente assinalados.

### 3. OBJETIVOS

- Identificar o nível de atividade física, segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde, entre os agentes universitários da UNICENTRO, *Campus* de Irati – PR.

- Identificar o padrão de tempo sentado, segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde, nesta população.

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de base populacional, com delineamento transversal (SZKLO *et al*, 2000).

### 4.2. Local, Período, Participantes e Procedimentos do Estudo

O estudo foi desenvolvido na UNICENTRO, *Campus* de Irati, entre os anos de 2013 e 2014, envolvendo os agentes universitários da UNICENTRO, *Campus* de Irati, de ambos os sexos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os procedimentos do estudo foram realizados em etapas:

**1ª Etapa:** Realizou-se a revisão bibliográfica sobre o tema do estudo. Com base nesses estudos, foram selecionadas as variáveis que compuseram o estudo, bem como os instrumentos/questionários para aferi-las. Nesta etapa também foram estipulados os métodos estatísticos para o tratamento das variáveis.

**2ª Etapa:** A partir da relação dos nomes dos agentes Universitários fornecidos pela Divisão de Recursos Humanos (DIRH/I), decidiu-se por trabalhar com a população base, ou seja, com todos os agentes Universitários do campus de Irati. Nesta pesquisa foi realizado um Censo, por se tratar de uma população de 69 agentes universitários, o estudo trabalhou com a população total.

Efetivamente participaram do estudo 58 agentes universitários, de um total de 69. As perdas do estudo (n=11) foram distribuídas da seguinte forma: 5,8% por recusa (n=4) e 10,14% não foram encontrados na UNICENTRO (n=7), após duas tentativas.

Em seguida passou-se para a etapa de agendamento das entrevistas, as quais foram realizadas por uma equipe previamente treinada no Laboratório de Fisiologia do Exercício, Medidas e Avaliação (LAFEMA).

A partir dos questionários, foram realizadas entrevistas estruturadas para melhor absorção e precisão das respostas dos participantes, as entrevistas tinham duração de aproximadamente meia hora.

#### **4.2.1. Critérios de Exclusão**

Pessoas cadeirantes e aqueles impedidos de praticar atividade física por questão da saúde.

### **4.3. Variáveis do Estudo**

#### **4.3.1. Prática de Atividade Física**

A variável “Prática de Atividade Física” foi derivada do Questionário IPAQ, versão curta (MATSUDO *et al*, 2001), que avalia os níveis de atividade física de um determinado público alvo (LIMA. 2011. p. 1).

O IPAQ é uma ferramenta auxiliadora para a determinação do grau de necessidade na prescrição e no acompanhamento dos programas de exercícios físicos, o baixo custo e os resultados com relação à reprodutibilidade do teste/reteste creditam o IPAQ para a avaliação do nível de atividade física de diferentes populações. Além disso, pode-se afirmar que a utilização do IPAQ como ferramenta auxiliadora para a determinação do grau de necessidade na adesão, prescrição e no acompanhamento dos programas de exercícios físicos deve ser considerada. (VESPESIANO *et al*, 2012)

Para se obter os escores de atividade física, serão seguidas as recomendações do American College of Sports Medicine (ACSM) (HASKELL *et al*, 2007), que considera suficientemente ativos aqueles que realizaram um mínimo de 150 minutos de quaisquer combinações de caminhada, atividades de intensidade moderada ou vigorosa, em pelo menos 5 dias na semana, ou que realizaram um mínimo de 20 minutos de atividade vigorosa em pelo menos 3 dias da semana e insuficientemente ativos, aqueles que não atingiram nenhum destes critérios.

#### **4.3.2. Tempo Sentado**

A variável dependente “Tempo Sentado” foi derivada, da mesma forma, do Questionário IPAQ, definida segundo as medidas contínuas do tempo (em minutos/semana) dedicado a esta atividade sedentária.

### 4.3.3. Variáveis em Bloco

As variáveis independentes foram agrupadas em três diferentes blocos e utilizadas tanto para as análises envolvendo a prática de atividade física, como para o tempo sentado.

**Bloco 1 – Variáveis Sociodemográficas:** Sexo, Idade, Estado Marital, Número de Filhos, Nível Educacional e Renda.

- **Sexo:** Foram considerados os indivíduos de ambos os sexos.
- **Idade:** A idade foi obtida mediante o cálculo [(Data da Entrevista – Data de Nascimento)/ 365,25].
- **Estado Marital:** Esta variável foi classificada em duas categorias: “Vive sem companheiro” e “Vive com companheiro”.
- **Número de Filhos:** Para a variável “Número de filhos” foram considerados o número de filhos que residem na mesma casa.
- **Nível Educacional:** O nível educacional foi classificado segundo o número de anos completos de aprovação na escolaridade formal.
- **Renda:** A renda foi definida pelo valor recebido, em Reais (R\$), no mês anterior da entrevista. A variável foi classificada em tercis: “<3500,00”; “3500,00<5529,40”; >5529,40”. Também foi questionado ao participante a renda total conjunta da sua família, bem como quantas pessoas dependem dessa renda.
- **Tempo de trabalho:** Essa variável foi definida pelo total de anos de atividade de trabalho exercida pelo participante.

**Bloco 2: Variáveis Comportamentais:** Hábito de fumar, Consumo abusivo de álcool, Uso de medicamentos e Horas/dia de Trabalho.

- **Hábito de fumar:** Os participantes foram questionados sobre o hábito de fumar cigarros, bem como sua duração. A variável “hábito de fumar” foi classificada em 4 categorias: “fumantes”, “ex-fumantes”, “não fumantes” e “fumantes ocasionais”. A duração do hábito foi definida como o tempo (em anos) do hábito de fumar.
- **Consumo abusivo de álcool:** Com o propósito de avaliar o consumo de bebidas alcoólicas, foi aplicado o Questionário AUDIT (Anexo 2), recomendado pela OMS para estudos epidemiológicos. Os participantes



foram questionados sobre o hábito de consumir bebidas alcoólicas, a quantidade média de consumo regular no último ano e a duração do hábito. Foi selecionado o ponto de corte igual a “8”, acima do qual foram classificados os participantes que apresentarem consumo abusivo/dependência de álcool.

- **Uso de medicamentos:** Os participantes foram questionados quanto ao uso de medicamentos nos últimos 15 dias, bem como a quantidade de medicamentos utilizados. A variável “uso de medicamentos” será tratada de forma dicotômica: “sim” e “não”. Além de ser considerado o uso de medicamentos como variável dicotômica, os participantes foram classificados segundo a quantidade de medicamentos utilizados (número de medicamento) que foi classificado em quatro categorias: “Nenhum”, “1”, “2” e “3 ou mais”.

**Bloco 3: Variáveis Relacionadas à Saúde:** Estado Nutricional e Auto-percepção do Estado de Saúde.

**Estado Nutricional:** A classificação dos participantes quanto ao estado nutricional foi definida a partir do Índice de Massa Corporal [calculado como a razão da medida de peso (em quilogramas) e a altura (em metros quadrados):  $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$ ]. Para a aferição do peso dos participantes foi utilizada uma balança mecânica da marca Welmy, com capacidade de 150 kg e escala de 100 em 100 gramas. E para a mensuração da altura foi utilizado estadiômetro portátil fixado a parede da marca Sanny com altura de 220 cm e com escala de precisão de 0,1 cm, de acordo com procedimentos padronizados. O estado nutricional foi classificado em 3 níveis, segundo pontos de corte específicos do IMC para adultos recomendados pela OMS. (WHO, 2000)

- Eutróficos           IMC → [18,50-24,99] (categoria de referência);
- Pré obesos         IMC → [25,00-29,99];
- Obesos             IMC →  $[\geq 30,00]$ ;

**Auto-percepção do Estado de Saúde:** A percepção do estado de saúde (saúde auto-referida) foi definida segundo a percepção do participante sobre seu estado de saúde. Neste caso a variável foi classificada em 4 níveis: “Excelente”, “Boa”, “Regular” e “Precária” (Ruim+Péssima). A percepção do estado de saúde do entrevistado também foi definida quando comparado ao de familiares e amigos na mesma faixa etária e classificado em 3 níveis: “Pior que o seu”, “Igual ao seu” e “Melhor que o seu”.

**Doenças Diagnosticadas:** Os participantes foram questionados quanto à presença de doença(s) ou problema(s) de saúde pessoais diagnosticada(s) por um médico.

#### **4.4. Processamento dos Dados**

A coleta de dados foi realizada mediante aplicações de entrevistas estruturadas, realizadas na UNICENTRO por uma equipe previamente treinada. O treinamento da equipe foi realizado pelo grupo de estudos de Epidemiologia da Atividade Física da UNICENTRO, Campus de Irati.

Para garantia de qualidade no processo de digitação, os digitadores foram treinados e, para o teste de consistência externa, a digitação dos dados foi efetuada através de dupla entrada de dados.

#### **4.5. Análise Estatística dos Dados**

##### **4.5.1. Fase Descritiva**

##### **Prática de Atividade Física**

As prevalências da prática de atividade física foram estimadas para as categorias definidas como “prática suficiente” (PS) e “prática insuficiente” (PI). As estimativas, estratificadas por sexo, foram calculadas, segundo as categorias das variáveis sociodemográficas (Bloco 1), comportamentais (Bloco 2) e relacionadas à saúde (Bloco 3).

##### **Tempo Sentado**

As prevalências segundo os quartis de tempo sentado foram calculadas por pontos e por intervalos com 95% de confiança. As estimativas, estratificadas por sexo, foram calculadas, segundo as categorias das variáveis sócio-demográficas (Bloco 1), comportamentais (Bloco 2) e relacionadas à saúde (Bloco 3).

## 4.6. Considerações Éticas

O presente estudo está aninhado na pesquisa intitulada “Nível de Atividade Física e Comportamento Sedentário na Comunidade Universitária da UNICENTRO, Campus de Irati”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO em 26 de setembro de 2012, sob o parecer 107.643. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Resolução 196 do CONEP.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Características Gerais da Amostra

#### 5.1.1. Variáveis Sociodemográficas

A pesquisa foi realizada entre os agentes Universitários da Universidade Estadual do Centro Oeste – Unicentro. Participaram da pesquisa 30 pessoas do sexo masculino (51,72%) e 28 pessoas do sexo feminino (48,28%).

A média de idade da população do estudo foi de 40,63 anos para o sexo masculino e 41,21 anos para o sexo feminino (dados não apresentados em tabela).

As características sociodemográficas da amostra, estratificadas por sexo, estão apresentadas na **Tabela 1**.

Em relação à faixa etária, houve uma maior prevalência entre 30-39 anos, 43,33% e 39,29% e entre a faixa etária de 40-49 anos, 26,67% e 35,71% para o sexo masculino e feminino respectivamente.

Referente ao estado marital, que são aqueles que vivem com companheiro e que vivem sem companheiro, em ambos os sexos as maiores prevalências foram encontradas entre aqueles que vivem com companheiro, apresentando o sexo masculino com 90% e o sexo feminino 53,57%.

Observa-se que, entre os terços de renda, não há diferença significativa entre a renda do sexo feminino e do sexo masculino, ambos apresentam valores aproximados no mesmo terço de renda. Verifica-se que 26,67% dos homens e 28,57% das mulheres, apresentaram renda menor que R\$ 3500,00. No segundo terço de

renda, ou seja, aqueles que possuem renda entre R\$ 3500,00 até R\$ 5529,40, foram classificados 40,00% dos homens e 39,29% das mulheres e 33,33% dos homens e 32,14% das mulheres apresentaram a renda maior que R\$ 5529,40. Destaca-se o fato de que a maior porcentagem dos entrevistados está classificado no segundo tercil de renda.

Em relação ao número de pessoas que dependem da renda, tanto o sexo masculino quanto o sexo feminino apresentaram a maior porcentagem para três dependentes, sendo 33,33% e 32,14% respectivamente.

**Tabela 1: Características sociodemográficas da população do estudo, segundo o sexo. Irati, 2015.**

Variáveis	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
<b>Faixa Etária</b>				
20 – 29	3	10,00	2	7,14
30 – 39	13	43,33	11	39,29
40 – 49	8	26,67	10	35,71
50 – 59	5	16,67	4	14,29
60 anos +	1	3,33	1	3,57
<b>Estado Marital</b>				
Vive sem companheiro	3	10,00	13	46,43
Vive com companheiro	27	90,00	15	53,57
<b>Renda em Reais (tercis)</b>				
< 3500,00	8	26,67	8	28,57
3500,00 - < 5529,40	12	40,00	11	39,29
> 5529,40	10	33,33	9	32,14
<b>Nº de Dependentes</b>				
1	4	13,33	8	28,57
2	5	16,67	5	17,86
3	10	33,33	9	32,14
4	8	26,67	4	14,29
5	3	10,00	2	7,14
<b>Total</b>	30	100,00	28	100,00

### 5.1.2. Variáveis Comportamentais

As características comportamentais dos participantes do estudo estão apresentadas na **Tabela 2**.

Em relação ao hábito de fumar, observou-se que 53,33% do sexo masculino e 89,29% do sexo feminino nunca fumaram. Para os fumantes, destacou-se que 6,67% são do sexo masculino e 3,57% do sexo feminino.

Quanto ao consumo de bebidas, todas as mulheres estudadas não apresentaram nenhuma dependência alcoólica. Entre os homens, 10% deles foram classificados como apresentando alguma dependência alcoólica.

Referente ao uso de medicamentos pela população estudada, homens e mulheres apresentaram prevalência de 50,00% e 46,43%, respectivamente.

Em relação ao número de doenças, destaca-se o fato de que 20,00% dos homens e 21,33% das mulheres revelaram possuir 3 ou mais doenças.

**Tabela 2: Características comportamentais da população do estudo, segundo o sexo. Irati, 2015.**

Variáveis	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
<b>Hábito de fumar</b>				
Fumantes	2	6,67	1	3,57
Ex-fumantes	11	36,67	1	3,57
Não fumantes	16	53,33	25	89,29
Fumantes ocasionais	1	3,33	1	3,57
<b>Consumo abusivo de álcool</b>				
Sem dependência (0-8)	27	90,00	28	100,0
Com dependência (9-40)	3	10,00	0	0,00
<b>Uso de medicamentos</b>				
Sim	15	50,00	13	46,43
Não	15	50,00	15	53,57
<b>Número de doenças</b>				
Nenhuma	11	36,67	7	25,00
Uma	10	33,33	12	42,86
Duas	3	10,00	3	10,71
Três e +	6	20,00	6	21,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

### 5.1.3. Variáveis Relacionadas à Saúde

A **Tabela 3** apresenta as características relacionadas à saúde dos Agentes Universitários.

Em relação ao estado nutricional, 30% dos homens e 50% das mulheres foram classificados como Eutróficos, sendo que 40% dos homens e 42,86% das mulheres foram classificados como Pré-obesos. Quanto aos classificados como Obesos, foram encontrados 30% dos homens e 7,14% das mulheres.

Quanto à classificação que os participantes deram à sua saúde, destaca-se o fato de que nenhum dos agentes universitários considerou seu estado de saúde como ruim ou péssima, sendo que apenas 13,33 e 7,14%, de homens e mulheres, respectivamente, a classificaram como regular. Todos os demais afirmaram que sua saúde se encontrava excelente ou boa.

Ao compararem seu estado de saúde com o de seus familiares, 66,67% dos homens e 57,17% das mulheres consideraram a saúde de seus familiares igual a sua.

Quando comparada sua saúde com a saúde de seus amigos, 73,33% do sexo masculino e 78,57% do sexo feminino consideraram a saúde igual a sua. Para aqueles que consideraram a saúde de seus familiares pior que a sua, 10% são do sexo masculino e 28,57% são do sexo feminino e 23,33% dos homens e 17,86% das mulheres também consideraram sua saúde pior que a sua quando comparada com a de seus amigos.

Entre aqueles que classificaram a saúde de seus familiares melhor que a sua, 23,33% são do sexo masculino e 14,29% são do sexo feminino. Em relação aqueles que classificaram a saúde de amigos melhor que a sua, 3,33% são do sexo masculino e 3,57% são do sexo feminino.

Os participantes também foram questionados referente à prática de atividade física no Campus da Universidade, sendo que 10% do sexo masculino e 3,57% do sexo feminino participam de alguma atividade física no campus.

Em relação aos participantes que já utilizaram a academia do Campus, 43,33% são do sexo masculino e 39,29% são do sexo feminino.

Dentre os entrevistados, 100% do sexo masculino e 85,71% do sexo feminino não participam de nenhum programa de atividade física.

**Tabela 3: Características relacionadas à saúde da população do estudo, segundo o sexo. Irati, 2015.**

Variáveis	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
<b>Estado Nutricional</b>				
Eutróficos	9	30,00	14	50,00
Pré-Obesos	12	40,00	12	42,86
Obesos	9	30,00	2	7,14
<b>Saúde Auto-referida</b>				
Excelente	7	23,33	9	32,14
Boa	19	63,33	17	60,71
Regular	4	13,33	2	7,14
Ruim/ Péssima	0	0	0	0
<b>Saúde em Relação a Familiares</b>				
Igual ao seu	20	66,67	16	57,14
Pior que o seu	3	10,00	8	28,57
Melhor que o seu	7	23,33	4	14,29
<b>Saúde em Relação a Amigos</b>				
Igual ao seu	22	73,33	22	78,57
Pior que o seu	7	23,33	5	17,86
Melhor que o seu	1	3,33	1	3,57
<b>Prática de AF Campus</b>				
Sim	3	10,00	1	3,57
Não	27	90,00	27	96,43
<b>Uso da academia do Campus</b>				
Sim	13	43,33	11	39,29
Não	17	56,67	17	60,71
<b>Programa de AF</b>				
Sim	0	0,00	4	14,29
Não	30	100,00	24	85,71
<b>Total</b>	30	100,00	28	100,00

#### 5.1.4. Padrão de Atividade Física

Quanto ao nível de atividade física, apresentado na **Tabela 4**, 60% dos homens e 71,43% das mulheres foram classificados como insuficientemente ativos.

**Tabela 4: Características do nível de atividade física segundo o sexo. Irati, 2015.**

Variável	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
<b>Nível de Atividade Física</b>				
Suficiente Ativo	12	40,00	8	28,57
Insuficientemente Ativo	18	60,00	20	71,43

## 5.2. Prevalência da Prática de Atividade Física

### 5.2.1. Prevalência da Prática de Atividade Física segundo Variáveis Sociodemográficas

A **tabela 5** apresenta a prevalência de atividade física, estratificada por sexo, segundo fatores sociodemográficos.

Em relação a faixa etária, para aqueles que possuíam entre 20-29 anos de idade, destaca-se o fato de que 66,67% do sexo masculino foram classificados como suficientemente ativos. Na faixa etária entre 30 a 39 anos de idade, também para o sexo masculino, 61,54% da população são insuficientemente ativos. Em relação ao sexo feminino, chama a atenção a faixa etária entre 30-39 anos, onde 81,82% das participantes foram classificadas como insuficientemente ativas.

Referente ao estado marital, destaca-se o fato de que os participantes com porcentagem mais elevada possuem companheiro e foram classificados como insuficientemente ativos, sendo 62,96% do sexo masculino e 80% do sexo feminino.

Em relação à renda, foram classificados como suficientemente ativos aqueles que possuíam renda < 3500,00, onde destaca-se, 62,50% dos homens e 50% das mulheres. Para aqueles que possuíam renda entre 3500,00- < 5529,40, 66,67% dos homens e 90,91% das mulheres foram classificados como insuficientemente ativos. Também foram classificados como insuficientemente ativos aqueles que possuem



renda > 5529,40, sendo 70% e 66,67% do sexo masculino e feminino respectivamente.

**Tabela 5: Prevalência da prática de atividade física, segundo fatores sociodemográficos. Irati, 2015.**

Variáveis	MASCULINO				FEMININO			
	Insuficiente		Suficiente		Insuficiente		Suficiente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa Etária (anos)</b>								
20 - 29	1	33,33	2	66,67	2	100,00	0	0,00
30 - 39	8	61,54	5	38,46	9	81,82	2	18,18
40 - 49	4	50,00	4	50,00	8	80,00	2	20,00
50 - 59	5	100,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00
60 anos +	1	100,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00
<b>Estado Marital</b>								
Sem companheiro	1	33,33	2	66,67	8	61,54	5	38,46
Com companheiro	17	62,96	10	37,04	12	80,00	3	20,00
<b>Renda em Reais (tercis)</b>								
< 3500,00	3	37,50	5	62,50	4	50,00	4	50,00
3500,00 - < 5529,40	8	66,67	4	33,33	10	90,91	1	9,09
> 5529,40	7	70,00	3	30,00	6	66,67	3	33,33

### 5.2.2. Prevalência da Prática de Atividade Física segundo Variáveis Comportamentais

A **tabela 6** apresenta a prevalência da prática de atividade física, segundo fatores comportamentais. Referente ao hábito de fumar, 50% dos fumantes do sexo masculino foram classificados como suficientemente ativos. Para o sexo feminino, 100% foram classificados como insuficientemente ativos. Destaca-se o fato de que 63,64% dos ex-fumantes do sexo masculino, foram classificados como insuficientemente ativos. Para o sexo feminino, 100% foram classificados como suficientemente ativos.

Para a categoria não fumantes, chama a atenção de que 56,25% dos homens e 72% das mulheres foram classificados como insuficientemente ativos. Os fumantes

ocasionais, 100% do sexo masculino e do sexo feminino foram classificados como insuficientemente ativos.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, destaca-se que aqueles que não possuem dependência, 55,56% dos homens e 71,43% das mulheres foram classificados como insuficientemente ativos. Sendo que 100% do sexo masculino que possuem algum tipo de dependência foram classificados como suficientemente ativos, as mulheres não apresentaram nenhum grau de dependência alcoólica.

Quanto ao número de medicamentos, chama a atenção que 60% do sexo masculino que não faz o uso de medicamentos foram classificados como suficientemente ativos, e para o sexo feminino, 73,33% que também não fazem o uso de medicamentos, foram classificados como insuficientemente ativos. Para aqueles que consomem apenas um medicamento, 75% do sexo masculino e 80% do sexo feminino, foram classificados como insuficientemente ativos.

**Tabela 6: Prevalência da prática de atividade física, segundo fatores comportamentais. Irati, 2015.**

Variáveis	MASCULINO				FEMININO			
	Insuficiente		Suficiente		Insuficiente		Suficiente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Hábito de fumar</b>								
Fumantes	1	50,00	1	50,00	1	100,00	0	0,00
Ex-fumantes	7	63,64	4	36,36	0	0,00	1	100,00
Não fumantes	9	56,25	7	43,75	18	72,00	7	28,00
Fumantes ocasionais	1	100,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00
<b>Consumo abusivo de álcool</b>								
Sem dependência	15	55,56	12	44,44	20	71,43	8	28,57
Com dependência	3	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Uso de medicamentos</b>								
Não toma remédios	6	40,00	9	60,00	11	73,33	4	26,67
Toma remédios	12	80,00	3	20,00	9	69,23	4	30,77
<b>Número de medicamentos</b>								
0	6	40,00	9	60,00	11	73,33	4	26,67
1	6	75,00	2	25,00	4	80,00	1	20,00
2	3	75,00	1	25,00	2	66,67	1	33,33
3	1	100,00	0	0,00	1	33,33	2	66,67
4	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00

### 5.2.3. Prevalência da Prática de Atividade Física segundo Variáveis Relacionadas à Saúde

A **tabela 7** apresenta a prevalência da prática de atividade física, segundo fatores relacionados à saúde. Em relação ao estado nutricional, destaca-se o fato de que 77,78% dos homens e apenas 21,43% das mulheres, classificados como “eutróficos”, foram considerados como suficientemente ativos. Dentre as mulheres classificadas como “pré-obesas” e “obesas”, 25% e 100% foram classificados como suficientemente ativas, respectivamente.

Em relação à saúde auto-referida, para aqueles que consideraram sua saúde “excelente”, 57,14% são do sexo masculino e 44,44% são do sexo feminino, ambos foram classificados como suficientemente ativos. Também pudemos observar que 63,16% do sexo masculino e 76,47% do sexo feminino que consideraram sua saúde “boa” foram classificados como insuficientemente ativos

Referente à saúde comparada com a saúde da família, 66,67% do sexo masculino e 50% do sexo feminino, que consideraram a saúde de sua família “pior que a sua” foram classificados como suficientemente ativos. Também destaca-se o fato de que aqueles que consideraram a saúde de sua família “melhor que a sua”, foram encontrados 71,43% do sexo masculino e 50% do sexo feminino, classificados como insuficientemente ativos.

Referente à saúde comparada com a de seus amigos, observou-se que 63,64% do sexo masculino e 77,27% do sexo feminino, que consideraram a saúde de sua família “igual a sua”, foram classificados como insuficientemente ativos.

Em relação à prática de atividade física no Campus da Universidade, chama a atenção o fato de que 66,67% do sexo masculino e 100% do sexo feminino que praticam atividade física no Campus foram classificados como insuficientemente ativos. Para os que não praticam atividade física no Campus, foram classificados como insuficientemente ativos 59,26% do sexo masculino e 70,37% do sexo feminino.

Em relação aos entrevistados que já utilizaram a academia do Campus, observa-se que 53,85% do sexo masculino e 27,27% do sexo feminino foram classificados como suficientemente ativos.

Dentre aqueles que participam de algum tipo de programa de atividade física, 75% do sexo feminino participam foram classificados como insuficientemente ativos.

**Tabela 7: Prevalência da prática de atividade física, segundo fatores relacionados à saúde. Irati, 2015.**

Variáveis	MASCULINO				FEMININO			
	Insuficiente		Suficiente		Insuficiente		Suficiente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Estado Nutricional</b>								
Eutróficos	2	22,22	7	77,78	11	78,57	3	21,43
Pré-Obesos	8	66,67	4	33,33	9	75,00	3	25,00
Obesos	8	88,89	1	11,11	0	0,00	2	100,00
<b>Saúde Auto-referida</b>								
Excelente	3	42,86	4	57,14	5	55,56	4	44,44
Boa	12	63,16	7	36,84	13	76,47	4	23,53
Regular	3	75,00	1	25,00	2	100,00	0	0,00
Ruim	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Péssima	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Saúde em Relação a Familiares</b>								
Igual ao seu	12	60,00	8	40,00	14	87,50	2	12,50
Pior que o seu	1	33,33	2	66,67	4	50,00	4	50,00
Melhor que o seu	5	71,43	2	28,57	2	50,00	2	50,00
<b>Saúde em Relação a Amigos</b>								
Igual ao seu	14	63,64	8	36,36	17	77,27	5	22,73
Pior que o seu	3	42,86	4	57,14	3	60,00	2	40,00
Melhor que o seu	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
<b>Prática de AF Campus</b>								
Sim	2	66,67	1	33,33	1	100,00	0	0,00
Não	16	59,26	11	40,74	19	70,37	8	29,63
<b>Uso da academia do Campus</b>								
Sim	6	46,15	7	53,85	8	72,73	3	27,27
Não	12	70,59	5	29,41	12	70,59	5	29,41
<b>Programa de AF</b>								
Sim	0	0,00	0	0,00	3	75,00	1	25,00
Não	18	60,00	12	40,00	17	70,83	7	29,17

### 5.3. Médias do Tempo Sentado

#### 5.3.1. Médias do Tempo Sentado segundo Variáveis Sociodemográficas

A **Tabela 8** apresenta as médias do tempo sentado, segundo as variáveis sociodemográficas. Na categoria faixa etária, os homens apresentam valores médios de tempo sentado mais elevados que as mulheres, exceto para a faixa etária entre 30 – 39 anos.

Em relação ao estado marital, os homens apresentam média de tempo sentado maior que as mulheres na categoria “sem companheiro”, 880 minutos (IC 424,65-1335,35) para o sexo masculino e 780 minutos (IC 643,53-916,47) para o sexo feminino. Para as mulheres, a categoria “com companheiro” apresenta valor maior de tempo sentado, com 716,7 minutos (IC 622,40-810,93) para o sexo masculino e 732 minutos (IC 564,82-899,18) para o sexo feminino.

Na variável renda, a média de tempo sentado foi maior entre as mulheres, exceto para a categoria no tercil de renda > 5529,40, em que foi maior para os homens.

No sexo masculino, a maior média de tempo sentado ocorreu na variável faixa etária, na categoria entre 20 – 29 anos, onde o tempo foi de 1000 minutos (IC 311,57-1688,42). Para o sexo feminino, a maior média de tempo sentado também foi na variável faixa etária e na categoria de 30 – 39 anos, com 894,54 minutos (IC 465,24 – 1023,85).

As menores médias de tempo sentado, para o sexo masculino, foi na variável renda, na categoria do primeiro tercil de renda (<3500,00), com 622,5 minutos (IC 466,30 – 778,7). Para o sexo feminino, a menor média de tempo foi na variável faixa etária e na categoria de 50 – 59 anos, com 555 minutos (IC 194,60 – 915,40).

**Tabela 8: Média diária do tempo sentado, segundo fatores sociodemográficos e o sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). Irati, 2015.**

Variáveis	Valores médios de tempo sentado diário em minutos			
	MASCULINO N		FEMININO N	
	Média	IC 95%	Média	IC 95%
<b>Faixa Etária (anos)</b>				
20 - 29	1000	311,57-1688,42	660	-2389,49-3709,49
30 - 39	713,8	578,19-847,96	894,54	765,24-1023,85
40 - 49	705	504,80-905,20	690	473,73-906,27
50 - 59	624	403,00-845,00	555	194,60-915,40
60 anos +	960	*	840	*
<b>Estado Marital</b>				
Sem Companheiro	880	424,65-1335,35	780	643,53-916,47
Com Companheiro	716,7	622,40-810,93	732	564,82-899,18
<b>Renda em Reais (tercis)</b>				
< 3500,00	622,5	466,30-778,70	675	389,03-960,97
3500,00 - < 5529,40	787,5	664,74-910,25	834,54	741,83-927,27
> 5529,40	756	539,78-972,22	726,67	488,75-964,59

\* Software não apresentou o IC 95%.

### 5.3.2. Médias do Tempo Sentado segundo variáveis Comportamentais

Em relação às variáveis comportamentais, que estão apresentadas na **Tabela 9**, para a variável hábito de fumar, os homens apresentam valores médios mais elevados nas categorias “ex-fumantes”, 856,4 minutos (IC 716,62 – 996,10) e “fumantes ocasionais”, 960 minutos. Para o sexo feminino, os valores foram mais elevados nas categorias “fumantes”, 900 minutos, e “não fumantes”, 777,6 minutos (IC 670,95 – 884,24).

Na variável consumo abusivo de álcool, o sexo masculino apresentou valores médios mais elevados na categoria “sem dependência”, 745,5 minutos (IC 648,54 – 842,57), também no sexo masculino, com 754,3 minutos (IC 651,31 – 857,25), pois não houve dependentes para o sexo feminino.

Para a variável uso de medicamentos, o sexo masculino apresentou valores mais elevados para a categoria “toma remédios”, com 770 minutos (IC 633,62 – 906,38), para o sexo feminino, os valores foram maiores na categoria “não toma remédios”, com 832 minutos (IC 691,10 – 972,90).

Quanto ao número de medicamentos, para o sexo masculino, os valores mais elevados, foram entre as categorias “2 medicamentos”, com 915 minutos (IC 367,24 – 1462,77) e “3 medicamentos”, com 840 minutos. Para o sexo feminino, os valores foram mais elevados nas categorias “0 medicamentos”, com 832 minutos (IC 691,10 – 972,90) e “5 medicamentos”, com 960 minutos (IC 197,63 – 1722,37).

Para o sexo masculino, o valor de média mais elevado, foi na variável hábito de fumar e na categoria dos “fumantes ocasionais”, com 960 minutos. Para o sexo feminino, os valor de média mais elevado foi na variável número de medicamentos, na categoria “5 medicamentos”, com 960 minutos (IC 197,63 – 1722,37).

As menores médias de tempo sentado para as variáveis comportamentais foram, para o sexo masculino, a categoria consumo abusivo de álcool, na variável “com dependência”, com 620 minutos (IC 447,90-792,10), e para o sexo feminino, a categoria hábito de fumar, na variável “fumantes ocasionais”, com 420 minutos.

**Tabela 9: Média diária do tempo sentado, segundo variáveis comportamentais e o sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). Irati 2015.**

Variáveis	Valores médios de tempo sentado diário em minutos			
	MASCULINO N		FEMININO N	
	Média	IC 95%	Média	IC 95%
<b>Hábito de Fumar</b>				
Fumantes	690	308,81-1071,18	900	*
Ex-fumantes	856,4	716,62-996,10	360	*
Não fumantes	639,4	514,90-763,84	777,6	670,95-884,24
Fumantes ocasionais	960	*	420	*
<b>Consumo abusivo de álcool</b>				
Sem dependência (0-8)	745,5	648,54-842,57	754,3	651,31-857,25
Com dependência (9-40)	620	447,90-792,10	0,00	
<b>Uso de Medicamentos</b>				
Não toma remédios	696	569,91-822,09	832	691,10-972,90
Toma remédios	770	633,62-906,38	664,6	508,34-820,89
<b>Número de Medicamentos</b>				
0	696	569,91-822,09	832	691,10-972,90
1	693,8	517,20-870,30	516	156,39-875,61
2	915	367,24-1462,77	600	3,81-1196,20
3	840	*	780	630,96-929,05
4	750	-1155,93-2655,93	0	
5	0		960	197,63-1722,37

\* Software não apresentou o IC 95%.

### 5.3.3. Médias do Tempo Sentado segundo Variáveis Relacionadas à Saúde

Em relação às variáveis relacionadas à saúde (**Tabela 10**), para a variável estado nutricional, os valores médios mais elevados foram na categoria “pré-obesos”, onde no sexo masculino foi de 860 minutos (IC 693,17 – 1026,83) e no sexo feminino foi de 820 minutos (IC 699,08 – 940,92).

Na variável saúde auto-referida, para o sexo masculino, o maior valor médio foi na categoria “boa”, com 819,5 minutos (IC 700,42 – 938,52) e para o sexo feminino, o maior valor médio foi na categoria “regular”, com 900 minutos (IC 900 – 900).

Para a variável saúde em relação à de familiares, houve maior valor médio, no sexo masculino, na categoria “pior que o seu”, com 820 minutos (IC 147,90 – 1492,10) e para o sexo feminino, o maior valor foi na categoria “igual ao seu”, com 795 minutos (IC 671,17 – 918,83).

Em relação à de seus amigos, para o sexo masculino e feminino, o maior valor médio foi na categoria “igual ao seu”, com 745,9 minutos (IC 634,37 – 857,44), e 799,10 minutos (IC 704,10 – 893,20) respectivamente.

Para a variável prática de atividade física, para o sexo masculino observou-se valores mais elevados na categoria “não praticantes”, com 743,3 minutos (IC 647,01 – 839,66), para o sexo masculino, foi maior na categoria “praticantes”, com 900 minutos.

Em relação ao uso da academia do campus, para o sexo masculino, o maior valor médio foi na categoria “não faziam o uso da academia”, com 785,3 minutos (IC 655,76-914,83), para o sexo feminino, o valor médio maior foi na categoria “faziam o uso da academia”, com 790,9 minutos (IC 611,71-970,11).

Para a variável programa de atividade física, na categoria “não participam de nenhum programa”, os valores médios foram de 733 minutos (IC 644,86-821,14) para o sexo masculino e 760 minutos (IC 643,14-876,87) para o sexo feminino.

Para o sexo masculino, o valor de média mais alto foi para a variável estado nutricional, na categoria “pré-obesos”, com 860 minutos (IC 693,17-1026,83). Para o sexo feminino, foi para a variável saúde auto-referida e prática de atividade física no campus, na categoria “regular” e “aqueles que praticam atividade física no campus”, ambos com 900 minutos.



Os menores valores médios de tempo sentado, para o sexo masculino, apareceram na variável saúde auto-referida, na categoria “regular”, com 540 minutos (IC 333,75-746,25). Para o sexo feminino, foi encontrado menor valor médio na variável saúde em relação a de amigos, na categoria “melhor que o seu”, com 360 minutos.

**Tabela 10: Média diária do tempo sentado, segundo variáveis relacionadas à saúde e o sexo, com respectivos intervalos de confiança (95%). Irati, 2015.**

Variáveis	Valores médios de tempo sentado diário em minutos			
	MASCULINO N		FEMININO N	
	Média	IC 95%	Média	IC 95%
<b>Estado Nutricional</b>				
Eutróficos	586,7	448,73-724,60	741,4	577,47-905,40
Pré-obesos	860	693,17-1026,83	820	699,08-940,92
Obesos	710	585,81-834,18	450	-3743,04-4643,05
<b>Saúde Auto-referida</b>				
Excelente	608,6	510,20-706,95	813,3	574,67-1052,00
Boa	819,5	700,42-938,52	705,9	576,13-835,64
Regular	540	333,75-746,25	900	900-900
Ruim	0		0	
Péssima	0		0	
<b>Saúde em Relação à Familiares</b>				
Igual ao seu	712,5	592,86-832,15	795	671,17-918,83
Pior que o seu	820	147,90-1492,10	735	468,56-1001,44
Melhor que o seu	754,3	588,26-920,31	630	133,91-1126,10
<b>Saúde em Relação à de Amigos</b>				
Igual ao seu	745,9	634,37-857,44	799,1	704,10-893,20
Pior que o seu	702,9	506,11-899,61	636	120,93-1151,08
Melhor que o seu	660	*	360	*
<b>Prática de AF Campus</b>				
Sim	640	264,90-1015,10	900	*
Não	743,3	647,01-839,66	748,9	642,47-855,32
<b>Uso da Academia do Campus</b>				
Sim	664,6	542,14-787,09	790,9	611,71-970,11
Não	785,3	655,76-914,83	730,6	591,67-869,51
<b>Programa de AF</b>				
Sim	0		720	380,21-1059,80
Não	733	644,86-821,14	760	643,14-876,87

\*Software não apresentou o IC 95%.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1. Padrão de Atividade Física

Pesquisa anterior, desenvolvida com agentes universitários do Campus de Irati, no ano de 2011, pela proponente do presente estudo, teve uma taxa de perda de apenas 10% da população total (dados ainda não publicados).

Em estudo realizado por Sávio *et al* (2008), no Distrito Federal, com trabalhadores de ambos os sexos, no ano de 2000 a 2001, que comparou o nível de atividade física por sexo, verificou que a prevalência do sedentarismo entre as mulheres era mais elevada que entre os homens.

O nível de atividade física encontrado nos indivíduos do estudo foi muito baixo, quando comparado aos níveis preconizados pela FAO/OMS. Esse fato determinou o estabelecimento do ponto de corte para o nível de atividade física em 1,4. Para a determinação dos possíveis fatores de risco associados ao nível de atividade física, foi realizado o ajustamento de uma regressão logística binária. Utilizaram questionários sobre atividade física e foi feito o somatório da duração das atividades durante a semana. No presente estudo, verificou que, entre os homens pesquisados, 40% são suficientemente ativos e entre as mulheres 28%. Dentre os insuficientemente ativos, estão 60% dos homens e 71% das mulheres. Considera-se que este estudo também verificou que as mulheres são menos ativas que os homens. Uma possível explicação para este resultado são as atividades sedentárias no ambiente de trabalho.

No estudo realizado por Bicalho *et al* (2010), no Vale do Jequitinhonha, MG, com 567 adultos de duas comunidades rurais, entre os anos de 2008 e 2009, observou-se que o estado marital não influenciou com a atividade física de trabalho. A atividade física doméstica foi mais frequente nos homens mais velhos e nas mulheres mais jovens. As pessoas casadas ou em união estável apresentaram maior nível de atividade física doméstica entre as mulheres. No presente estudo, foram classificados como insuficientemente ativos 62,96% do sexo masculino e 80% do sexo feminino que possuem companheiro. Pode-se levar em consideração este resultado pelo fato de que quando as pessoas possuem companheiro ou até mesmo já possuem família, os hábitos saudáveis, como a prática de atividade física regular, acabam ficando em segundo plano, muitas vezes precisam priorizar outras responsabilidades e acabam dando mais importância em cuidar da família e acabam

realizando outras atividades domésticas que não se enquadram no IPAQ ou que não se adequam o mínimo de tempo para que pudesse ser considerada como atividade física.

Ainda no estudo realizado por Sávio *et al* (2008), observou que quanto maior a renda, menor a frequência do nível de atividade física. No presente estudo não foi encontrada a mesma relação entre renda e a atividade física; verificou-se que 62,50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino que possuem renda  $\leq$ 3500,00 foram classificados como suficientemente ativos.

No estudo realizado por Rego *et al* (1990), apontou a hipertensão arterial, o tabagismo e o alcoolismo maior no sexo masculino, o tabagismo foi cerca de 40% maior, o alcoolismo foi aproximadamente quatro vezes maior em comparação com o sexo feminino. No presente estudo, o hábito de fumar e o alcoolismo também foi maior no sexo masculino que no sexo feminino. No sexo feminino, 100% dos ex-fumantes são suficientemente ativos. Sobre o consumo de bebidas alcoólicas observou-se que no sexo masculino 100% dos dependentes foram classificados como insuficientemente ativos. Já para o sexo feminino não foram encontradas pessoas com dependência, sendo que 28,57% foram classificadas como suficientemente ativos.

De acordo com o estudo realizado por Rodrigues *et al* (2008), em Gurupi, TO, no ano de 2005, com 871 Universitários, no qual foi avaliado o nível de atividade física e fatores associados. Ao comparar-se o nível de atividade física (sedentário e ativo) entre fumantes e não-fumantes, não se encontrou diferença estatisticamente significativa na amostra geral e em nenhuma das categorias estudadas, área (biomédicas, humanas e exatas), turno (diurno e noturno) e sexo. Neste estudo observou-se que 50% dos homens fumantes e 100% das mulheres são insuficientemente ativos. Para a categoria dos não fumantes, 56,25% do sexo masculino e 72% do sexo feminino também foram classificados como insuficientemente ativos. Não havendo diferença significativa para o fumo e a prática de atividade física.

Ainda no estudo realizado por Barros *et al* (2001), apontou que a proporção de fumantes foi menor entre as mulheres. Segundo esse estudo, o fumo e o consumo de bebidas alcoólicas está diretamente associado à inatividade física, diferente do presente estudo que não há porcentagem significativa para que o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo influencie a classificação quanto à

suficientemente ativos e insuficientemente ativos. Acredita-se que a prática de atividade física neste caso, seja caracterizada pela rotina e pelo ambiente de trabalho.

Em estudo realizado por Silva (2012, p. 45), com trabalhadores de uma indústria do ramo do petróleo, no período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2009, verificou que dentre os fatores investigados neste estudo, o tabagismo foi um dos que se associou à atividade física dos trabalhadores.

Quando ao uso de medicamentos, 80% dos homens que fazem o uso de medicamentos foram classificados como insuficientemente ativos, podendo considerar o fato de que a inatividade física pode estar relacionado ao impedimento da prática por algum problema físico ou de saúde. Para o sexo feminino, grande parte das mulheres foram classificadas como insuficientemente ativas, 73,33% que não tomam remédios e 69,23% que tomam remédios, também pode-se considerar o mesmo caso dos homens, pelo próprio problema de saúde, e pela jornada de trabalho, dentro e fora de casa.

O número de medicamentos utilizados pela população estudada verificou que, no sexo masculino, quanto mais medicamentos utilizados, mais as pessoas são insuficientemente ativas, e dentre aqueles que não consomem nenhum tipo de medicamento, 60% foram classificados como suficientemente ativos. No sexo feminino, a maior porcentagem foi de 73,33% que não consomem medicamento e também foram classificadas como insuficientemente ativos, 66,67% das mulheres suficientemente ativas consomem 3 medicamentos.

Quanto ao estado nutricional, em estudo realizado por Hofelmann *et al* (2005, p. 6) com 482 trabalhadores de indústria metal-mecânica de Joinville, estado de Santa Catarina, observou-se que as prevalências de sobrepeso e de obesidade atingiram 53% dos trabalhadores. No presente estudo, houve maiores índices de sobrepeso e obesidade no sexo masculino, com 66,67% e 88,89% respectivamente, e 22,22% para os Eutróficos. Para o sexo feminino, 75% foram classificados como pré-obesos e 78,57% como Eutróficos, todos esses resultados são classificados como insuficientemente ativos.

Em outro estudo realizado por Martins *et al* (2005, p. 6), com indivíduos de idade acima de 18 anos, em Florianópolis, SC. Observou que 54,8% do sexo masculino e 66,3% do sexo feminino não haviam excesso de peso; 33,7% e 23,3%

estavam com sobrepeso e 11,5% e 10,4% foram classificados como obesos do sexo masculino e feminino respectivamente.

Em relação à saúde auto-referida, ainda em estudo realizado por Hofelmann *et al* (2005), observou-se que indivíduos do sexo feminino e aqueles com mais de 40 anos avaliaram pior sua saúde. Desenvolver atividades predominantemente ligadas ao setor de produção ou o maior tempo de trabalho na empresa não aumentaram as chances do trabalhador avaliar sua saúde negativamente. Neste estudo, verificou-se que, avaliaram sua saúde excelente, 57,14% do sexo masculino e 44,44% do sexo feminino, classificados como suficientemente ativos. Aqueles que avaliaram sua saúde regular, 75% do sexo masculino e 100% do sexo feminino, classificados como insuficientemente ativos. Não houve avaliação da saúde como ruim ou péssima.

Em outro estudo realizado por Barros *et al* (2001), em Santa Catarina, com uma população de trabalhadores, observou que a proporção de trabalhadores que relataram baixo nível de saúde foi maior entre os sujeitos inativos (18,5% dos homens; 24,8% das mulheres) quando comparados aos pouco ativos (11,4% dos homens; 18,2% das mulheres) e ativos (9% dos homens; 10,6% das mulheres). A mesma tendência foi observada quanto à inter-relação da percepção de estresse e à auto-avaliação da saúde.

Em relação à saúde comparada com a de seus familiares, em estudo realizado por Suzuki *et al* (2010), em Ribeirão Preto, SP, com adultos de 30 anos e mais, de ambos os sexos, residentes na área urbana, no ano de 2006, verificou que no sexo masculino, 73,4% dos que relataram a saúde de sua família pior que a sua, foram classificados como suficientemente ativos, e 65,3% dos que consideraram a saúde de sua família igual a sua, foram classificados como insuficientemente ativos. No sexo feminino, 33,1% dos que consideraram a saúde de sua família igual a sua, foram classificados como suficientemente ativos, e 70,2% que consideraram a saúde de sua família melhor que a sua, foram classificados como insuficientemente ativos. No presente estudo, no sexo masculino, 66,67% que consideraram a saúde de sua família pior que a sua, foram classificados como suficientemente ativos, e 60% relataram a saúde de sua família igual a sua, foram classificados como insuficientemente ativos, dados parecidos que também foram encontrados no estudo de Suzuki. No sexo feminino, 12,5% dos que consideraram a saúde de sua família igual a sua, foram classificados como suficientemente ativos, e 50% dos que consideravam a saúde de sua família melhor que a sua, foram classificados como

insuficientemente ativos, 87,5% relataram a saúde de sua família igual a sua, foram classificados como insuficientemente ativos, e 50% que consideraram a saúde de sua família melhor que a sua, foram classificados como insuficientemente ativos.

Ao comparar a saúde da família com a própria saúde, a maior porcentagem dos indivíduos do sexo masculino, consideraram a saúde da família pior que a sua, talvez pelos próprios hábitos e pelas condições do trabalho, pode-se levar em consideração que por possuírem mais informações sobre melhores condições de saúde, mais acesso a prática de exercícios e atividade física, a vida fica mais saudável.

Em relação à saúde comparada com a de seus amigos, no mesmo estudo, de Suzuki *et al* (2010) observou que no sexo masculino, 40,1% dos que consideraram a saúde de seus amigos como melhor que a sua, foram classificados como suficientemente ativos e 69,8% dos que consideraram a saúde de seus amigos como pior que a sua, foram classificados como insuficientemente ativos. No sexo feminino, 37,4% dos que consideraram a saúde de seus amigos como pior que a sua, foram classificados como suficientemente ativos e 70,4% dos que consideraram a saúde de seus amigos igual a sua, foram classificados como insuficientemente ativos. No presente estudo, para aqueles que consideraram a saúde de seus amigos pior que a sua, observou-se que no sexo masculino, 42,86% foram classificados como insuficientemente ativos e para o sexo feminino, 40% foram classificados como suficientemente ativos, e 77,27% dos que consideraram a saúde de seus amigos igual a sua, foram classificados como insuficientemente ativos.

Destaca-se o fato de que para o sexo masculino, os amigos possuem os mesmos hábitos, tanto que os participantes consideraram a saúde dos amigos pior que a sua e eles mesmos já foram classificados como insuficientemente ativos.

Os participantes do trabalho foram questionados também sobre a prática de atividade física no Campus da Universidade, onde, 66,67% do sexo masculino e 100% do sexo feminino que praticam alguma atividade no campus, mesmo assim foram classificados como insuficientemente ativos, talvez por não manterem uma frequência da atividade ou por não realizarem nenhuma outra.

Em relação ao uso da academia do Campus, 53,85% do sexo masculino e 27,27% do sexo feminino já fizeram o uso da academia e foram classificados como suficientemente ativos e 46,15% do sexo masculino e 72,73% do sexo feminino que

também fazem já fizeram o uso da academia, foram classificados como insuficientemente ativos.

Lembrando que na coleta dos dados, no período das entrevistas, a academia não estava ativa, os participantes foram questionados sobre o uso da academia quando ainda estava em funcionamento.

Dentre aqueles que realizavam algum programa de atividade física, nenhuma pessoa do sexo masculino realizava e no sexo feminino, dentre aqueles que realizavam algum tipo de programa de atividade física, 75% foram classificados como insuficientemente ativos e 25% classificados como suficientemente ativos.

A participação em programas de atividade física pode ser diminuída ou excluída pela jornada de trabalho, afazeres domésticos e outras atividades que não possibilitam as pessoas de executarem alguma prática frequente.

## **6.2. Tempo Sentado**

O tempo sentado foi derivado do questionário IPAQ, que tem sido utilizado, na maioria das vezes, para avaliar o padrão de atividade física da população, por meio do cálculo de unidade de gasto metabólico (METs) aplicado às atividades diárias, bem como do tempo e da frequência semanais dedicadas a atividades físicas.

O tempo gasto sentado da população estudada, inclui o tempo que permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante o tempo livre, estudando, enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo sentado ou deitado assistindo TV, sem incluir o tempo gasto em qualquer meio de transporte (IPAQ).

Em estudo realizado por Binotto *et al* (2010, p. 430), com 234 idosas do sexo feminino com idade igual ou superior a 60 anos, verificou que todas as idosas deste estudo despendem tempo na posição sentada durante a semana e no fim de semana, porém durante o final de semana, a média é de 461,5 min/dia, enquanto que durante a semana a média é de 382,4 min/dia. Portanto, nos finais de semana, o tempo gasto sentado é maior do que em dias da semana, com uma diferença média de 79,0 min/dia.

Estudo desenvolvido por Jans *et al* (2007), na Holanda, entre 2000 e 2005 revelaram que a média diária de tempo sentado, no trabalho, em deslocamentos e em repouso, foi de 423 minutos/dia. As diferenças podem ser explicadas pela

população de referência distinta e jornada de trabalho. A influência na jornada de trabalho ficou evidente nos trabalhadores holandeses de tempo integral que apresentavam tempo sentado de 444 minutos/dia, maior que a média geral dos trabalhadores.

Em estudo realizado por Suzuki *et al* (2010, p. 704), com 930 participantes adultos residentes em Ribeirão Preto – SP, no ano de 2006, a média diária do tempo sentado ( $d_{eff} = 1,1701$ ), segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e relacionadas à saúde. Em quase todas as categorias destas variáveis, os homens apresentaram valores médios de tempo sentado maiores que as mulheres, sendo que, para o conjunto dos homens, a média diária do tempo sentado foi de 306,2 minutos [IC 95%, 283,8 - 328,6] e, para as mulheres, 270,3 minutos [IC 95%, 256,3 - 284,2].

No presente estudo, referente às variáveis sociodemográficas, grande parte do sexo masculino possuem a média de tempo sentado mais elevados que do sexo feminino. Onde, quase todos os valores para as variáveis são mais altos para o sexo masculino, exceto a variável “faixa etária: 30 - 39 anos”; “estado marital: com companheiro”; “Renda: < 3500,00 e 3500,00 - < 5529,40”, que apresentam mais elevadas no sexo feminino.

Referente á variável comportamental, os resultados das médias estão equilibradas, tanto para o sexo masculino, quanto para o sexo feminino. Somente na variável “número de medicamentos”, os resultados das médias de tempo sentado são mais elevados no sexo masculino.

Para as variáveis relacionadas à saúde, os menores valores médios de tempo sentado, para o sexo masculino, apareceram na variável saúde auto-referida, na categoria “regular”, com 540 minutos (IC 333,75-746,25). Para o sexo feminino, foi encontrado menor valor médio na variável saúde em relação a de amigos, na categoria “melhor que o seu”, com 360 minutos.

Os valores diários de tempo sentado dependem muito das horas por dia de trabalho e do tipo de trabalho, podendo variar de uma função para outra. Também pode-se levar em consideração as atividades fora do ambiente de trabalho, talvez os homens não costumam fazer atividades domésticas com mais frequência que as mulheres, assim, o tempo sentado será mais elevado que no sexo masculino, como aconteceu neste estudo, onde, em grande parte das categorias, o sexo masculino teve valores mais altos.



## 7. CONCLUSÕES

O presente estudo buscou identificar o nível de atividade física e o padrão de tempo sentado, segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde, entre os funcionários da UNICENTRO, *Campus* de Irati – PR.

Referente às características sociodemográficas da população do estudo, em relação à faixa etária, 43,33% do sexo masculino e 39,29% do sexo feminino pertencem à faixa etária de 30-39 anos. No estado marital, grande parte da população do estudo vive com companheiro, 90% dos homens e 53,57% das mulheres.

Em relação à renda, a maior porcentagem dos participantes possuem renda entre 3500- <5529,40, sendo 40% do sexo masculino e 39,29% do sexo feminino. Tanto o sexo feminino quanto o sexo masculino não possuem distinção quanto à sua renda, por não dar diferença significativa em sua porcentagem. Em relação ao número de dependentes da renda, 33,33% do sexo masculino e 32,14% do sexo feminino possuem 3 dependentes.

Referente às características comportamentais da população, em relação ao hábito de fumar, 53,33% do sexo masculino e 89,29% do sexo feminino não fumam. Para o consumo de bebidas alcoólicas, homens e mulheres não possuem dependência, sendo 90% dos homens e 100% das mulheres. Quanto ao uso de medicamentos, 50% dos homens e 53,57% das mulheres não fazem o uso de medicamentos. Em relação ao número de doenças diagnosticadas na população, 63,33% dos homens e 74,90% das mulheres possuem uma ou mais doenças.

Nas características relacionadas à saúde, referente ao estado nutricional, 40% dos homens são pré-obesos e 50% das mulheres são eutróficos. Em relação à saúde auto-referida, 63,33% dos homens e 60,71% das mulheres acreditam ter sua saúde “boa”. A saúde em relação a de amigos e da família, maior porcentagem da população estudada acreditam ter a saúde “igual a sua”.

Verificou-se que o padrão de atividade física da população, 60% dos homens e 71,43% das mulheres foram classificados como insuficientemente ativos.

Em relação ao nível de atividade física, segundo fatores sociodemográficos, a maior porcentagem dos participantes possuem idade entre 30 e 39 anos, sendo que, 61,54% do sexo masculino e 81,82% do sexo feminino foram classificados como suficientemente ativos.

Para o estado marital, foram classificados como suficientemente ativos os participantes do sexo masculino que não possuem companheiro, com 66,67% e insuficientemente ativos, do sexo feminino que possuem companheiro, com 80%.

Para os fatores comportamentais, em relação ao hábito de fumar, aqueles que não possuíam o hábito, foram encontrados 56,25% participantes do sexo masculino e 72% do sexo feminino e foram classificados como insuficientemente ativos. Também para aqueles que não possuíam dependência alcoólica, 55,56% são do sexo masculino e 71,43% do sexo feminino e foram classificados como insuficientemente ativos.

Percebemos que neste estudo, o hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas não interfere no padrão de atividade física desta população, pois, os participantes que não possuem o hábito de fumar e não possuem dependência alcoólica, mesmo assim a prevalência de insuficientemente ativos foi elevada.

Em relação aos fatores relacionados à saúde, para aqueles que foram classificados como Eutróficos, 77,78% do sexo masculino e 21,43% do sexo feminino foram classificados como suficientemente ativos.

Verificou que também há uma grande porcentagem da população estudada que não fez o uso da academia do campus, não praticou atividade física no campus e não participou de nenhum programa de atividade física.

A Inatividade física encontrada por grande porcentagem na população do estudo, pode ser causada em decorrência da jornada de trabalho, ou seja, certas funções acabam sendo sedentárias por manter o trabalhador muito tempo sentado ou realizando a mesma atividade e em casa, realizando tarefas domésticas. Mesmo que o estudo também considere atividades domésticas como atividade física, a população pode não ter se enquadrado no mínimo de minutos para poderem ser classificadas como ativas.

Pôde-se observar que as menores médias de tempo sentado, para a variável sociodemográfica, para o sexo masculino, foi na variável renda, na categoria do primeiro tercil de renda (<3500,00), com 622,5 minutos e para o sexo feminino a menor média de tempo foi na variável faixa etária e na categoria de 50 – 59 anos, com 555 minutos.

As menores médias de tempo sentado para as variáveis comportamentais foram, para o sexo masculino, a categoria consumo abusivo de álcool, na variável

“com dependência”, com 620 minutos (IC 447,90-792,10), e para o sexo feminino, a categoria hábito de fumar, na variável “fumantes ocasionais”, com 420 minutos.

Para as variáveis relacionadas à saúde, os menores valores médios de tempo sentado, para o sexo masculino, apareceram na variável saúde auto-referida, na categoria “regular”, com 540 minutos e para o sexo feminino, foi encontrado menor valor médio na variável saúde em relação a de amigos, na categoria “melhor que o seu”, com 360 minutos.

## 8. REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Grupo de Trabalho sobre Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br>. Acesso em: 2 abril. 2014.

AINSWORTH, B. E. *et al.* **Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities**. Medicina e Ciência nos Esportes e Exercícios. 498-516; 2000.

BARRETO, S. M. *et al.* **Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial de Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 14 (1), P. 41-68, 2005.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. **Comportamento de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção estresse entre trabalhadores da indústria**. Revista Saúde Pública, 35(6), 554-63, 2001.

BICALHO, P. G.; HALLAL, P. C.; GAZZINELLI, A. *et al.* **Atividade Física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil**. Revista Saúde Pública, 44(5), 884-93, 2010.

BINOTTO, M. A.; BORGATTO, A.F.; FARIAS, S.F. **Nível de atividade física: questionário internacional de atividades físicas e tempo de prática em mulheres idosas**. Revista Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 13(3):425-434, 2010.

BRITO, F. **Transição Demográfica e Desigualdades sociais no Brasil**. Revista Brasileira Est. Pop. São Paulo, 25 (1), p. 5-26, 2008.

CRAIG, C. *et al.* **International Physical Questionnaire: 12-country reliability and validity**. Méd Sci Sports Exercise, 35, p. 1381-95, 2003.

- DELCOR, N. S. *et al.* **Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 (1), p. 187-196, 2004.
- FUNDAÇÃO IBGE. **Características demográficas e socioeconômicas da população.** Anuário Estatístico do Brasil, 54:1-18-32, 1994.
- GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993.
- HALL, S. **Biomecânica Básica.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.
- HALLAL, P. C. *et al.* **Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática.** Revista Saúde Pública, São Paulo, 41 (3), p. 453-60, 2007.
- HASKELL, W. L. *et al.* **Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.** Medicina e Ciência nos Esportes e Exercícios. 39(8), 1423-34, 2007.
- HOFELMANN, D. A.; BLANK, N. **Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil.** Revista Saúde Pública 41(5):777-87, 2007.
- IBGE, 2006.
- JENAS, M. P.; PROPER, K. I.; HILDEBRANDT, V. H. **Sedentary behavior in Dutch workers: differences between occupations and business sectors.** Am J Prev Med., 33, p. 450-54, 2007.
- LIMA, A. B. **Avaliação do nível de atividade física de uma pequena população adulta do município do Rio de Janeiro por meio do IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) versão curta.** EFDeportes.com. Revista Digital, Buenos Aires, Ano 16, nº 162, Novembro de 2011.
- LOPES, M. J. M.; SILVEIRA, D. T.; FERREIRA, S. R. S. **Educação em Saúde nas doenças Crônico-Degenerativas e a Promoção da Qualidade de Vida: Relato de Experiência.** Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v.2, p.121-130, 1999.
- LOTUFO, P. A.; LOLIO, C. A. **Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Estado de São Paulo: 1970-1989.** Arq Brasil Cardiol, 61:149-53, 1993.
- MANTON, K. G. **The global impact of noncommunicable diseases: estimates and projections.** World Health Stat Q, 41 (3-4), p. 255-66, 1988.

- MARTINS, T. G.; ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M.V. *et al.* **Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados.** Revista Saúde Pública;43(5):814-24, 2009.
- MATSUDO, S. M. *et al.* **Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil.** Revista Brasileira At Física e Saúde, 6 (2), p. 05-18, 2001.
- MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. **Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 (3), p. 698-709, 2004.
- MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. **Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988).** Rev Saúde Pública. São Paulo, 28 (6), p. 433-39, 1994.
- MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. **Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996).** Rev Saúde Pública. São Paulo, 34 (3), p. 251-58, 2000.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* **A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997.** Pan Am J Publ Health, 14 (4), p. 246-54, 2003.
- MORAES, S. A.; REZENDE, M. H. V.; FREITAS, I. C. M. **Trends in mortality due to ischemic heart disease in the Municipality of Goiania, Brazil, during the years between 1980 and 1994.** Arq Bras Cardiol, 74 (6), p. 498-502, 2000.
- MORRIS, J. N. *et al.* **Coronary heart-disease and physical activity of work.** The Lancet, 28, p. 1111-20, 1953.
- NASCIMENTO, E. C.; JUSTO, J. S. **Vidas errantes e alcoolismo.** Psicologia: Reflexão e Crítica. Universidade Estadual Paulista / Assis. 13 (3), PP 529-538, 2000.
- NÓBREGA, A. C. L. *et al.* **Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 5 (6), 1999.
- OMRAN, A. R. **The epidemiology transition in the Américas.** PAHO, Washington: The University of Maryland, 188p, 1996.
- PATE, R. R. *et al.* **Physical activity and public health: a recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine.** JAMA, 273 (5), p. 402-7, 1995.
- PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia, atividade física e saúde.** Rev Brasileira de Ciência e Movimento. Brasília, 10 (3), p. 49-54, 2002.

- POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. São Paulo; Manole: 527p. 2000.
- RABIN, B. A.; BOEHMER, T. K.; BROWNSON, R. C. **Cross-national comparison or environmental and policy correlates of obesity in Europe**. *Europ J Publ health*, 17 (1), p. 53-61, 2007.
- REGO, R. A. *et al.* **Fatores de risco para doenças crônico não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil): metodologia e resultados preliminares**. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 24, p. 227-85, 1990.
- REZENDE, E. M.; SAMPAIO, I. B. M.; ISHITANI, L. H. **Caudas múltiplas de morte por doenças crônico-degenerativas: uma análise multidimensional**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1223-1231, set-out, 2004.
- RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. **Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares**. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Rio de Janeiro, 8 (6), 2002.
- RODRIGUES, E. S. R.; CHEIK, N. C.; MAYER, A. F. **Nível de atividade física e tabagismo em universitários**. *Rev Saúde Pública*. 42(4):672-8. 2008.
- ROEMER, R. **Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo**. 2a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
- SÁVIO, K. E. O.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. *et al.* **Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores**. *Revista Saúde Pública*, 43 (3), 457-63, 2008.
- SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional**. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (s1), p. 29-36, 2003.
- SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C. *et al.* **Transição Epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 9 (4): 897-908, 2004.
- SILVA, L. B. P. **Fatores associados à Atividade Física de trabalhadores da indústria do petróleo**. Lea Barbeta Pereira da Silva. Salvador : 2012.
- SILVA, R. S. *et al.* **Atividade Física e Qualidade de Vida**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Pelotas, RS, 15 (1), p. 115-120, 2010.
- SOUSA, R. P. **Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisando o debate sobre transições demográficas e epidemiológica**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (5), p. 1411-1421, 2002.

- SUSSER, M.; SUSSER, E. **Choosing a future for epidemiology. Part I: Eras and Paradigms.** American Journal of Public Health, 86, p. 668-673, 1996.
- SUZUKI, C. S.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. **Atividade Física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP.** Revista Saúde Pública, 45(2), 311-20, 2011.
- SUZUKI, C. S.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. **Média diária de tempo sentado e fatores associados em adultos residentes no município de Ribeirão Preto-SP, 2006: Projeto OBEDIARP.** Revista Brasileira de Epidemiologia. 13(4): 699-712, 2010.
- SZKLO, M.; NIETO, F. J. **Epidemiology: Beyond the Basics.** Gaithersburg, MD; Aspen Publisher Inc, 493p, 2000.
- VAISSMAN, M. **Alcoolismo no trabalho.** Editora Garamond. 2004.
- VESPESIANO, B. S. *et al.* **A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil.** Saúde em Revista, Piracicaba, v. 12, n. 32, p.49-54, set.-dez. 2012.
- WARBURTON, D. E. R.; NICOL, C. W.; BREDIN, S. S. D. **Health benefits of physical activity: the evidence.** CMAJ. 174 (6), p. 801-8, 2006.
- WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Resort of a WHO Consultation antropométricas: comparação de dois métodos estatísticos para avaliar a calibração de entrevistadores.** Revista Brasileira de Epidemiologia. 11(2): 278-86. 2008.
- WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A. **Global prevalence of diabetes: estimates for the year 200 and projections for 2030.** Diabetes Care, 27 (5), p. 1047-53, 2004.
- World Health Organization. The World health report: 2000 (monograph on the Internet). Available from: <http://www.who.int/en/>
- World Health Organization Report. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation.** Geneva: WHO Technical Report Series 89; 2000.

## **ANEXOS**





## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, temos o prazer de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “*Saúde, Comportamento Sedentário e Fatores Associados entre Agentes Universitários da UNICENTRO, Campus Universitário de Irati, 2014*”. O presente estudo é de responsabilidade da Sheila Regina Zwaretck, portadora do RG: 9480806-5, sob orientação do Professor Doutor Cláudio Shigueki Suzuki, do Departamento de Educação Física (DEDUF/I) da Universidade Estadual do Centro Oeste de Irati.

Esta investigação tem por objetivo identificar o padrão de atividade física entre os funcionários da UNICENTRO, *Campus* de Irati – PR.

A metodologia do estudo compreenderá na aplicação de um questionário, bem como na tomada de medidas de peso e altura.

Será garantido o sigilo das informações obtidas bem como o anonimato dos participantes do estudo. Além disso, as informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa. Enquanto participante da pesquisa você terá a opção de desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer tipo de penalização. Não haverá ao participante qualquer custo financeiro. A sua colaboração torna-se imprescindível para o alcance do objetivo proposto.

A mestrandia do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, Sheila Regina Zwaretck se coloca a disposição para prestar qualquer esclarecimento pessoalmente, por telefone (42) 9932 4404 ou e-mail: [sheila\\_zwaretck@hotmail.com](mailto:sheila_zwaretck@hotmail.com), assim como o orientador Professor Doutor Cláudio Shigueki Suzuki, pelo telefone (42) 99535281 ou e-mail: [suzuki@irati.unicentro.br](mailto:suzuki@irati.unicentro.br)

De acordo com o esclarecido, eu \_\_\_\_\_ aceito a participar da pesquisa “*Saúde, Comportamento Sedentário e Fatores Associados entre Agentes Universitários da UNICENTRO, Campus Universitário de Irati, 2014*”, estando devidamente informado sobre a natureza da pesquisa, objetivos propostos, metodologia empregada e benefícios previstos.

Irati, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Sheila Regina Zwaretck

---

Professor Doutor Cláudio Shigueki Suzuki

---

Participante

Questionário:

Data:

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Em que dia, mês e ano nasceu?	____/____/____.
2. Qual seu Sexo?	Masculino.....0 ( ) Feminino.....1 ( )
4. O(a) Sr(a) foi à escola?	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
5. Quantos anos COMPLETOS de estudo o(a) Sr(a) tem? Por favor, diga-me quantos anos estudou e desconte os anos que repetiu ou parou de estudar.  <b>Entrevistador (a): Se o tempo for inferior a 1 ano anote 00.</b>	Anos de escolaridade.....( ) NS/NR.....99 ( )
6. Atualmente, o(a) Sr(a) vive sozinho(a) ou acompanhado(a)?	Sozinho(a).....0 ( ) (Vá para 7) Acompanhado(a).....1 ( ) (Vá para 8)
7. Há quanto tempo vive sozinho(a)?  <b>Entrevistador (a): Se o tempo for inferior a 1 ano anote 00.</b>	Tempo (em anos).....( ) (Vá para 9)
8. Quanto tempo dura este seu casamento ou união?	Tempo.....( ) anos
9. No total, quanto o(a) Sr(a) ganha por seu trabalho principal e por outros que realiza?  <b>Entrevistador (a): O mês de referência é o mês anterior o da entrevista.</b>	Renda _____, _____
10. Quantas pessoas dependem dos seus ganhos?  <b>Entrevistador (a): Inclua a pessoa entrevistada no total de pessoas que dependem dessa renda.</b>	Número de pessoas....._____
11. No total até hoje, quantos anos de atividade de trabalho o(a) Sr(a) tem?	Tempo....._____ anos
12. No total, qual é a renda conjunta da sua família?  <b>Entrevistador (a): O mês de referência é o mês anterior o da entrevista.</b>	Renda _____, _____
13. No total, quantas pessoas que moram nesta residência, dependem dessa renda conjunta?	Número de pessoas....._____

### ESTADO DE SAÚDE

1. Como o (a) Sr (a) considera seu estado de saúde hoje?  <b>Entrevistador (a): Leia todas as observações até obter uma única resposta.</b>	Excelente.....0 ( ) Bom.....1 ( ) Regular.....2 ( ) Ruim.....3 ( ) Péssimo.....4 ( )
---	--

2. Como o (a) Sr(a) considera o estado de saúde de seus amigos(as) de sua idade?  <b>Entrevistador (a): Leia todas as observações até obter uma única resposta.</b>	Igual ao seu.....0 ( ) Pior que o seu.....1 ( ) Melhor que o seu.....2 ( )
---	--

3. Como o (a) Sr (a) considera o estado de saúde de sua família?  <b>Entrevistador (a): Leia todas as observações até obter uma única resposta.</b>	Igual ao seu.....0 ( ) Pior que o seu.....1 ( ) Melhor que o seu.....2 ( )
---	--

Agora vou ler uma lista de doenças ou problemas de saúde (queixas) e gostaria de saber se alguma vez o **MÉDICO** falou o que o(a) Sr(a) tem ou teve:

1- Artrite, reumatismo ou artrose	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
-----------------------------------	--------------------------------

2- Bronquite	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
--------------	--------------------------------

3- Asma	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
---------	--------------------------------

4- Prisão de ventre	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
---------------------	--------------------------------

5- Catarata	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
-------------	--------------------------------

6- Problemas de coluna	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
------------------------	--------------------------------

7- Perda de peso	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
------------------	--------------------------------

8- Úlcera do estômago	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
-----------------------	--------------------------------

9- Má circulação	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
------------------	--------------------------------

10- Câncer ou tumor	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
---------------------	--------------------------------

11- Excesso de peso/Obesidade	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
12- Sífilis	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
13- Tuberculose	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
14- Lupus eritematoso sistêmico	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
15- AIDS	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
16- Outra doença infecciosa	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( ) ( <i>Especifique</i> )
17- Derrame cerebral (AVC)	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
18- Infarto	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )
19- Diabetes	Não.....0 ( ) Sim.....1 ( )

### MEDICAMENTOS

Agora eu gostaria de anotar os remédios que o(a) Sr(a) está tomando ou usando **NOS ÚLTIMOS 15 DIAS**.

Não toma remédios.....0 ( ) (encerre esta parte da entrevista)  
Sim.....1 ( ) (Vá para 2)

2- Lista de medicamentos: Nome dos medicamentos que está usando ou tomando:	3- Quem receitou? Médico.....1 Farmacêutico....2 Enfermeira.....3 O próprio.....4 Outro.....5 →	4- Tempo de uso: Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa ou toma esse medicamento? →	5- Como adquiriu: Como adquiriu esse medicamento? Comprou.....1 Pegou gratuitamente nos pontos de distribuição...2 Outro.....3 (especifique na coluna abaixo) →
1-	( )	Meses __ __ Anos __ __	( )
2-	( )	Meses __ __ Anos __ __	( )
3-	( )	Meses __ __ Anos __ __	( )
4-	( )	Meses __ __ Anos __ __	( )
5-	( )	Meses __ __ Anos __ __	( )

6-	( )	Meses ___ __ Anos ___ __	( )
7-	( )	Meses ___ __ Anos ___ __	( )
8-	( )	Meses ___ __ Anos ___ __	( )
9-	( )	Meses ___ __ Anos ___ __	( )
10-	( )	Meses ___ __ Anos ___ __	( )

### HÁBITOS DE VIDA

1. O (a) Sr (a) tem ou teve o hábito de fumar?  <b>Entrevistador (a): Para a opção 3 – “Fuma ocasionalmente”, considere somente aqueles que referirem o hábito de fumar de forma esporádica, isto é, ATÉ 1 cigarro por mês.</b>	Sim, fuma..... 0 ( ) (Vá para 2) Já fumou, mas não fuma mais.....1 ( ) (Vá para 4) Nunca fumou.....2 ( ) (Vá para 1) Fuma ocasionalmente.....3 ( ) (Vá para 3)
---	---

2. Em média, quantos cigarros, charutos ou cachimbos o (a) Sr (a) fuma por dia?  <b>Definição: Maço = 20 cigarros; para cachimbo = número de vezes que é acendido.</b>	Cigarros ___ __ por dia.  Charutos ___ __ por dia.  Cachimbos ___ __ por dia.
--	---

3. Em média, a quanto tempo o(a) Sr (a) fuma? Por favor, considere o tempo efetivo de fumo, excluindo o tempo em que interrompeu o hábito.	___ __ Anos.  ___ __ Meses. (Vá para 1/Bebidas).
--	--

4. Em média, quantos cigarros, charutos ou cachimbos o (a) Sr (a) fumava por dia?  <b>Definição: Maço = 20 cigarros; para cachimbo = número de vezes que é acendido.</b>	Cigarros ___ __ por dia.  Charutos ___ __ por dia.  Cachimbos ___ __ por dia.
--	---

5. Em média, por quanto tempo o (a) Sr (a) fumou? Por favor, considere tempo efetivo de fumo excluindo o tempo em que interrompeu o hábito.	___ __ Anos.  ___ __ Meses.
---	-----------------------------------

**Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o consumo de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, vodka, cachaça, etc). Gostaria que o (a) Sr (a) respondesse pensando no seu consumo no ÚLTIMO ANO.**

### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS (NO ÚLTIMO ANO)

1. NO ÚLTIMO ANO, com que frequência o (a) Sr (a) consumiu algum tipo de bebida alcoólica?  <b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b>	Nunca.....0 ( ) Vá para 09 Uma vez ou menos por mês.....1 ( ) De dois a quatro vezes por mês .....2 ( ) De dois a três vezes por semana .....3 ( ) Quatro ou mais vezes por semana.....4 ( )
--	--

2. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , quantas doses de bebida alcoólica o (a) Sr (a) tomou, em um dia de consumo normal?  Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.	Uma ou duas.....0	( )
	Três ou quatro.....1	( )
	Cinco ou seis.....2	( )
	De sete, oito ou nove.....3	( )
	Dez ou mais.....4	( )

3. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) toma seis ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia? Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.	Nunca.....0	( )
	Menos de uma vez por mês.....1	( )
	Mensalmente.....2	( )
	Semanalmente.....3	( )
	Diariamente ou quase diariamente.....4	( )

Obs: Entrevistador (a): Se a resposta da pessoa entrevistada para a pergunta 2 for "0" (1 ou 2 doses) e para a pergunta 3 for "0" (nunca) vá para as perguntas 09 e 10, caso contrário siga com a pergunta 4.

4. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência, o (a) Sr (a) foi incapaz de PARAR de beber depois de ter tomado a primeira dose?  Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.	Nunca.....0	( )
	Menos de uma vez por mês.....1	( )
	Mensalmente.....2	( )
	Semanalmente.....3	( )
	Diariamente ou quase diariamente.....4	( )

5. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) não conseguiu realizar suas atividades porque havia bebido?  Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.	Nunca.....0	( )
	Menos de uma vez por mês.....1	( )
	Mensalmente.....2	( )
	Semanalmente.....3	( )
	Diariamente ou quase diariamente.....4	( )

6. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) precisou beber em jejum para recuperar-se, depois de ter bebido muito no dia anterior?  Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.	Nunca.....0	( )
	Menos de uma vez por mês.....1	( )
	Mensalmente.....2	( )
	Semanalmente.....3	( )
	Diariamente ou quase diariamente.....4	( )

7. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) sentiu arrependimento (remorso) ou sentimento de culpa depois de ter bebido?  Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.	Nunca.....0	( )
	Menos de uma vez por mês.....1	( )
	Mensalmente.....2	( )
	Semanalmente.....3	( )
	Diariamente ou quase diariamente.....4	( )

8. <b>NO ÚLTIMO ANO</b> , com que frequência o (a) Sr (a) não foi capaz de se lembrar o que tinha acontecido no dia ou na noite anterior porque estava bebendo?  Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.	Nunca.....0	( )
	Menos de uma vez por mês.....1	( )
	Mensalmente.....2	( )
	Semanalmente.....3	( )
	Diariamente ou quase diariamente.....4	( )

<p>9. O (a) Sr (a) ou alguma outra pessoa ficou aborrecido, ofendido ou incomodado porque o (a) Sr (a) havia bebido?</p> <p><b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b></p>	<p>Não.....0 ( )</p> <p>Sim, mas não no último ano.....1 ( )</p> <p>Sim, aconteceu no último ano.....2 ( )</p>
<p>10. Algum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde tem demonstrado preocupação por seu consumo de bebidas alcoólicas ou sugeriram que o (a) Sr (a) parasse de beber?</p> <p><b>Entrevistador (a): Leia todas as opções até obter uma única resposta.</b></p>	<p>Não.....0 ( )</p> <p>Sim, mas não no último ano.....1 ( )</p> <p>Sim, aconteceu no último ano.....2 ( )</p>
<p>11. Excluindo o último ano, o (a) Sr (a) alguma vez consumiu bebidas alcoólicas?</p>	<p>Não.....0 ( ) Vá para AF</p> <p>Sim.....1 ( )</p>
<p>12. Em média, durante quanto tempo o (a) Sr (a) bebeu? Por favor, considere o tempo de consumo de bebidas alcoólicas, excluindo as interrupções.</p>	<p>___ ___ Anos.</p> <p>___ ___ Meses.</p>

## QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países.

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

### Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos **10 minutos contínuos de cada vez**.

1a - Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum (Vá para 2a)

1b - Nos dias em que você **caminhou** por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

2a - Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum (Vá para 3a)

2b - Nos dias em que você fez essas atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

3a - Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum (Vá para 4)

3b - Nos dias em que você fez essas atividades **vigorosas** por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

4 - Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo,



lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a - Quanto tempo no total você gasta sentado durante **um dia de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

4b - Quanto tempo no total você gasta sentado durante em **um dia de final de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

### **Questões sobre a prática de AF na Instituição:**

1 – O Sr (a) faz uso das instalações do Campus de Irati para a prática de Atividade Física?

( ) Sim                      ( ) Não

2 – O Sr (a) já fez uso da academia do Campus de Irati?

( ) Sim                      ( ) Não (Vá para 3)

2.1 - Em que período?

Início: Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Término: Mês \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

3 – O Sr (a) participa de algum programa de Atividade Física?

( ) Sim                      ( ) Não

3.1 – Qual? \_\_\_\_\_

**ANTROPOMETRIA**

1. Qual sua altura?  Entrevistador(a): Na ausência de resposta, anote 999,9 nas caselas correspondentes.	____ ____, ____ cm.
2. Qual seu peso atual?	____ ____, ____ Kg.
3. Peso do (a) entrevistado (a).	Peso 1: ____ ____, ____ Kg.  Peso 2: ____ ____, ____ Kg.
4. Altura do (a) entrevistado (a).	Altura 1: ____ ____, ____ cm.  Altura 2: ____ ____, ____ cm.