

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Luzianne Benette Farage Moreira

**ESTADO NUTRICIONAL DOS SERVIDORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM
EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA ASSOCIADO AOS HÁBITOS
ALIMENTARES E ÀS PRÁTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA**

Juiz de Fora
2014

Luzianne Benette Farage Moreira

**ESTADO NUTRICIONAL DOS SERVIDORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM
EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA ASSOCIADO AOS HÁBITOS
ALIMENTARES E ÀS PRÁTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-Doecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Chaoubah

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Benette Farage Moreira, Luzianne .
ESTADO NUTRICIONAL DOS SERVIDORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA ASSOCIADO AOS HÁBITOS ALIMENTARES E ÀS PRÁTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA / Luzianne Benette Farage Moreira. -- 2014.
89 f. : il.

Orientador: Alfredo Chaoubah
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

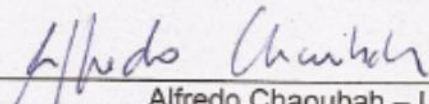
1. Saúde do Trabalhador. 2. Estado Nutricional. 3. Obesidade. 4. Atividade Física. 5. Circunferência Abdominal.
I. Chaoubah, Alfredo , orient. II. Título.

LUZIANNE BENETTE FARAGE MOREIRA

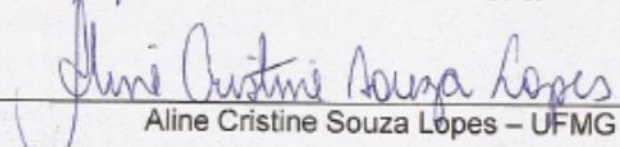
“Estado Nutricional dos Servidores Técnico-administrativos em Educação de uma Universidade Pública Associado aos Hábitos Alimentares e às Práticas de Atividades Física.”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 14/03/2014



Alfredo Chaoubah – UFJF



Aline Cristine Souza Lopes – UFMG



Camila Maciel de Oliveira – UFJF

Ao Márcio e à Beatriz,
pelo amor, pela paciência e por conquistarem
comigo mais esse sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha força e minha luz nos caminhos da vida.

Aos meus pais, Laíde e José, por sempre acreditarem nos meus sonhos e que hoje me abençoam de outro plano.

Ao Márcio, meu marido e companheiro, pela compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

À Beatriz, alegria da minha vida, pelas vezes que me fiz ausente e por ser a inspiração de tudo o que faço.

À dona Amélia, sogra/mãe, que sempre me ajudou nos momentos que mais precisava.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alfredo Chaoubah, que com muita paciência me orientou e me mostrou que era possível chegar até aqui.

À Profa. Dra. Rosângela Greco, pelo carinho e pelo auxílio na pesquisa.

A todos os professores do Mestrado pelos ensinamentos.

Aos meus colegas do Mestrado, pelas alegrias e pelas dificuldades que passamos juntos.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade SIASS, pela compreensão e apoio.

À Angélica, Renata, Gessilene, Jordana e Cândida pela amizade e força que vocês me deram nesse importante passo.

A todos os Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da UFJF que participaram da pesquisa.

*“Que seu remédio seja seu alimento,
e que seu alimento seja seu remédio”*

Hipócrates

RESUMO

A Saúde do Trabalhador busca compreender o ciclo de vida dos trabalhadores e o processo de trabalho de forma articulada. Na sociedade atual a obesidade é considerada uma doença crônica, cujo aumento da prevalência nas últimas décadas determina importantes implicações para a definição de estratégias de ação na área de saúde pública. Considerando a importância da prevenção da obesidade, enquanto doença crônica não transmissível e fator de risco para outras doenças, e seu impacto na saúde dos trabalhadores, o presente estudo teve como objetivos descrever o Estado Nutricional dos servidores Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) da Universidade Federal de Juiz de Fora e associá-lo aos hábitos alimentares e às práticas de atividade física desses servidores. Para isso, foi realizado um estudo epidemiológico de delineamento transversal com uma amostra aleatória de 487 trabalhadores TAEs com idade de 19 a 66 anos. O instrumento de coleta de dados foi um questionário autopreenchível que continha questões sobre o consumo alimentar, prática de atividade física, questões socioeconômicas e demográficas e ao final foi realizada a mensuração do peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e a medida da Circunferência abdominal. Os dados foram processados em um banco de dados criado por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. Os resultados revelaram que 39,5% dos servidores estão com o peso eutrófico, 34,7% com sobrepeso e 24,6% com obesidade. Quanto à prática de atividade física, 57% dos servidores são ativos e 43% sedentários. O consumo de frutas, verduras e leite mostrou que a maioria dos servidores tende a ter uma alimentação variada, mas não atingindo os níveis de consumo recomendado para estes alimentos. O estado nutricional variou de acordo com indicadores como idade, sexo, escolaridade e renda, confirmando que essas variáveis influenciam o peso dos indivíduos. Assim, o presente estudo demonstrou que se faz necessário uma ação voltada para a saúde do trabalhador no que diz respeito à prevenção e ao tratamento da obesidade como forma de se minimizar a incidência de doenças crônicas não transmissíveis no universo estudado.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Estado Nutricional. Obesidade. Atividade Física. Circunferência Abdominal. Alimentação Saudável.

ABSTRACT

The Occupational Health aims to understand the cycle of life of workers and work processes in an articulated manner. In today's society obesity is considered a chronic disease whose prevalence increased in recent decades has given important implications for the development of strategies for action in public health. Considering the importance of preventing obesity as chronic non-communicable disease and a risk factor for other diseases, and its impact on workers' health, the present study aimed to describe the nutritional status of the servers in Administrative Technical Education (TAES) at the University Federal de Juiz de Fora and associate it with food habits and physical activity practices of these servers. For this a cross-sectional epidemiological study with 487 workers TAES aged 19-66 years has been carried out. The data collection instrument was a self-administered questionnaire that included questions on dietary intake, physical activity, socioeconomic and demographic issues and end the measurement of weight and height was performed to calculate the Body Mass Index (BMI) and measurement of waist circumference. The data were processed in a database created by using the statistical program Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 15.0. The results revealed that 39.5 % of servers are eutrophic with weight, 34.7 % overweight and 24.6 % obese. As for physical activity, 57 % of the servers are active and 43 % inactive. The consumption of fruits, vegetables and milk showed that most servers tend to have a varied diet, but not reaching recommended consumption levels for these foods. The nutritional status varied according to indicators such as age, sex, education and income, confirming that these variables influence the weight of individuals. Thus, the present study demonstrated that an action is needed toward the worker's health with regard to the prevention and treatment of obesity as a way to minimize the incidence of chronic diseases in the studied universe.

Keywords: Occupational Health. Nutritional Status. Obesity. Physical Activity. Waist Circumference. Healthy Eating.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|--------------------|--|----|
| Gráfico 1. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo o estado nutricional..... | 44 |
| Gráfico 2. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a prática de atividade física | 44 |
| Gráfico 3. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo o risco para desenvolvimento de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal | 45 |
| Gráfico 4. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo o consumo de frutas, verduras e frituras | 46 |
| Gráfico 5. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo o consumo de leite | 47 |
| Gráfico 6. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x sexo | 48 |
| Gráfico 7. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x faixa etária..... | 49 |
| Gráfico 8. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação eEstado nutricional x renda | 50 |
| Gráfico 9. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x escolaridade..... | 51 |
| Gráfico 10. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x consumo de frutas frescas..... | 52 |
| Gráfico 11. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x consumo de verduras..... | 53 |
| Gráfico 12. | Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x consumo de frituras | 54 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 13. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x consumo de leite | 55 |
| Gráfico 14. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x risco de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal | 56 |
| Gráfico 15. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x prática de atividade física | 57 |
| Gráfico 16. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x faixa etária | 58 |
| Gráfico 17. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x sexo | 59 |
| Gráfico 18. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x renda..... | 60 |
| Gráfico 19. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x escolaridade..... | 61 |
| Gráfico 20. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x risco de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal | 62 |
| Gráfico 21. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x consumo de frutas frescas | 63 |
| Gráfico 22. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x consumo de verduras..... | 64 |
| Gráfico 23. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x consumo de frituras..... | 65 |
| Gráfico 24. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x consumo de leite | 66 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------------|---|----|
| Tabela 1. | Classificação do estado nutricional pelo IMC | 26 |
| Tabela 2. | Caracterização socioeconômica e demográfica dos Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014..... | 42 |
| Tabela 3. | Medidas antropométricas dos servidores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014..... | 43 |
| Tabela 4. | Análise multivariada | 67 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|--|----|
| Quadro 1. | Critérios de indicação para cirurgia bariátrica..... | 28 |
| Quadro 2. | Recomendações específicas sobre dieta, segundo a estratégia global para a promoção da alimentação saudável, atividade física e saúde | 30 |
| Quadro 3. | Variáveis de estudo..... | 40 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| ABESO | Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CA | Circunferência Abdominal |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| IAPs | Institutos de Aposentadorias e Pensões |
| IFES | Instituições Federais de Ensino Superior |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| IPAQ | Questionário Internacional de Atividade Física |
| MPOG | Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-americana da Saúde |
| PASS | Política de Atenção à Saúde do Servidor |
| SIASS | Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal |
| SISOSP | Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal |
| TAE | Técnico Administrativo em Educação |
| UFJF | Universidade Federal de Juiz de Fora |
| Vigitel | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 17 |
| 2.1 | SAÚDE DO TRABALHADOR | 17 |
| 2.1.1 | A saúde do trabalhador no Brasil | 19 |
| 2.1.2 | A saúde do trabalhador no âmbito do serviço público federal | 21 |
| 2.2 | OBESIDADE | 24 |
| 2.2.1 | Etiologia | 25 |
| 2.2.2 | Diagnóstico | 26 |
| 2.2.3 | Tratamento | 27 |
| 2.2.4 | A obesidade no Brasil | 28 |
| 2.3 | ALIMENTAÇÃO NO BRASIL | 29 |
| 2.4 | ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL | 31 |
| 3 | OBJETIVOS | 33 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 33 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 33 |
| 4 | MATERIAIS E MÉTODOS | 34 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 34 |
| 4.2 | O CENÁRIO DO ESTUDO | 35 |
| 4.3 | SUJEITOS DO ESTUDO | 36 |
| 4.4 | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 38 |
| 4.5 | ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS | 40 |
| 4.6 | ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA | 41 |
| 5 | RESULTADOS | 42 |
| 5.1 | ANÁLISE DESCRITIVA | 42 |
| 5.2 | FATORES ASSOCIADOS AO ESTADO NUTRICIONAL | 47 |
| 5.3 | FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA | 57 |
| 5.4 | ANÁLISE MULTIVARIADA | 66 |
| 6 | DISCUSSÃO | 69 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| | REFERÊNCIAS | 74 |
| | ANEXOS | 80 |

1 INTRODUÇÃO

Ao revermos a história, percebemos que somente após a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra no século XIX, a saúde dos trabalhadores começou a ter a devida atenção, apesar de no Egito antigo haver alguma referência a cuidados com os trabalhadores, seu marco histórico data de 1830, quando o primeiro médico do trabalho é contratado para uma fábrica, com o intuito de diminuir os efeitos que o processo acelerado e desumano de produção tinha sobre os operários (MENDES; DIAS, 1991).

No Brasil, essa mudança ocorre mais tarde, já em meados do século XX, juntamente com o processo de industrialização do país, e com uma Medicina do Trabalho centrada na figura do médico, de aspecto meramente curativo e unicausal, preocupada apenas em repor a mão de obra enferma e impedir a contratação de indivíduos doentes (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Este pensamento começou a mudar juntamente com a realização da Reforma Sanitária Brasileira, culminando na criação do Sistema Único de Saúde que assumiu a responsabilidade pelas ações da Saúde do Trabalhador, o que antes era tarefa do Ministério do Trabalho (ANDRADE, 2009).

Até então, o campo da Medicina do trabalho se preocupava apenas com doenças ocupacionais, enquanto a Saúde do Trabalhador analisa os processos de trabalho, numa ótica interdisciplinar e que também volta seu olhar para outras doenças que podem influenciar na qualidade de vida e na saúde do trabalhador (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Enquanto as políticas de proteção à saúde do trabalhador no Brasil em geral datem dos meados do século passado, só agora a saúde do servidor público federal brasileiro conseguiu um planejamento específico com a criação, em 2009, da Política de Atenção à Saúde do Servidor e a criação do SIASS, que unifica as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde do servidor (BRASIL, 2009).

Vivemos em uma sociedade em que a obesidade é tida como a grande epidemia do século (PÊGO-FERNANDES; BIBAS; DEBONI, 2011). Considerada como um fator de risco e ao mesmo tempo uma doença crônica não transmissível, ela está presente em todas as faixas etárias e classes sociais, tanto em países

desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Segundo Coutinho (2009)

As complicações da obesidade têm crescido rapidamente e representa um dos principais desafios de saúde pública neste início de século. Suas complicações incluem o diabetes mellitus tipo 2, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, apneia do sono, problemas psicossociais, doenças ortopédicas e diversos tipos de câncer. A escalada vertiginosa da obesidade em diferentes populações, incluindo países industrializados e economia em transição, levanta a questão de que fatores estariam determinando esta epidemia. Considerando-se que o patrimônio genético da espécie humana não pode ter sofrido mudanças importantes neste intervalo de poucas décadas, certamente os fatores ambientais devem explicar esta epidemia. (COUTINHO, 2009, p. 264, tradução nossa).

Na maior parte dos países europeus, a obesidade teve um crescimento de 10% a 40% em 10 anos. Na África e na Ásia, a obesidade é mais prevalente nas áreas urbanas. No continente americano, a obesidade tem aumentado em todos os países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Um dos fatores que contribuem para a causa da obesidade é a mudança nos padrões comportamentais da população, entre eles a adoção de uma dieta rica em gordura e açúcares e pobre em frutas, verduras e legumes, e a diminuição da prática de atividade física (BRASIL, 2011a).

Ao considerar a obesidade como doença crônica, temos que monitorar e controlar seus índices, por se tratar de uma doença complexa, que traz graves consequências ao sistema de saúde, pois está associada a doenças como o diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, às doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (FRANCISCHI et al., 2000).

Com o objetivo de se conhecer melhor como vive e qual o estado de saúde do servidor Técnico Administrativo em Educação (TAE) na UFJF, está sendo realizado o I Inquérito sobre saúde e qualidade de vida dos servidores técnicos administrativos em educação da UFJF. Com o objetivo de contribuir para o debate entre saúde do trabalhador e o estado nutricional nesta população, iremos abordar a prevalência da obesidade, a prática de atividade física e o padrão alimentar desses servidores, que segundo dados do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

(MPOG) em fevereiro de 2014 somam 124.070 servidores em todas as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) do Brasil (BRASIL, 2014).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao longo da história da humanidade percebemos a relação trabalho-saúde desde a Antiguidade, relatada em papiros do Egito antigo e que efetivamente ganha força na Revolução Industrial. Apesar de antiga, essa história nem sempre teve a importância merecida, já que não existia preocupação com o trabalhador escravo, que era tido como mera ferramenta de trabalho, sendo substituída se apresentasse algum problema (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Segundo Timbó e Eufrásio (2009),

[...] tem-se o século IV a.C como referência das primeiras observações alusivas ao adoecimento laboral. É cabível afirmar que a questão ambiental do trabalho, nos quatro últimos séculos, tornou-se objeto de estudo e discussão em diversas áreas do conhecimento. (TIMBÓ; EUFRÁSIO, 2009, p. 345).

Porém, com o advento da Revolução Industrial, no século XIX, surge na Inglaterra a medicina do trabalho (MENDES; DIAS, 1991). Devido ao tratamento desumano dispensado aos trabalhadores, com jornadas extenuantes, ambientes insalubres, trabalhar era quase incompatível com a vida (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997), devido à proliferação de doenças infecto-contagiosas e acidentes com o maquinário.

Para amenizar esses problemas, e conseqüentemente aumentar a produção, os empresários começaram a contratar médicos para o interior das unidades fabris, com a missão de detectar os processos danosos à saúde e recuperar o trabalhador para que este voltasse à linha de produção (MENDES; DIAS, 1991).

A Medicina do Trabalho, com uma visão eminentemente biológica e individual, restrita ao espaço fabril, buscando as causas das doenças e acidentes de trabalho, espalhou-se rapidamente por outros países, paralelamente ao processo de industrialização (MENDES; DIAS, 1991).

Com o passar do tempo, a Medicina do Trabalho começou a não acompanhar a evolução industrial, principalmente após a II Guerra Mundial. A crescente insatisfação dos trabalhadores e empregadores, devido aos altos custos dos agravos à saúde, fez surgir como alternativa a Saúde Ocupacional, que se traduz “na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões” (MENDES; DIAS, 1991, p. 343).

A Saúde Ocupacional se ocupa do ambiente, numa proposta interdisciplinar, além de incorporar a teoria da multicausalidade, “na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença.” (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 23). Destaca-se uma forte influência das escolas de saúde pública americanas na formulação deste conceito, baseado na racionalidade científica e nas intervenções nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais (MENDES; DIAS, 1991).

Apesar dos avanços, o conceito de Saúde Ocupacional tem várias limitações como o referencial da medicina do trabalho, não contempla a interdisciplinaridade: a deficiência na formação de recursos humanos para a área, a abordagem dos trabalhadores como objeto das ações de saúde e o não reconhecimento da saúde ocupacional como parte integrante do setor saúde (MENDES; DIAS, 1991).

Devido a essas limitações e a necessidade de mudanças no quadro de saúde da população trabalhadora, além dos movimentos sociais que fizeram emergir nova legislação no campo trabalhista, nos meados dos anos de 1960, surge na Europa as sementes para a Saúde do Trabalhador. Essa nova prática destaca-se por estar inserida na saúde pública e tem como objeto o processo saúde e doença e sua relação com o trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

A saúde do trabalhador

[...] busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na moderna civilização urbano-industrial. (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Assim sendo, a referida prática busca superar a saúde ocupacional, apesar de tê-la como referência de abordagem, agregando, além da medicina e da

engenharia de segurança, um amplo espectro de disciplinas que tem como base o tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde, ciências sociais, dentre outras disciplinas, caracterizando o campo do saber da saúde coletiva (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

2.1.1 A saúde do trabalhador no Brasil

Para se compreender a trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil, é necessário conhecer o contexto histórico do país no último século.

Os primeiros registros da assistência à saúde do trabalhador no Brasil remetem ao Período Colonial e ao Império, quando existia a persistência legal de relações de trabalho escravagistas e assim havia normas para o tratamento dos escravos. Logo em seguida, houve a queda do regime monárquico e a proclamação da república. Já no século XX, o crescimento econômico no Sul e Sudeste do país impulsiona a imigração de mão de obra operária europeia e de outras regiões do mundo, como o Médio e Extremo Oriente. Assim se dá a formação da classe operária brasileira, composta por miscigenação cultural das lutas abolicionistas, herdadas pelos trabalhadores remanescentes da escravidão, com o ideal anarquista/socialista, trazido pelos imigrantes. Neste instante, a causa da saúde no trabalho ganha destaque público (MENDES, 2007).

As primeiras três décadas do século XX são profundamente marcadas por lutas trabalhistas, travadas pelas classes operárias urbanas, com conquistas trabalhistas e previdenciárias importantes para diversas categorias de trabalhadores assalariados urbanos (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

O governo de Getúlio Vargas, inspirado no modelo de política fascista italiano, instaurado por Mussolini, agrupa todas essas conquistas sob a égide e ditames do Estado, promulgando, em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – Decreto Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943 (SOUTO, 2009).

A Previdência Social é criada em 1967, com a estatização de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), agrupados no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, sendo a assistência médica posteriormente, em 1977,

assumida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (SOUTO, 2009).

Vale ressaltar que somente na década de 1970 o Estado Brasileiro começa a considerar o trabalhador rural em suas políticas nas áreas trabalhistas e de previdência social (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

Até 1988, a saúde era um benefício previdenciário, restrito aos contribuintes, ou um serviço comprado na forma de assistência médica ou, por fim, uma ação de misericórdia, prestada por hospitais filantrópicos, oferecida aos que não tinham acesso à previdência e nem tinham recursos para pagar a assistência privada. As políticas públicas para ações de saúde preventiva, de caráter coletivo, eram prestadas pelo Ministério da Saúde, ou pelas Secretarias de Saúde Estaduais ou Municipais, nas regiões mais desenvolvidas (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 1980, o recrudescimento dos movimentos sociais levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Neste contexto, surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo o movimento para a Saúde do Trabalhador (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

Em 1988, o povo brasileiro conquistou, após quase 500 anos de história, o direito universal à saúde, disposto na Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 196, como “[...] um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]” (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011, p. 38).

A Saúde do Trabalhador, enquanto política pública reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 1970 e os anos 1990, reivindicavam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho fizessem parte do direito universal à saúde, que segundo Mendes (2007)

[...] reunia técnicos da rede pública de serviços de saúde, das universidades que buscavam conhecer as relações entre trabalho e saúde, desvelar suas consequências negativas, traduzidas em um perfil diferenciado de adoecimento e morte dos trabalhadores e construir formas de intervenção, visando à melhoria das condições de trabalho e vida. (MENDES, 2007, p131).

Desse movimento surgiram os Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com o objetivo de prestar uma assistência diferenciada à saúde dos trabalhadores e que inserisse os indivíduos nos processos de trabalho (GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011).

Nos anos 1990, ocorreram rápidas mudanças no mundo do trabalho, oriundas da globalização dos mercados e da reestruturação da economia, que alteraram as relações, as condições e os ambientes de trabalho, o que trouxe repercussões diretas sobre a vida e a saúde dos trabalhadores (FERREIRA, 2012).

2.1.2 A saúde do trabalhador no âmbito do serviço público federal

Denomina-se servidor público “as pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da Administração Indireta, com vínculo empregatício e mediante remuneração pelos cofres públicos” (NUNES; LINS, 2009) e o seu trabalho faz parte do cotidiano dos cidadãos (ASSUNÇÃO, 2012).

Ao percorrer a história da Administração Pública e sua conduta no que tange os direitos dos servidores relacionados à saúde do trabalho

[...] constata-se que as mesmas se restringem ao que diz respeito a normas de aposentadoria, remuneração de licenças para tratamento de saúde e instituição de adicional de insalubridade e periculosidade. A partir da Constituição de 1988, e da criação do Regime Jurídico Único, faz-se necessário uma reorientação política e conseqüentemente uma reestruturação administrativa, no nível da burocracia federal, de forma a assegurar as conquistas sociais previstas na nova carta constitucional. (ANDRADE, 2009, p. 36).

Os cuidados com a saúde desses servidores é algo novo, somente após 2005 foram criadas políticas para atenção à saúde dos servidores, visando garantir a saúde integral ao servidor público E os avanços obtidos a partir de daí nessa área passam pela criação de políticas e o comprometimento na implementação de ações interventivas que implicam na melhoria da qualidade de vida e trabalho do servidor público federal. (ANDRADE, 2009).

A criação do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), através do Decreto n. 5.961, de 13 de novembro de 2006

(BRASIL, 2006), foi o primeiro passo da administração pública federal para a mudança do tratamento da saúde do servidor. Após anos de estudos e a criação de um Grupo de Trabalho, com a participação de vários órgãos vinculados ao Ministério do Planejamento, é publicado o Decreto n. 6.833, de 29 de abril de 2009 (BRASIL, 2009) que “instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor” (ANDRADE, 2009, p. 40).

Segundo o Decreto (BRASIL, 2009, p. 4), o SIASS tem por objetivo “coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional” seguindo as diretrizes da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, a PASS, que é uma política sustentada a partir de três eixos:

- Vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde;
- Perícia em saúde;
- Assistência médica e odontológica.

A política está fundamentada na abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, na inter-relação entre os eixos, no trabalho em equipe, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considerem os ambientes as relações de trabalho (ASSUNÇÃO, 2012).

O SIASS está sendo implantado em todos os Estados brasileiros, mediante acordo de cooperação entre os órgãos da administração pública federal. Atualmente, são 120 Unidades SIASS instaladas, segundo a distribuição no mapa a seguir (Figura 1).

Figura 1: Distribuição das Unidades SIASS nos Estados Brasileiros



Fonte: Adaptado de Brasil ([c201-])

Segundo Assunção (2012, p.12), promover a saúde no local de trabalho “faz parte do esforço combinado, apesar de tenso, entre governo, trabalhadores e sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores”. Para alcançar esse objetivo é necessário melhorar a organização do trabalho, promover o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores, além da participação em atividades saudáveis e a escolha de hábitos saudáveis.

2.2 OBESIDADE

A obesidade é considerada a grande epidemia do século XXI. O excesso de peso é um grave problema de saúde, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Isso conduz a enormes custos de serviços de saúde e é um problema crescente (PÊGO-FERNANDES; BIBAS; DEBONI, 2011).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice mundial de obesidade mais que duplicou desde 1980. Em 2008, 1,4 bilhões de adultos estavam acima do peso. Destes, 200 milhões de homens e 300 milhões de mulheres estavam obesos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Por definição da OMS “o sobrepeso e a obesidade são definidos como o acúmulo de gordura anormal ou excessivo que podem prejudicar a saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014^a, tradução nossa)¹.

A obesidade e o sobrepeso são causados principalmente pelo desequilíbrio energético entre o consumo e o gasto de calorias. Uma das prováveis causas desse desequilíbrio é a transição nutricional, onde se aumentou o consumo de alimentos ricos em gordura, sal e açúcares e pobres em vitaminas, minerais. Também houve a diminuição das práticas de atividades físicas, resultado de várias mudanças socioambientais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a).

Vários fatores podem levar a esse balanço energético positivo, entre eles: os fatores genéticos, o gasto energético, o controle do apetite e o comportamento alimentar. Desordens endócrinas também podem contribuir para o aumento de peso corporal, entre elas, o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas essas doenças representam menos que 1% dos casos de obesidade (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A modernização da sociedade provocou maior oferta de alimentos e melhorou as condições de trabalho com a mecanização e automação dos processos de trabalho, fazendo com que os indivíduos economizem energia (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

O declínio da prática de atividade física e conseqüentemente o aumento do sedentarismo vem sendo observado mundialmente, principalmente entre as classes

¹ Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>.

sociais menos favorecidas contribuindo para o aumento do sobrepeso e da obesidade (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

2.2.1 Etiologia

A obesidade é uma doença com etiologia complexa e multifatorial e resulta da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais e apresenta graves dimensões sociais e psicológicas, afetando praticamente todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Francischi e outros (2000, p. 18) destacam que a ocorrência da obesidade é o reflexo de interação entre “fatores dietéticos e ambientais com uma predisposição genética”.

Segundo Pinheiro, Freitas e Corso (2004),

[...] identificar a etiologia da obesidade não parece ser simples e objetivo. De acordo com a literatura, esta doença multifatorial envolve em sua gênese, aspectos ambientais e genéticos, além das dificuldades conceituais geradas pela própria determinação da quantidade de gordura que caracteriza um indivíduo como obeso. (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004, p. 524).

O estilo de vida contemporâneo traz consigo fortes estímulos para a obesidade. O aumento da ingestão calórica e a diminuição dos níveis de atividade física são fortes fatores ambientais que determinam a obesidade, pois, quando se aumenta o consumo calórico, há alteração no balanço energético ou o gasto energético diminui (BRASIL, 2012).

O fator genético também é uma provável causa da obesidade, mas sofre também influência dos fatores socioambientais. “O risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto que quando um dos genitores é obeso, eleva-se a 50%, atingindo 80% quando ambos são obesos” (BRASIL, 2012, p. 17).

Os fatores alimentares que desencadeiam a obesidade são a alta ingestão calórica, principalmente de lipídios, a frequência alimentar baixa, ou seja, número menor de grandes refeições. Estudos mostram que indivíduos que fracionam as

refeições ao longo do dia, comendo pouca quantidade de cada vez, tendem a apresentar um peso menor (FRANCISCHI et al., 2000).

Aliado à má alimentação, o sedentarismo também contribui para a epidemia da obesidade. Segundo a OPAS (2003, p 48.), “pelo menos 60% da população global não obedecem à recomendação mínima de 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada”.

2.2.2 Diagnóstico

Segundo a OMS, para classificarmos o sobrepeso e a obesidade é comumente utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), que é “definido como o peso da pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado de sua altura em metros (kg/m^2)” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014^a, tradução nossa)². Sendo assim, o IMC maior ou igual a 25 é considerado sobrepeso e maior ou igual a 30, obesidade.

Tabela 1. Classificação do estado nutricional pelo IMC

| Classificação | IMC (kg/m^2) | Risco de comorbidades |
|----------------------|--|------------------------------|
| Baixo peso | <18,5 | Baixo |
| Peso normal | 18,5-24,9 | Médio |
| Sobrepeso | 25,0 a 29,9 | Aumentado |
| Obeso I | 30 a 34,9 | Moderado |
| Obeso II | 35,0 a 39,9 | Grave |
| Obeso III | $\geq 40,0$ | Muito grave |

Fonte: Adaptado de Brasil (2013b).

O IMC se mostra um bom indicador de medida corporal, mas possui algumas limitações como a não distinção entre massa gordurosa e massa magra, não reflete a distribuição da gordura corporal e pode não indicar o mesmo grau de gordura em populações diversas. Assim, a análise combinada do IMC e a distribuição de gordura têm se mostrado uma das melhores opções de avaliação clínica (REZENDE et al., 2006).

² Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>.

Entre as diversas formas de avaliação da massa de gordura corporal e sua distribuição, temos a medida da circunferência abdominal que “reflete melhor o conteúdo de gordura visceral do que a Relação circunferência abdominal/quadril (RCQ) e também associa muito à gordura corporal total” (REZENDE et al., 2006, p. 729).

2.2.3 Tratamento

O tratamento para a obesidade consiste em um processo complexo e multidisciplinar, envolvendo principalmente a mudança de estilo de vida e uma abordagem individual (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A escolha do tratamento deve basear-se na gravidade da doença, e pode ser utilizada uma ou mais modalidades simultaneamente, dependendo das complicações associadas. Atualmente para tratar a obesidade dispõe-se de tratamento dietético, farmacológico, cognitivo-comportamental e cirúrgico (BRASIL, 2013b).

O tratamento dietético consiste em promover um balanço calórico negativo, que apresenta melhores resultados se aliado à prática de atividades físicas. Segundo Lottenberg (2006) para o sucesso do tratamento dietético, deve-se manter mudanças na alimentação por toda a vida. Dietas muito restritivas, artificiais e rígidas não são sustentáveis. Para o sucesso deste tratamento, é necessário considerar as preferências alimentares do paciente, estilo de vida e gasto energético, além da capacidade de manter as mudanças comportamentais em longo prazo.

Quando o tratamento dietético aliado à atividade física não surte o efeito desejado ou o paciente tem um IMC maior de 30 kg/m² ou 25 kg/m² com presença de comorbidades, se faz necessário a intervenção farmacológica. Atualmente, apenas dois medicamentos são autorizados pela Anvisa para o tratamento da obesidade no Brasil: a sibutramina e o orlistate (BRASIL, 2011b).

Concomitante ao tratamento dietético e farmacológico, a terapia cognitivo-comportamental auxilia o controle do peso ao implementar estratégias que reforçam a motivação com relação ao tratamento e evitar a recaída, ou seja, novo ganho de peso. Isso é feito através de estratégias que o paciente identifica, aos estímulos que

antecedem a compulsão alimentar e situações que facilitam o insucesso do tratamento. Estimula o automonitoramento, em que o paciente registra sua alimentação diária, episódios de compulsão e eventos desencadeantes. Outra técnica utilizada é a de fomentar um suporte social, em que a família, amigos e outros grupos podem auxiliar no tratamento da obesidade e servir como suporte no processo de perda de peso (CERQUEIRA; SILVA, M. L. L. S.; SILVA, S. M. B., 2013; TAVARES FILHO; MAGALHÃES; TAVARES, 2009).

O tratamento cirúrgico se desenvolveu muito nas últimas décadas, mas deve ser visto como último recurso para o tratamento da obesidade. Tal intervenção tem sido feita nos casos de obesidade grave com falha de tratamento clínico (BRASIL, 2013b). As indicações da cirurgia bariátrica estão resumidas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Critérios de indicação para cirurgia bariátrica

| |
|---|
| Adultos com IMC > 40 kg/m² sem comorbidades |
| Adultos com IMC > 35 kg/m² com uma ou mais comorbidades associadas. |
| Resistência aos tratamentos conservadores realizados regularmente há pelo menos dois anos (dietoterapia, psicoterapia, tratamento farmacológico e atividade física). |
| Motivação, aceitação e conhecimento sobre os riscos da cirurgia. |
| Ausência de contra-indicações. |

Fonte: Brasil (2013b).

2.2.4 A obesidade no Brasil

Segundo os dados do Vigitel, o excesso de peso (IMC > a 25 kg/m²) atinge 51 % da população adulta brasileira, sendo maior entre os homens (54,5%) que nas mulheres (48,1%) (BRASIL, 2013b). Os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009 mostram que o excesso de peso atingia a 49% da população adulta (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Em relação à obesidade, o percentual atingido no Brasil chega a 17,4%, conforme os dados do Vigitel (BRASIL, 2013b). Os dados da POF 2008-2009 mostram que a obesidade atingia 14,8% da população brasileira adulta (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

A idade e a escolaridade são fatores que influenciaram a ocorrência do sobrepeso e da obesidade. Tanto no sobrepeso quanto na obesidade, observa-se uma maior ocorrência em homens com maior escolaridade e em mulheres com menor escolaridade (BRASIL, 2013b).

Observa-se também um aumento dos percentuais de sobrepeso e obesidade em relação ao Vigitel 2011, em que 48,5% da população adulta brasileira tinham sobrepeso e 15,8% obesidade (BRASIL, 2012).

2.3 ALIMENTAÇÃO NO BRASIL

Analisando a literatura, nos deparamos com um processo de mudança complexo e dinâmico nos padrões alimentares e nutricionais da população brasileira (ELL; CAMACHO; CHOR, 1999). Tais mudanças começaram com a transição demográfica, em que o Brasil deixou de ser um país rural para ter a maioria de sua população concentrada nas cidades. Consequência desta mudança, a transição nutricional implicou na mudança do padrão alimentar tradicional, rico em grãos e cereais, que está sendo substituído por uma alimentação rica em alimentos industrializados, pobres em fibras e com grande quantidade de açúcar e gordura (BRASIL, 2005).

Segundo a World Health Organization (2004), o aumento de consumo de alimentos de grande densidade energética com altos teores de açúcar e gorduras saturadas ou excessivamente salgados, aliado ao aumento do sedentarismo contribui para o aumento da incidência de DCNT.

Diante de um cenário de epidemia de obesidade e da necessidade de definir as diretrizes para o padrão alimentar e atividade física mundial, a OMS lançou em 2004 a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, “que sugere a formulação e a implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo mundo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p. 15, tradução nossa).

Os objetivos da Estratégia Global são:

- Reduzir os fatores de risco para DCNT por meio da ação em saúde pública e promoção da saúde e medidas preventivas.
- Aumentar a atenção e o conhecimento sobre alimentação e atividade física.
- Encorajar o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário que sejam sustentáveis, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia.
- Monitorar dados científicos e influências chaves na alimentação e atividade física e fortalecer os recursos humanos necessários para qualificar e manter a saúde nesse domínio. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p. 18, tradução nossa).

Para atingir esses objetivos, a Estratégia Global traz algumas recomendações sobre uma dieta saudável, descritas na tabela abaixo.

Quadro 2. Recomendações específicas sobre dieta, segundo a estratégia global para a promoção da alimentação saudável, atividade física e saúde

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- Limitar a ingestão energética procedente de gorduras;
- Substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (hidrogenadas);
- Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões);
- Limitar a ingestão de açúcar livre;
- Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado.

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2004).

No Brasil, assim como em outros países, há um consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras, o que pode ser um fator de risco para a obesidade e outras doenças crônicas. Estes alimentos são considerados importantes na composição de uma alimentação saudável, agindo de maneira inquestionável na manutenção da saúde e no balanço energético (LINS et al., 2013).

2.4 ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL

A prática regular de atividade física pode ser um fator de proteção para várias doenças, entre elas a obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, depressão entre outras (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004).

Entende-se como atividade física qualquer movimento que seja contração muscular voluntária e que leve a um gasto energético acima do repouso. Já o exercício físico é uma atividade física mais organizada, que inclui duração, intensidade, frequência e ritmo. E o esporte é uma atividade física mais organizada (MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M., 2006).

Atualmente vemos que são feitos grandes gastos na saúde pública em decorrência da obesidade e do sedentarismo. Uma das maiores causas da prevalência da obesidade e do sobrepeso são a insuficiente prática de atividade física regular e o sedentarismo. Dois fatores que, entre outros, são determinantes para a obesidade quando se trata do balanço energético são o aumento na ingestão calórica e a diminuição do gasto energético (MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M., 2006).

Para o estabelecimento de uma situação ideal de saúde faz-se necessário a prática regular de atividade física (GUEDES, D. P.; LOPES; GUEDES, J. E. R. P, 2005). Segundo Anjos e outros (2012)

[...] a recomendação hegemônica atual preconiza que todos os adultos realizem pelo menos trinta minutos de atividade física aeróbica em intensidade moderada, cinco dias por semana, ou 20 minutos de atividade pesada três dias por semana para a promoção e manutenção da saúde. (ANJOS et al., 2012, p. 1895).

Caso o indivíduo necessite de redução do peso corporal, o recomendado é que se pratique pelo menos 60 minutos de atividade física leve ou moderada por dia, na maioria dos dias da semana (MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M., 2006).

Segundo dados do Vigitel 2012, 33,5% dos brasileiros residentes em capitais atingiram o nível de recomendação de atividade física no tempo livre. O estudo revela que os homens são mais ativos que as mulheres ficando a percentagem por sexo 41,5% e 26,5% respectivamente. Também foi avaliada nesta pesquisa a atividade física no deslocamento com frequência de 14,2% de adultos fisicamente

ativos no deslocamento. Já os inativos somam 14,2% dos entrevistados (BRASIL, 2013b).

A alta prevalência da obesidade aliada à alimentação inadequada e a prática de atividade física insuficiente, revela que necessitamos de ações que visem estimular a alimentação saudável e a prática regular de atividade física como formas de combater o sobrepeso e a obesidade e consequentemente melhorar os índices de saúde da população.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o Estado Nutricional dos servidores técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora e associá-lo aos hábitos alimentares e às práticas de atividade física desses servidores.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil do IMC dos servidores técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora;
- Caracterizar os hábitos de alimentação dos servidores técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora;
- Caracterizar os hábitos de exercícios físicos dos servidores técnicos administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, com delineamento descritivo sobre o estado nutricional dos servidores da UFJF, visando caracterizar seus hábitos alimentares e a prática de atividade física. Este estudo está inserido em uma pesquisa exploratória transversal de maior amplitude denominada Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida, que vem sendo realizada na UFJF.

A primeira etapa do estudo está sendo o *I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de vida dos Trabalhadores da UFJF*, que investiga questões relacionadas às condições de trabalho e de vida desses trabalhadores, abordando questões sobre o estado de saúde geral, hábitos alimentares, atividades físicas, etilismo, tabagismo, relações familiares, com os amigos e no trabalho, condições socioeconômicas, perfil demográfico, entre outras questões relevantes para se compreender o processo saúde-doença destes indivíduos.

O estudo transversal ou seccional se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2009). Outras denominações deste desenho epidemiológico são estudo de prevalência, inquérito ou *survey* (SANTANA; CUNHA, 2011).

As vantagens de se realizar o estudo transversal são a rapidez, a facilidade de execução e análise e o baixo custo, além da possibilidade de se estudar várias exposições com uma única coleta de dados (SANTANA; CUNHA, 2011).

As desvantagens ou limitações do estudo transversal são a impossibilidade de se medir a incidência dos fenômenos estudados, não ser o estudo mais apropriado para estudar associações causais, doenças de baixa prevalência e/ou de curta duração (SANTANA; CUNHA, 2011).

4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

A UFJF foi criada em 1960 pela Lei n. 3.858, assinada pelo presidente Juscelino Kubitschek (23 de dezembro de 1960). Na sua criação estava o desejo de tornar esta Universidade um polo acadêmico e cultural de uma região geográfica que hoje atinge 2,5 milhões de habitantes no sudeste do Estado de Minas Gerais, tendo como centro irradiador a cidade de Juiz de Fora (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

A estrutura inicial da UFJF baseou-se na reunião das seguintes unidades: Escola de Engenharia, Faculdade de Ciências Econômicas, Faculdade de Direito, Faculdade de Medicina, Faculdades de Farmácia, Faculdade de Odontologia e, um pouco mais tarde, Faculdade de Filosofia e Letras (esta agregada em março de 1962 e incorporada definitivamente em 1966) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

Abarcando uma área total de 1.645.179 m² e tendo 140.890,93 m² de área construída, o Campus da UFJF encontra-se em um eixo formado pelas três maiores capitais do país: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

Decorridos 52 anos do ato legal de sua criação, a UFJF oferece 35 cursos de graduação, atingindo 10.822 alunos; 55 cursos de especialização, MBA e Residência, nos quais possui um total de 4.716 alunos; 23 cursos de mestrado, com 700 alunos; nove cursos de doutorado que preparam 123 doutores; e um curso de nível fundamental e médio com 1.615 alunos (Colégio de Aplicação). Ao todo a Universidade atende a 18.868 alunos. Para dar conta de suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, a UFJF possui um quadro de 1157 docentes efetivos e 128 substitutos. O quadro de funcionários técnico-administrativos é 1.296 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013).

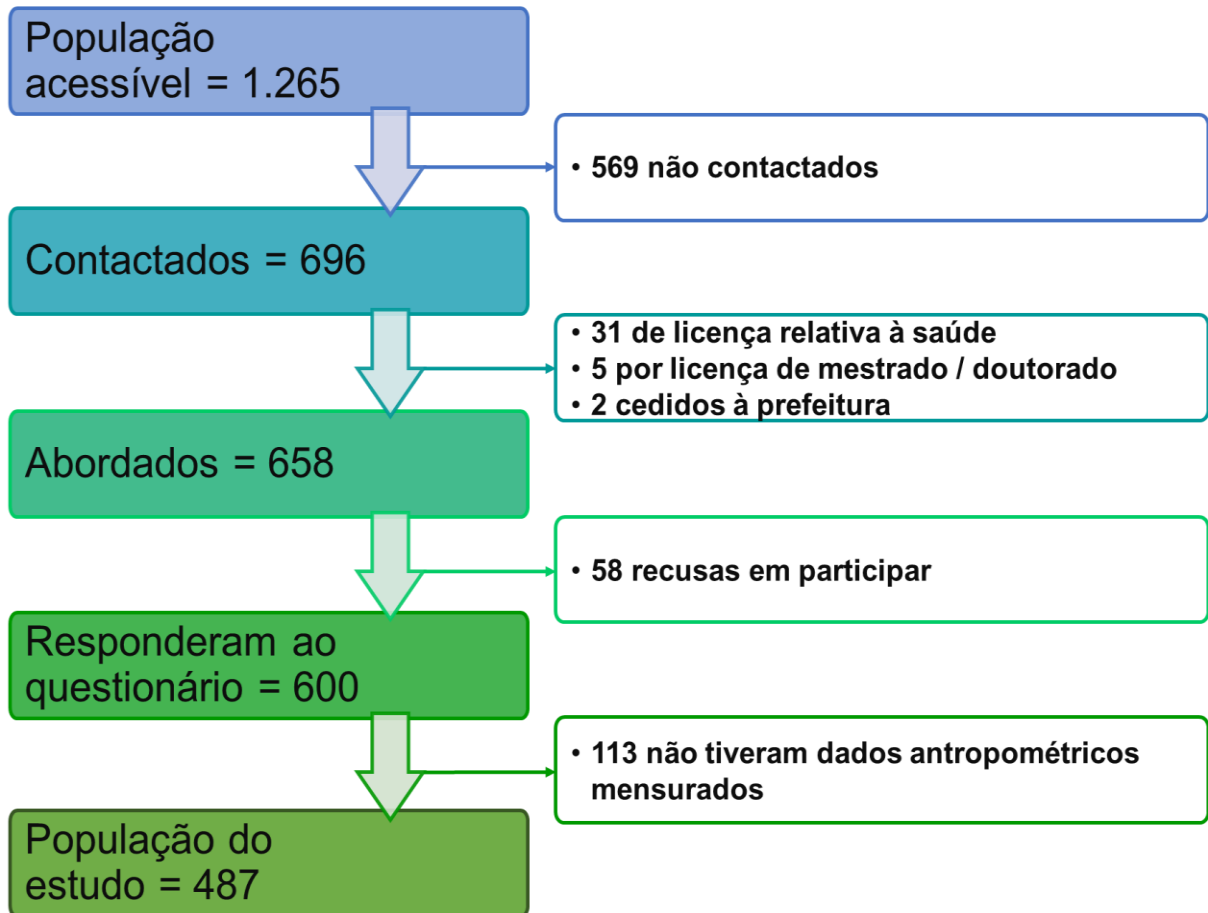
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para a realização deste estudo, utilizamos os dados do I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de vida dos Trabalhadores da UFJF, cuja população total em agosto de 2013 era de 1.265 servidores.

Os critérios de inclusão foram: ser servidor técnico-administrativo em educação efetivo da UFJF, em exercício ativo da função e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: estar em situação de afastamento do trabalho por motivo de licença para tratamento de saúde, licença maternidade ou afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, licença para mestrado e doutorado, licença para acompanhar cônjuge, ter sido cedido à outra instituição ou ter sido transferido de outro órgão público, como por exemplo, do Ministério dos Transportes, uma vez que estes não são servidores permanentes da universidade.

O objetivo deste estudo era realizar um censo, no entanto, devido a questões logísticas e operacionais, como a greve que ocorreu durante quase quatro meses no período da coleta, até o dia 31 de agosto de 2013 (data limite para o fechamento do banco de dados para o presente estudo), haviam sido abordados 55% dos TAEs, o que equivale a 696 trabalhadores. Destes foram excluídos 31 por estarem afastados por licença relacionada à saúde, maternidade ou INSS, 5 por licença para mestrado e doutorado e dois que estavam cedidos para prestar serviços à prefeitura do município. Dos 658 trabalhadores disponíveis, 58 (8,8%) se recusaram a participar do estudo, 113 (17,18%) não tiveram os dados antropométricos (peso, altura, circunferência abdominal) mensurados e 487 retornaram o questionário devidamente preenchido (Figura 2).

Figura 2. Delimitação da população do estudo



Fonte: A autora

Os TAEs são servidores efetivos e se caracterizam por serem trabalhadores de nível de escolaridade variada, incluindo desde a formação básica até a educação superior. As atividades por eles realizadas se caracterizam por uma multiplicidade de funções e dentre as suas atribuições gerais pode-se citar: planejar, organizar e executar ou avaliar atividades inerentes ao apoio técnico-administrativo ao ensino e as atividade técnico-administrativas inerentes à pesquisa e à extensão nas Instituições Federais de Ensino (IFE), além de executar tarefas específicas, utilizando-se de recursos materiais, financeiros e outros de que a IFE disponha, a fim de assegurar a eficiência, a eficácia e a efetividade das atividades de ensino, pesquisa e extensão das IFEs. As atribuições gerais são exercidas de acordo com o ambiente organizacional da universidade e cada cargo tem sua atribuição específica (BRASIL, 2005). Segundo dados do MPOG, em fevereiro de 2014, o número de TAEs em todas as IFEs somam 124.070 servidores (BRASIL, 2014).

Dentre as características da população que favorecem a realização de um estudo, têm-se as boas taxas de participação e seguimento, informação potencialmente de qualidade adequada e eficiência nos gastos financeiros, ao contrário dos estudos com trabalhadores do setor privado, que tendem a enfrentar dificuldades decorrentes da crescente instabilidade no emprego (FAERSTEIN et al., 2005).

Conforme já foi dito, dentre as características favoráveis dos TAEs, pode-se considerar a relativa heterogeneidade demográfica e socioeconômica, que pode garantir uma variabilidade dos determinantes sociais de saúde dessa população, e uma relativa estabilidade no emprego, o que facilita o monitoramento do trabalhador em longo prazo e a realização de um possível estudo prospectivo de coorte.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa *Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e Vida* foram coletados através do *I Inquérito sobre Condições de Trabalho e Vida dos Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora*.

O instrumento da pesquisa se consistiu em um questionário autopreenchível constituído de 40 páginas com perguntas objetivas, em sua maioria, e distribuídas em 12 blocos (do bloco A ao L), cada bloco abordou uma questão específica. Além das questões objetivas, na última página do questionário, havia um espaço onde os pesquisadores mensuraram peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e pulso dos participantes da pesquisa, como forma de complementar os dados objetivos coletados e investigar as condições de saúde desta população.

Para construção do instrumento de coleta de dados do I Inquérito, o primeiro passo consistiu na definição dos desfechos a serem estudados, o que foi feito através da construção coletiva com professores/pesquisadores da UFJF, parceiros neste estudo, representantes das áreas de medicina, odontologia, serviço social, enfermagem e estatística.

Os desfechos propostos pelos professores/pesquisadores para o nosso estudo foram os seguintes:

- (1) *Comportamentos de Saúde* – hábito alimentar; realização de atividades físicas;
- (2) *Aspectos da história pessoal e familiar* – número de pessoas que moram na mesma casa, moradia, idade, sexo, religião, naturalidade, nível de instrução, renda, estado civil.

Utilizamos os questionários do Bloco D para hábitos alimentares, Bloco E para prática de atividades físicas e as aferições realizadas pelos pesquisadores do Inquérito sobre peso, altura e circunferência abdominal (Anexo A).

Para a avaliação dos hábitos alimentares utilizamos as questões do *II Censo de Saúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, atualizadas segundo orientação da Professora Rosely Sichieri.

Em relação à realização de atividades físicas, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividades Físicas reduzido (IPAQ/curto), instrumento que tem sido utilizado para estimar o nível de atividade física em estudos e população diversas e é composto por oito questões abertas. Com as respostas dessas questões, torna-se possível detectar a inatividade física ou estimar o tempo semanal gasto pelos indivíduos em diferentes tipos de atividade como caminhada, atividades moderadas ou vigorosas (SEGHETTO; PICCOLI, 2012). Os escores e a interpretação dos dados estão descritos no Anexo B.

Para a avaliação do Peso Corporal, foi utilizada uma balança digital da marca G-Tech, com o avaliado com o mínimo de roupa e descalço. A estatura dos pesquisados foi aferida utilizando-se estadiômetro com escala de divisões de 0,1 cm da marca Trident®, com os indivíduos descalços e em apneia respiratória. A circunferência abdominal foi realizada com uma fita métrica inelástica, com divisões de 0,1 cm, com a fita colocada logo acima do umbigo. Optou-se por utilizar os pontos de corte utilizados para a aferição da Circunferência da Cintura devido à inexistência de pontos de corte universalmente aceitos par Circunferência abdominal (HASSELMANN et al., 2008). O *Protocolo para Avaliação do Peso Corporal, Estatura e Circunferência Abdominal* está descrito no Anexo C.

As variáveis utilizadas estão descritas no Quadro 3:

Quadro 3. Variáveis de estudo

| VARIÁVEL | ESCALA | |
|------------------------------------|---|---|
| Estado nutricional pelo IMC | Baixo peso Peso normal Pré-obeso Obeso | < 18,5 18,5-24,9 25,0 a 29,9 >30 |
| Circunferência abdominal | | |
| Homens | Faixa Ideal Risco aumentado Risco muito aumentado | < 94 cm 94-102 cm > 102 cm |
| Mulheres | Faixa Ideal Risco aumentado Risco muito aumentado | < 80 cm 80-88 cm > 88 cm |
| Alimentação | Consumo de frutas frescas Consumo de frituras Consumo de verduras Tipo de leite consumido | |
| Atividades físicas | Sedentário Ativo | |
| Idade | Abaixo de 30 anos De 30 a 40 anos De 40 a 50 anos Acima de 50 anos | |
| Sexo | Masculino Feminino | |
| Escolaridade | Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Pós-graduação | |

Fonte: A Autora.

4.5 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Para a tabulação e análise dos dados da presente pesquisa foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 2.0 e procedeu-se a análise univariada, pelo próprio SPSS, e a bivariada.

Primeiramente os dados foram analisados através da estatística descritiva e confeccionados gráficos com os percentuais de todas as variáveis de estudo.

As variáveis serão representadas por frequência relativa (quando categóricas) e média e desvio padrão (quando numéricas). Para avaliação da

relação entre os fatores e o IMC foi utilizado o teste de qui-quadrado. Foi utilizado o nível de significância de $\alpha = 0,05$.

E finalmente foi feita a análise de regressão logística a partir das variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$) na análise bivariada.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013a) a qual define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa *Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida* foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora. Atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais para realização de pesquisas com seres humanos, a pesquisa foi aprovada com o parecer número 224/2010 (Anexo D).

5 RESULTADOS

Os resultados encontrados no presente estudo estão descritos a seguir.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Os resultados revelaram que a população deste estudo foi composta de forma equilibrada entre mulheres (50,7%) e homens (49,3%), sendo a média de idade dos trabalhadores 43,7 anos, com idade mínima de 19 anos e máxima de 66 anos (DP = 11,11056), a faixa etária mais frequente é a acima de 50 anos (36,1%) Quanto ao estado civil, 62,2% dos trabalhadores eram casados ou viviam em união estável. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria possuía pós-graduação (57,7%). Em relação à classificação econômica, 50,4% dos entrevistados ganham entre 6 e 10 salários mínimos (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização socioeconômica e demográfica dos Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014

Continuação

| Variáveis | Frequência Absoluta (n) | Frequência Relativa (%) |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 238 | 49,3 |
| Feminino | 245 | 50,7 |
| Idade | | |
| Abaixo de 30 anos | 79 | 17,1 |
| De 30 a 40 anos | 97 | 21,0 |
| De 40 a 50 anos | 120 | 25,9 |
| Acima de 50 anos | 167 | 36,1 |
| Escolaridade | | |
| 1º Grau Incompleto | 18 | 3,7 |
| 1º Grau completo | 5 | 1,0 |
| Ensino Médio incompleto | 4 | 0,8 |
| Ensino Médio completo | 60 | 12,4 |
| Ensino Superior Incompleto | 48 | 10,0 |
| Ensino Superior completo | 69 | 14,3 |
| Pós-graduação | 278 | 57,7 |

Conclusão

| Variáveis | Frequência Absoluta (n) | Frequência Relativa (%) |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Estado Civil | | |
| Casado ou em união estável | 300 | 62,2 |
| Separado ou divorciado | 46 | 9,5 |
| Viúvo | 12 | 2,5 |
| Solteiro | 124 | 25,7 |
| Renda | | |
| < 5 salários mínimos | 136 | 28,7 |
| 6 a 10 salários mínimos | 239 | 50,4 |
| >10 salários mínimos | 99 | 20,9 |

Fonte: A autora

Nota: n = 487

Com relação às medidas antropométricas, a média de altura dos trabalhadores foi de 166,02 cm, com altura mínima de 136 cm e máxima de 1,92 cm (DP = 9,165). Quanto ao peso, a média foi de 74,92 kg, sendo o peso mínimo de 41 kg e o máximo de 143,5 kg (DP = 15,95351). A circunferência abdominal teve média de 90,4981 cm, com mínima de 59,5 cm e máxima de 138 cm (DP = 12,62175) (Tabela 3).

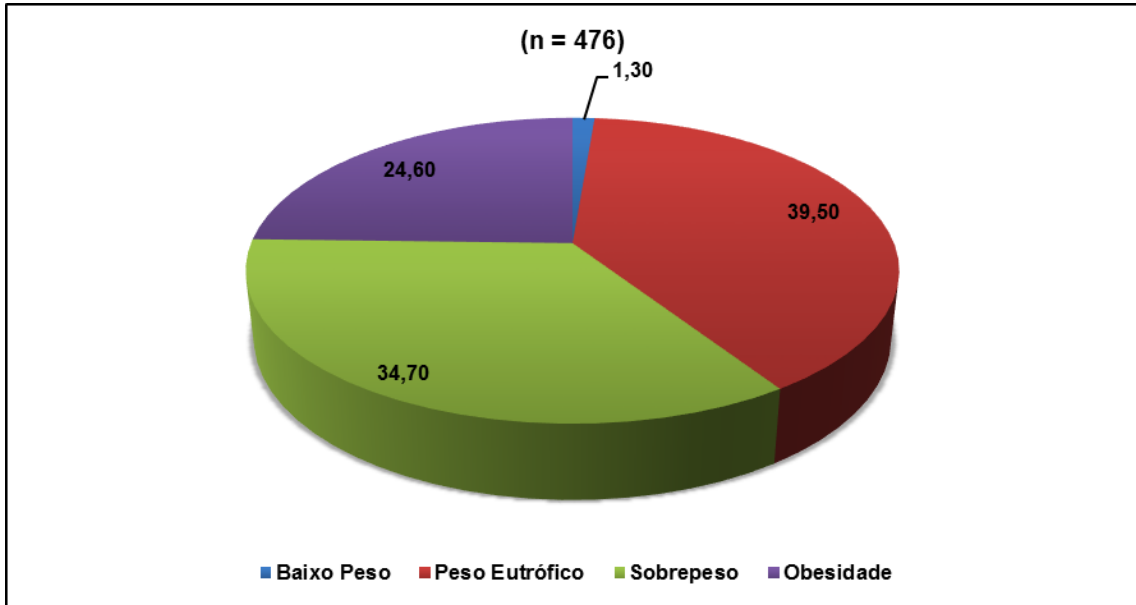
Tabela 3. Medidas antropométricas dos servidores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014

| Variáveis | (n) | Valor mínimo | Valor máximo | Média | DP |
|-------------------------------|-----|--------------|--------------|----------|----------|
| Altura (cm) | 478 | 136,00 | 192,0 | 166,0200 | 9,16500 |
| Peso (kg) | 482 | 41,00 | 143,5 | 74,9200 | 15,95351 |
| Circunferência abdominal (cm) | 473 | 59,50 | 138,0 | 90,5000 | 12,62175 |
| IMC (m ² /kg) | 478 | 16,14 | 56,0 | 27,1036 | 5,08710 |

Fonte: A autora.

Calculando o IMC dos trabalhadores, constatamos que 59,3% estão na faixa do sobrepeso e obesidade, com IMC maior que 25 kg/m². O IMC médio da população estudada foi de 27,10 kg/m², com mínimo de 16,14 kg/m² e o máximo de 56 kg/m² (DP = 5,08710) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo o estado nutricional

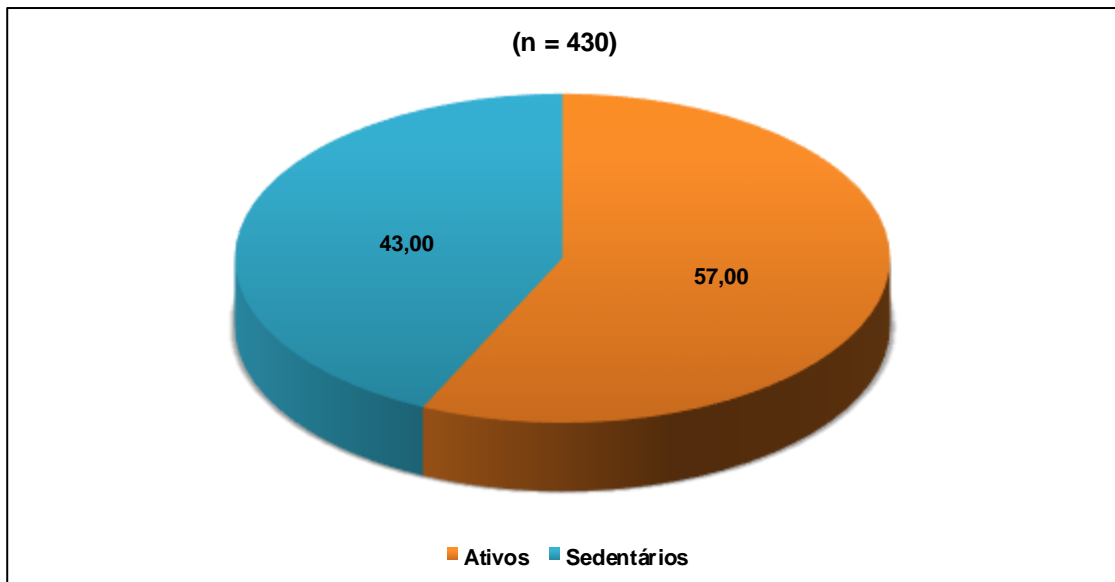


Fonte: A autora

Notas: Dados expressos em %
DP = 5,08710

O percentual de servidores que relatam praticar atividade física regularmente é de 57%. Já os que se declararam sedentários é de 43% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a prática de atividade física

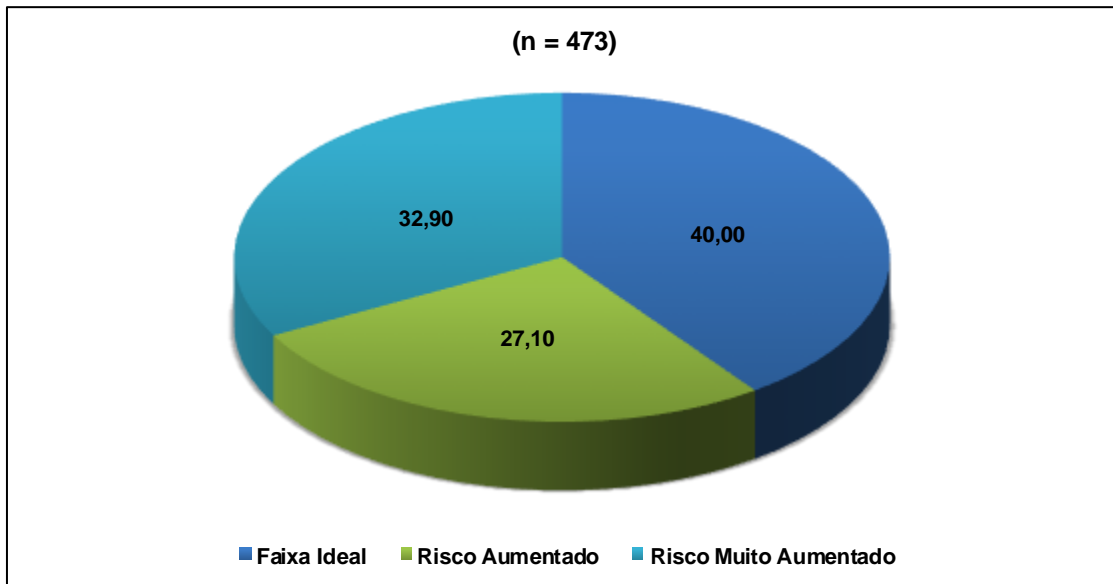


Fonte: A autora

Nota: Dados expressos em %

Em relação ao risco de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal, 40% dos servidores se apresentam na faixa ideal de circunferência abdominal. Entretanto, 60% dos servidores apresentam risco aumentado ou muito aumentado para desenvolvimento de doença cardiovascular (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo o risco para desenvolvimento de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal

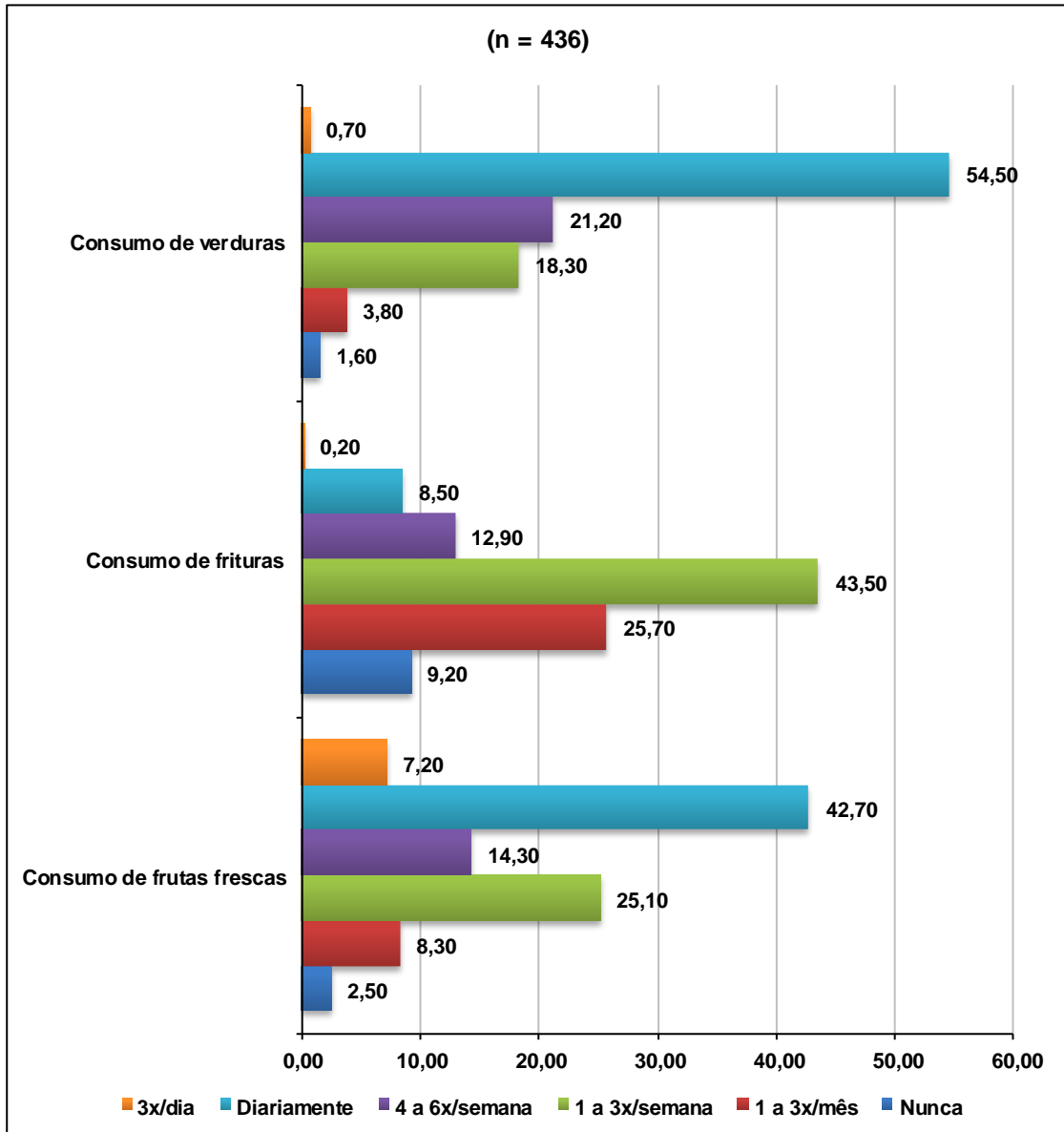


Fonte: A autora

Notas: Dados expressos em %

Com relação aos hábitos alimentares, 42,7% dos trabalhadores relataram consumir frutas frescas diariamente. Quanto ao consumo de frituras, 43,5% consomem algum tipo de fritura de 1 a 3 vezes por semana. Quando questionados sobre o consumo de verduras, 54,5% disseram que o fazem diariamente (Gráfico 4).

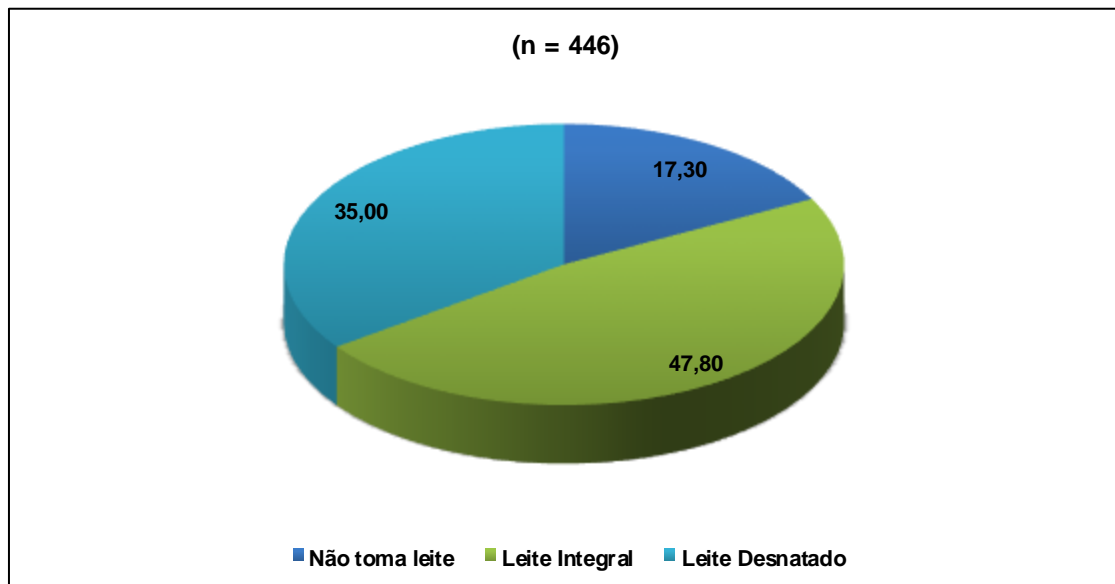
Gráfico 4. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo o consumo de frutas, verduras e frituras



Fonte: A autora.

Nota: Dados expressos em %

O leite integral é consumido por 47,8% dos trabalhadores entrevistados (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo o consumo de leite

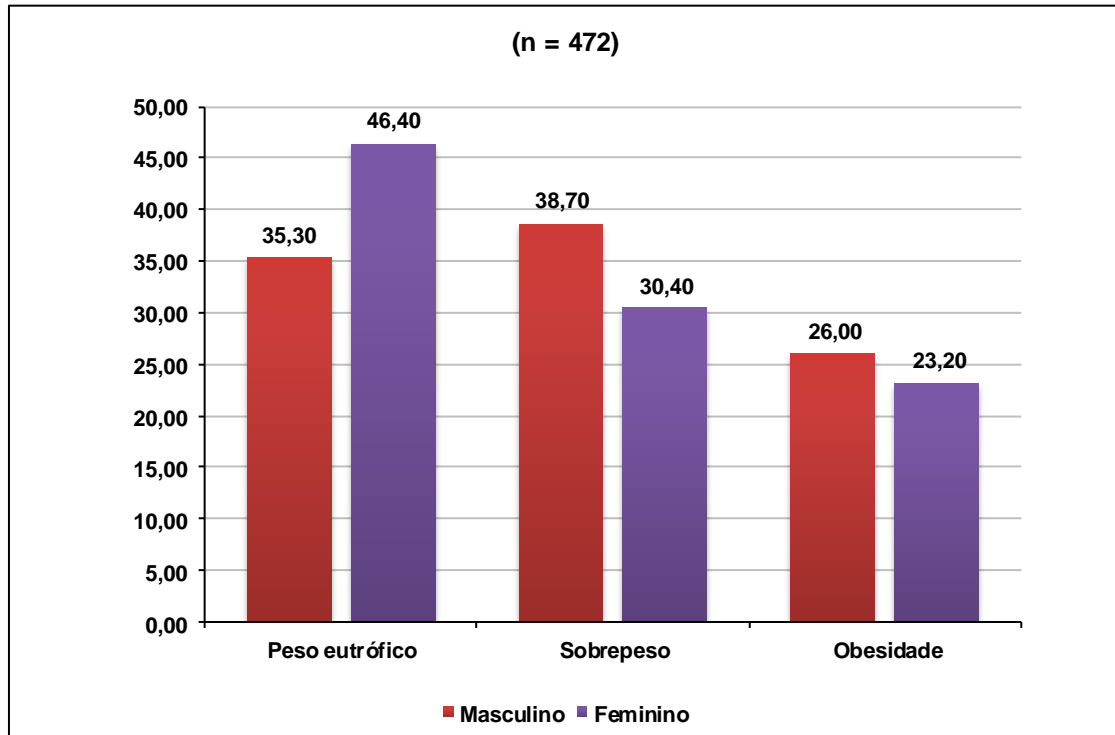
Fonte: A autora

Nota: Dados expressos em %

5.2 FATORES ASSOCIADOS AO ESTADO NUTRICIONAL

Ao avaliar a associação entre o estado nutricional e o sexo observa-se que as mulheres estão com melhores percentuais de IMC eutrófico (46,4%) com relação aos homens, que estão com maiores índices de sobrepeso e obesidade (38,7% e 26% respectivamente), conforme descrito no gráfico abaixo, sendo estatisticamente significativa ($p = 0,043$) (Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x sexo



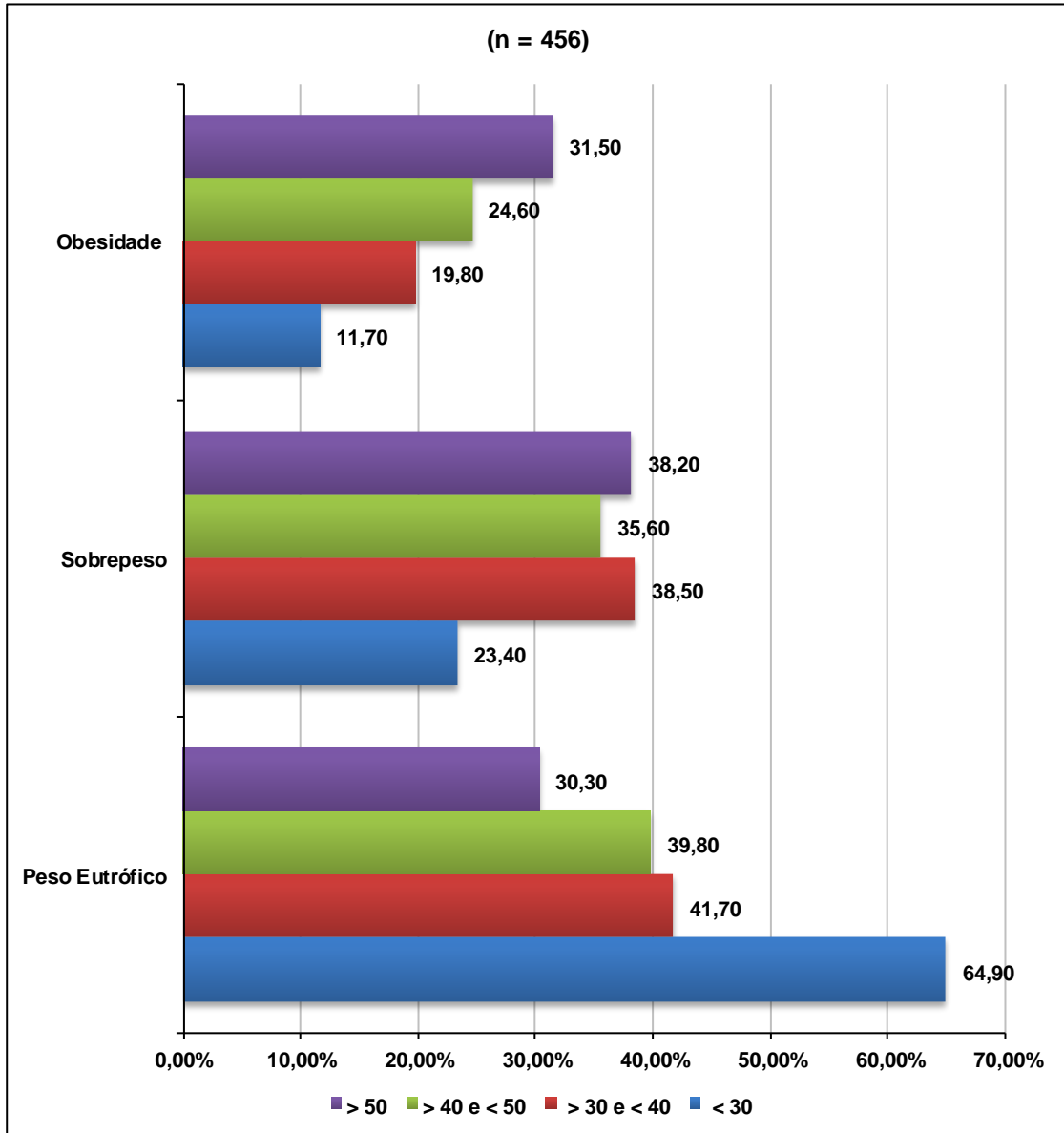
Fonte: A autora.

Nota: $p = 0,043$

Dados expressos em %

Com relação à idade observa-se maior índice de eutrofia entre os servidores com menos de 30 anos (64,9%). À medida que a idade aumentou, o estado nutricional eutrófico decaiu, aumentando os percentuais de sobrepeso e obesidade nas faixas etárias mais altas, sendo este resultado estatisticamente significativo ($p < 0,001$), conforme mostra o Gráfico 7.

Gráfico 7. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x faixa etária



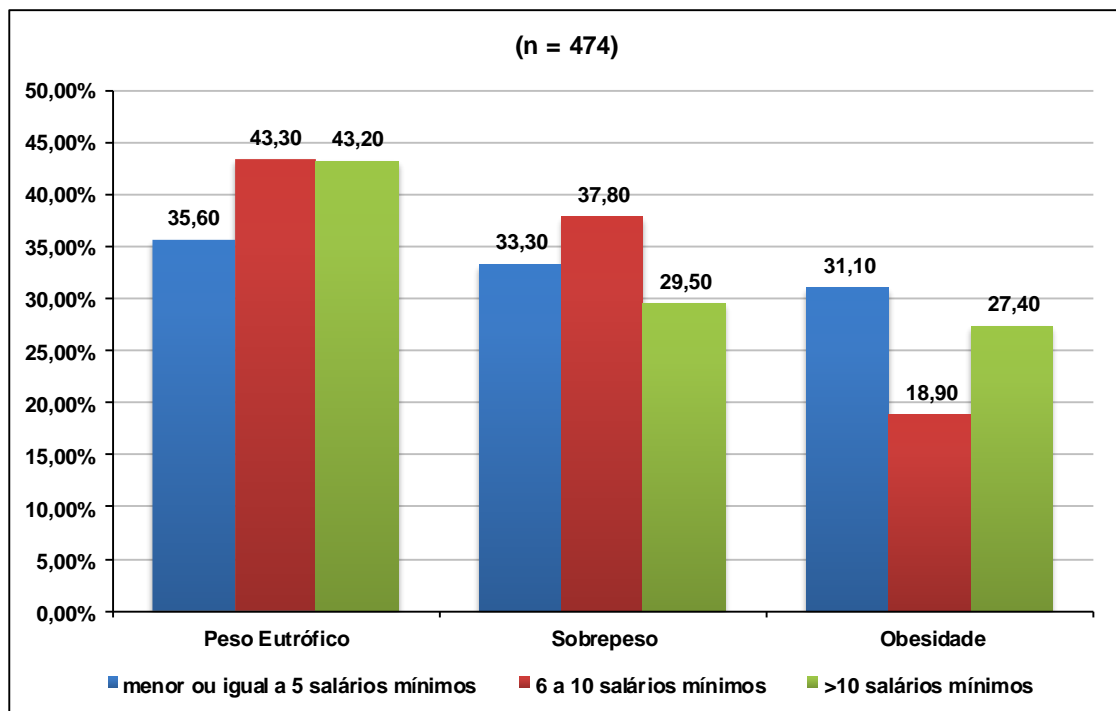
Fonte: A autora.

Nota: $p < 0,001$

Dados expressos em %

Quando se compara a renda dos servidores em salários mínimos e o estado nutricional, verificamos que a maioria dos que têm peso eutrófico ganha mais que 6 salários mínimos. Entre os que têm sobrepeso, a maioria recebe entre 6 e 10 salários mínimos. Já entre os obesos, a faixa mais frequente são os que recebem até 5 salários mínimos, porém os dados não são significantes estatisticamente ($p = 0,71$) (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação e Estado nutricional x renda



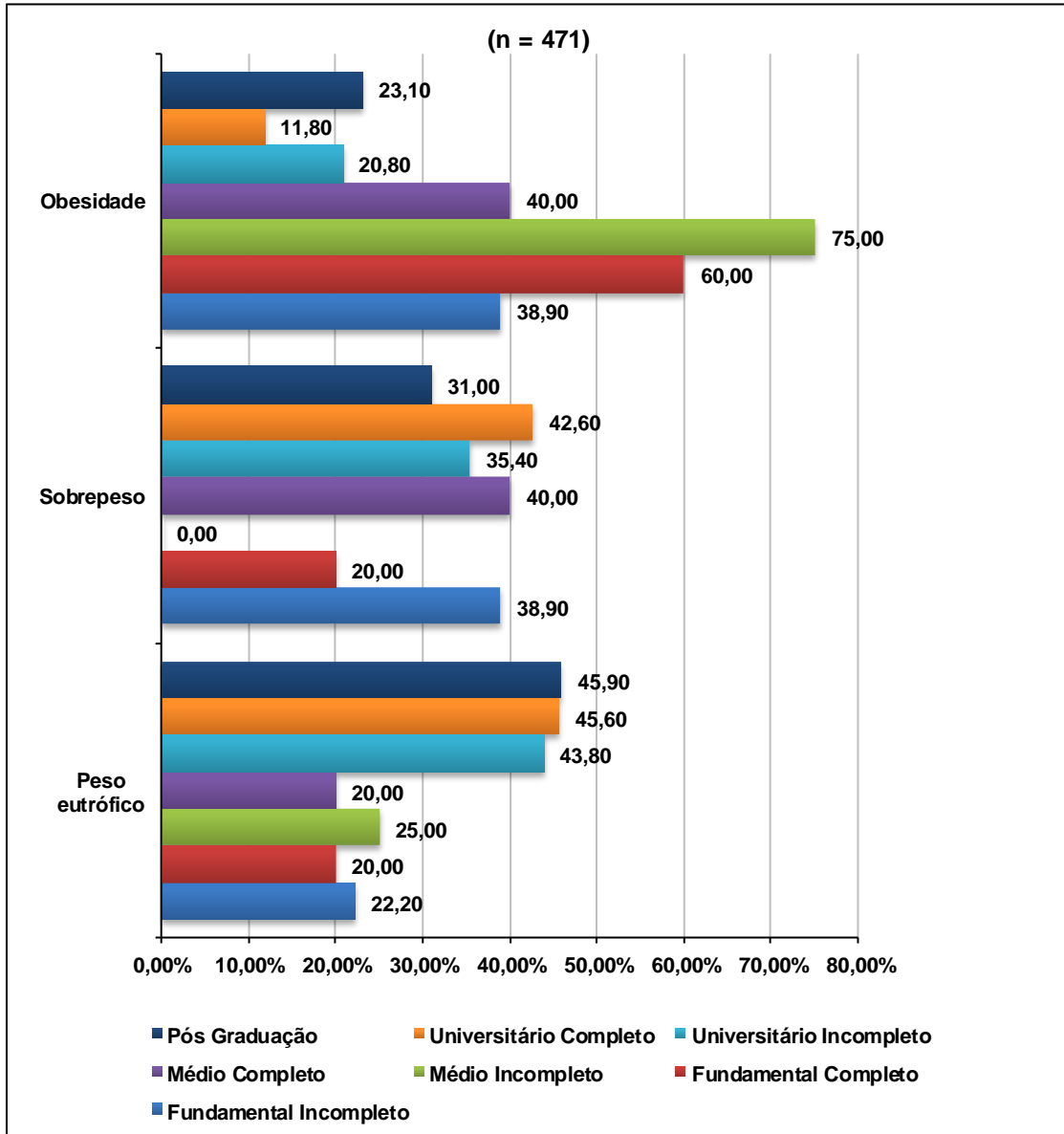
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,71$

Dados expressos em %

Analisando a relação entre o estado nutricional e a escolaridade dos servidores pesquisados, o maior índice de peso eutrófico ficou entre os servidores que tinham pós-graduação (45,1%). Entre os servidores que estudaram até o ensino fundamental, houve prevalência do sobrepeso e da obesidade. Entre os que estudaram até o nível médio, 37,5% têm sobrepeso. Já nos servidores com nível universitário, a maioria possuiu estado nutricional eutrófico, representando 42,2%. Nota-se que à medida que a escolaridade aumenta, aumenta também o percentual de peso eutrófico, mas sem quedas significativas nos percentuais de sobrepeso, conforme o Gráfico 9, sendo estatisticamente significativa ($p = 0,001$).

Gráfico 9. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x escolaridade



Fonte: A autora

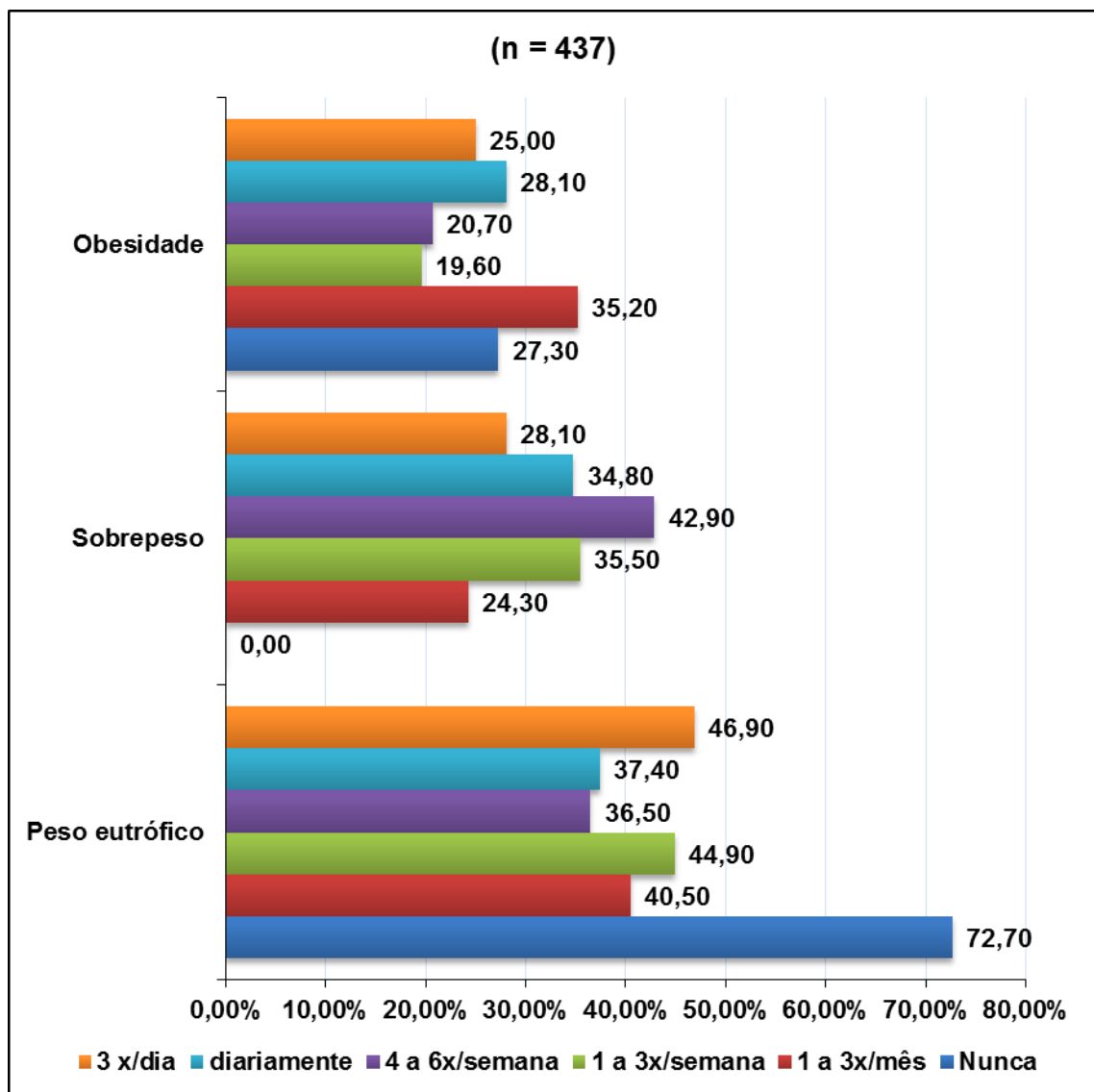
Notas: $p = 0,001$

Dados expressos em %

No questionário sobre alimentação, perguntou-se sobre o consumo de frutas frescas. Ao relacionarmos essas informações com o estado nutricional dos pesquisados, temos 72,7% dos que nunca consomem frutas entre os que estão com o peso eutrófico e 27,3% estão obesos. Entre os que consomem frutas de 1 a 3 vezes por mês, a distribuição é mais homogênea, sendo 37,8% com peso eutrófico, 24,3% com sobrepeso e 32,4% com obesidade. Em relação ao consumo semanal de

frutas, entre os que declaram consumo entre 1 a 3 vezes por semana, a maioria está com peso eutrófico. Já com o consumo de frutas de 4 a 6 vezes por semana, os que estão com sobrepeso representam 42,9%. Entre os servidores que relataram consumir frutas diariamente, 35,8% estão com o peso eutrófico, mas não há diferença significativa com os que estão com sobrepeso (34,8%). Quando se trata de consumo de frutas 3 vezes ao dia, a maioria dos servidores que relataram esse hábito está com o peso eutrófico, porém não tendo significância estatística ($p = 0,142$) (Gráfico 10).

Gráfico 10. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x consumo de frutas frescas



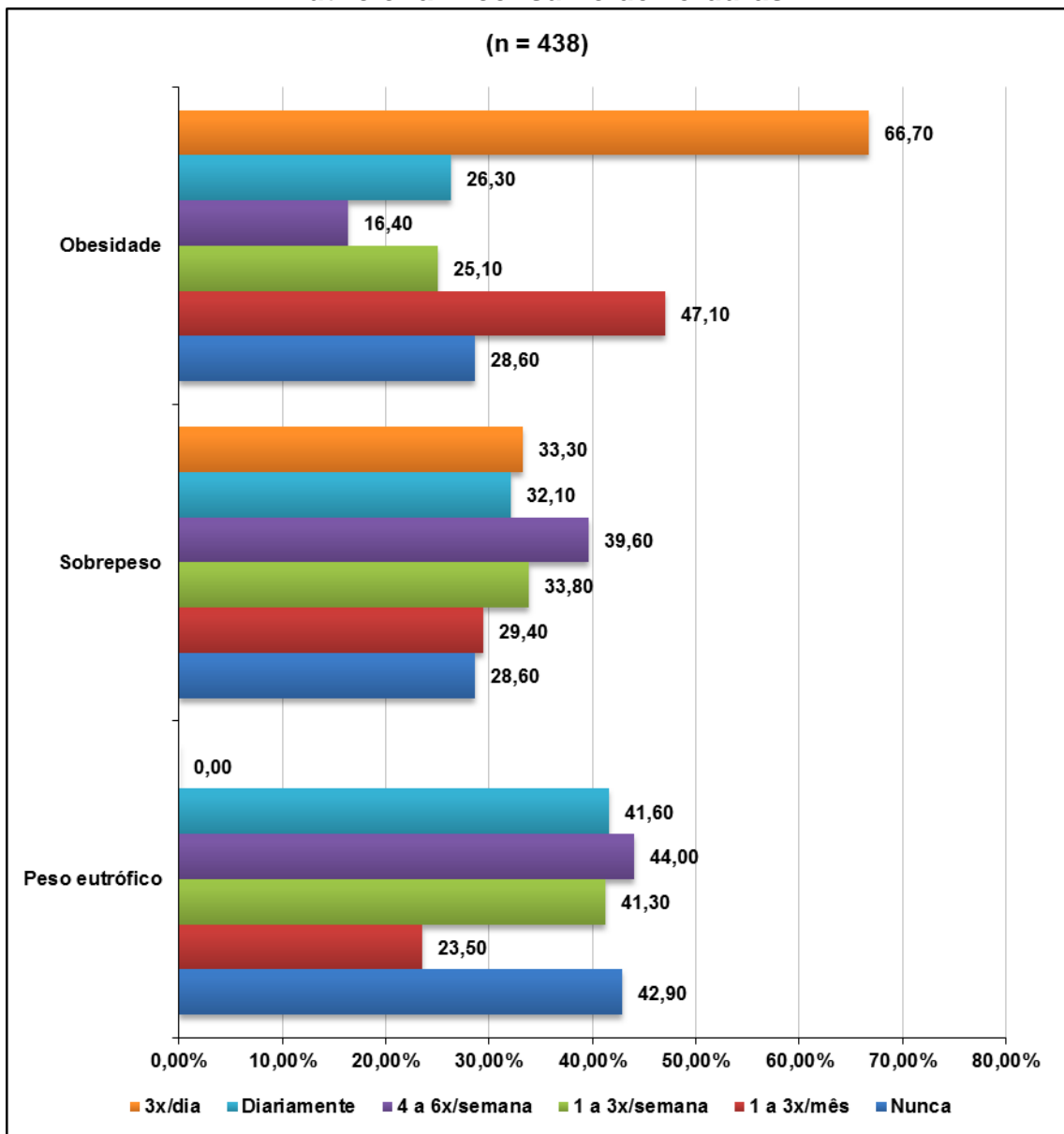
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,142$

Dados expressos em %

O consumo de verduras e sua relação com o estado nutricional se mostrou bem homogêneo. Cerca de 40% dos servidores que consomem verduras semanalmente têm peso eutrófico, variando pouco em relação à frequência, conforme mostrado no gráfico 14. Entre os servidores com sobrepeso, esse percentual fica em torno de 30%, já com os servidores que estão com obesidade, o índice cai drasticamente, ficando com menos de 10% e não apresentando significância estatística ($p = 275$) (Gráfico 11).

Gráfico 11. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x consumo de verduras



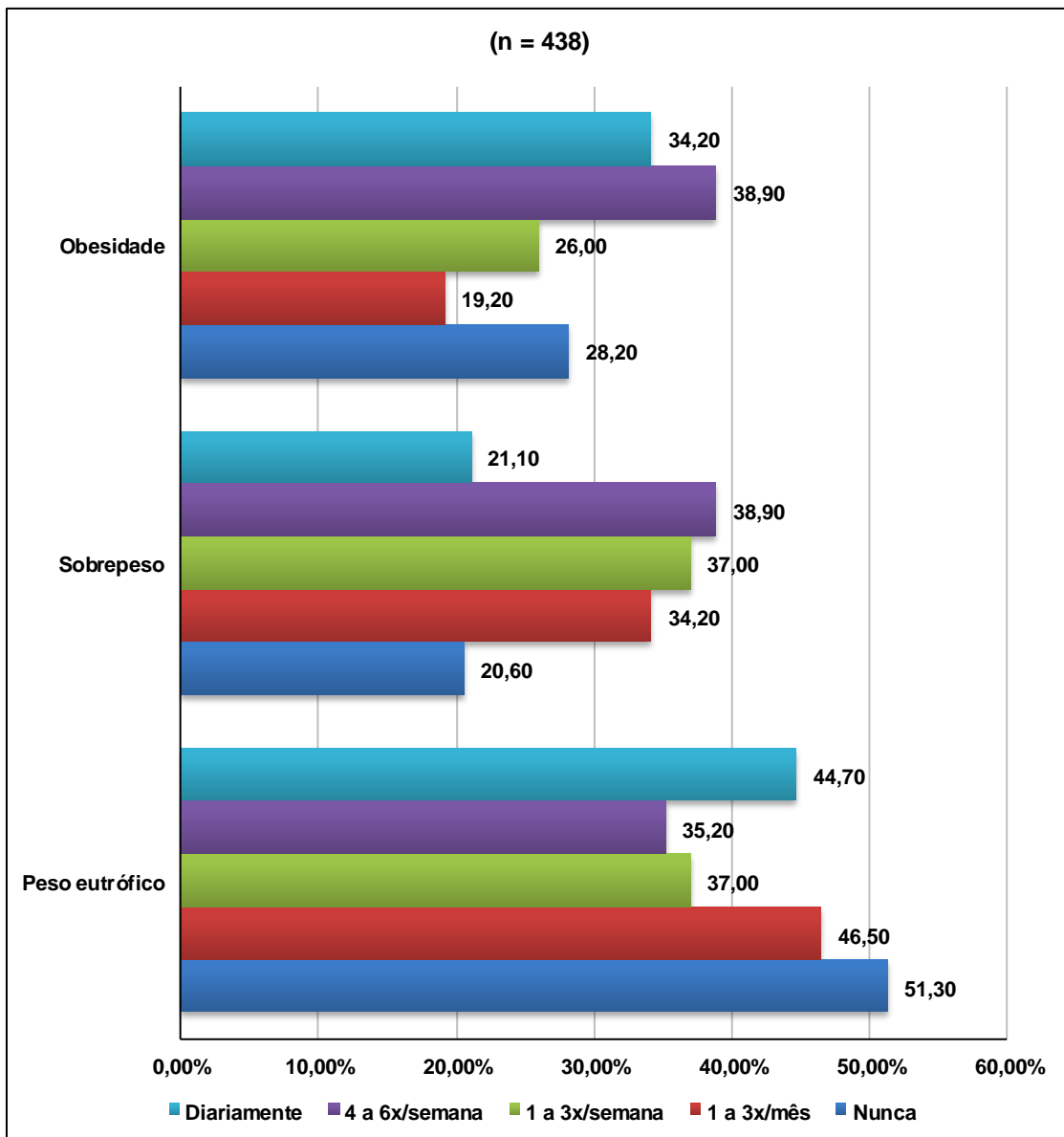
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,275134$

Dados expressos em %

Comparando o consumo de frituras e o estado nutricional, 51,3% dos que nunca comem frituras estão com o peso eutrófico. Se observarmos o consumo semanal de alimentos fritos, entre os servidores que o fazem de 1 a 3 vezes por semana, 37% estão com sobrepeso. Numa frequência maior de consumo semanal, de 4 a 6 vezes por semana, 38,9% também estão com sobrepeso. Se analisarmos o consumo diário, 44,7% estão com o peso eutrófico. Esses dados também não são estatisticamente significantes ($p = 0,224$) (Gráfico 12).

Gráfico 12. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x consumo de frituras



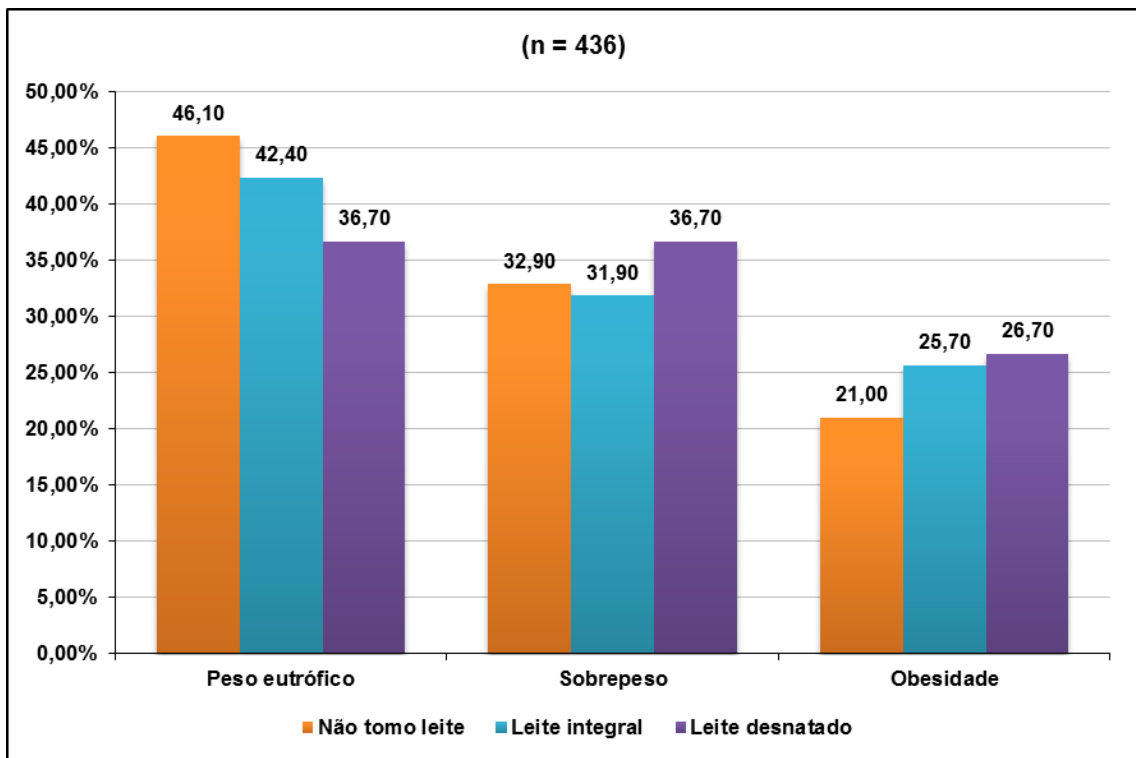
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,224$

Dados expressos em %

Quando se relaciona o tipo de leite consumido pelos servidores entrevistados e o estado nutricional, a maior parte dos servidores que não consomem leite ou consomem leite integral estão com o peso eutrófico. Dentre os que consomem o leite desnatado, 36,7% estão com sobrepeso e 26,7% com obesidade (Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x consumo de leite



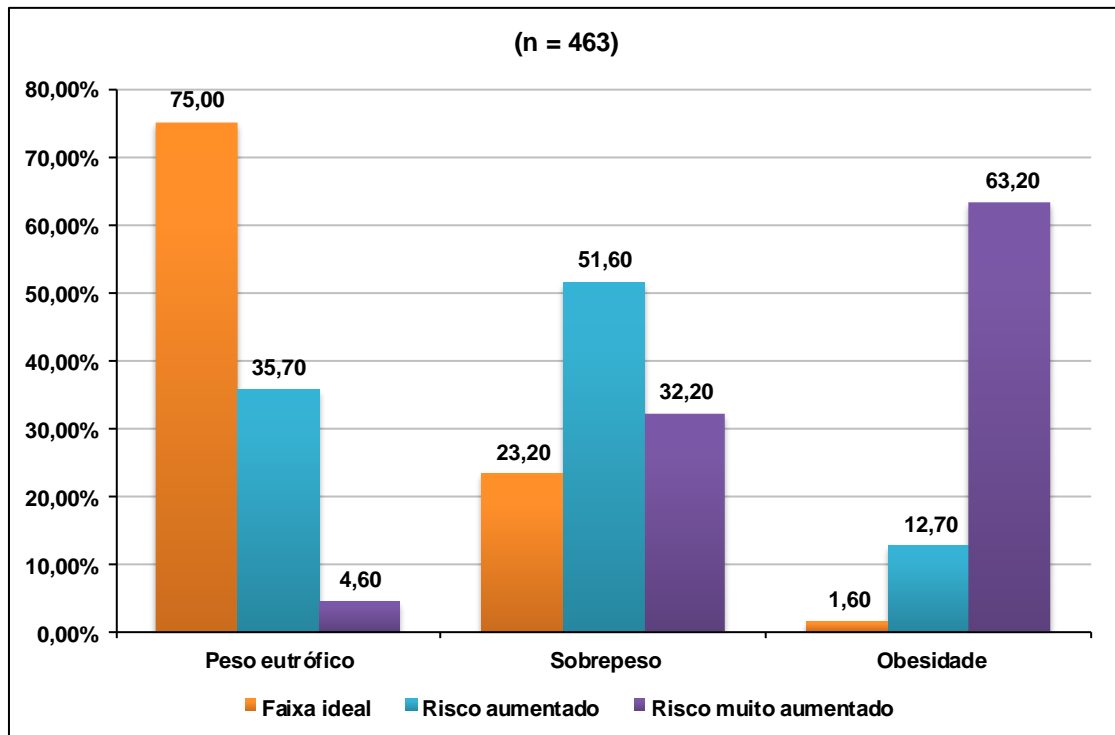
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,639$

Dados expressos em %

Ao analisar o risco de doença cardiovascular em função da medida da circunferência abdominal e o estado nutricional, verificou-se que entre os servidores que estão na faixa ideal de medida da CA, 75,1% estão com peso eutrófico, já na faixa com risco aumentado, a maioria é composta por servidores que estão com sobrepeso (51,6%) e os que estão com o risco muito aumentado de doença cardiovascular, temos os que estão com obesidade com 63,2%, apresentando significância estatística ($p < 0,001$) (Gráfico 14).

Gráfico 14. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x risco de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal



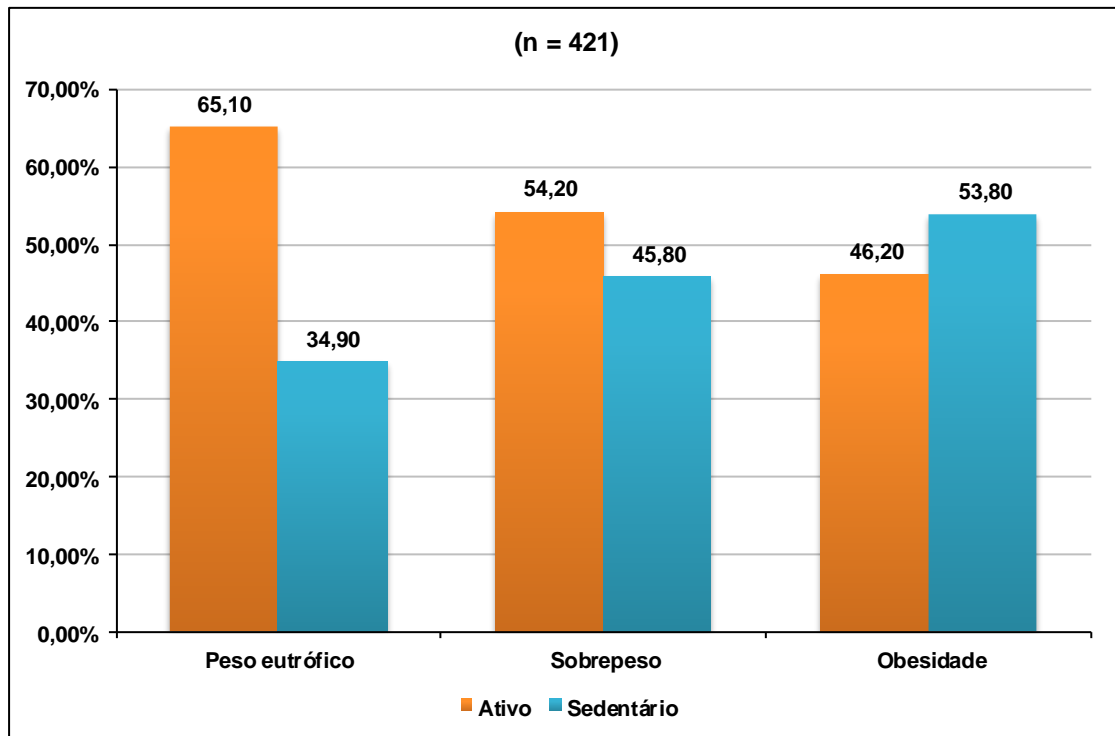
Fonte: A autora

Notas: $p < 0,001$

Dados expressos em %

Ao relacionar o estado nutricional e a prática de atividade física, observa-se que os servidores que estão com peso eutrófico são ativos (65,1%) em sua maioria. Já entre os que estão com sobrepeso, a diferença diminui, passando para 54,2% ativos. Se tratando dos servidores com obesidade, 53,8% são sedentários, sendo estatisticamente significativa ($p = 0,006$) (Gráfico 15).

Gráfico 15. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação estado nutricional x prática de atividade física



Fonte: A autora

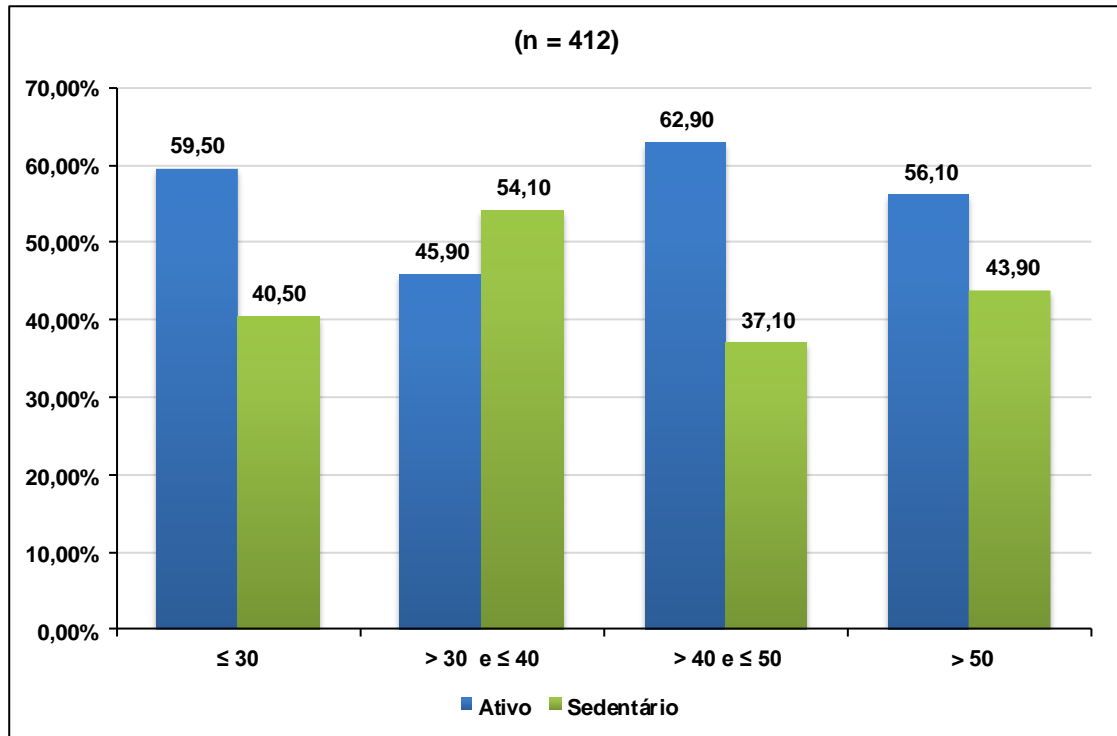
Notas: $p = 0,006$

Dados expressos em %

5.3 FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Na comparação entre faixa etária e à prática de atividade física, somente os servidores que têm entre 30 e 40 anos mostraram-se mais sedentários (54,1%), nas outras faixas etárias, eles se definiram como mais ativos, porém não apresentando significância estatística ($p = 0,117$) (Gráfico 16).

Gráfico 16. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x faixa etária



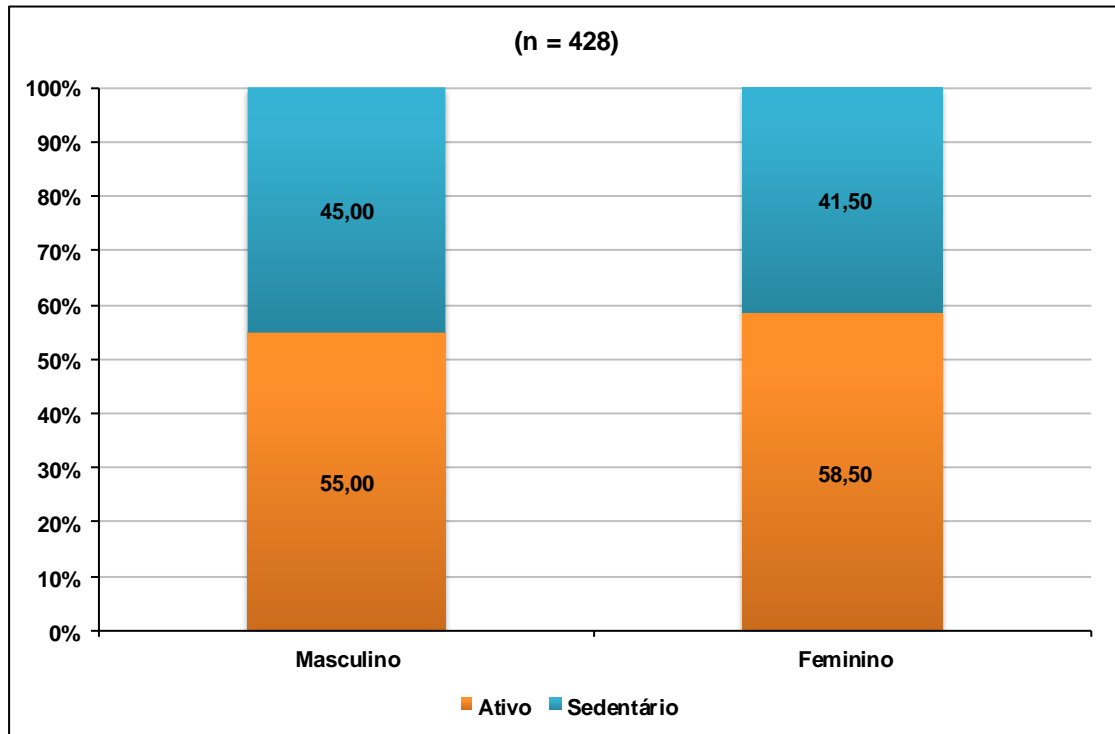
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,117$

Dados expressos em %

Não houve diferença entre a prática de atividade física e o sexo, não apresentando significância estatística ($p = 0,459$). A maioria dos homens e das mulheres se definiu como ativos em percentuais parecidos, 55% e 58,5% respectivamente (Gráfico 17).

Gráfico 17. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x sexo



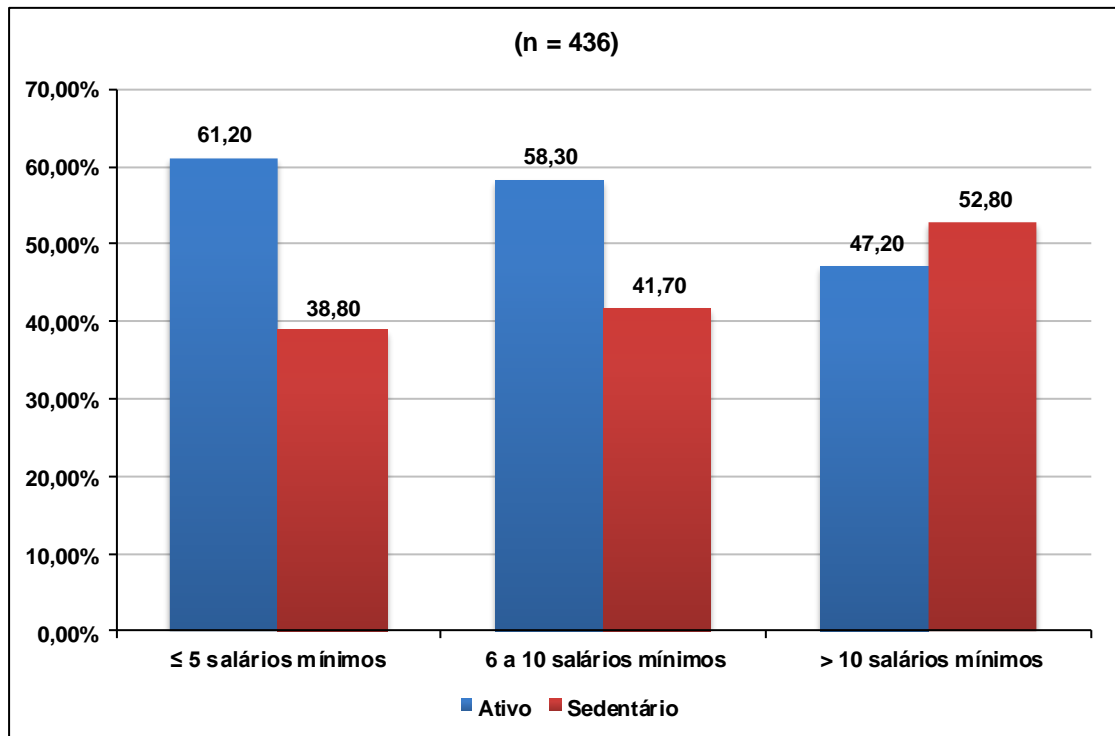
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,459$

Dados expressos em %

A relação entre prática de atividade física e renda dos servidores foi proporcionalmente inversa. Quanto menor a renda, maior a porcentagem de trabalhadores ativos, sendo que 61,2% dos ativos recebem até 5 salários mínimos. Já entre os sedentários, 52,8% recebem mais que 10 salários mínimos, porém não sendo estatisticamente significativa ($p = 0,107$) (Gráfico 18).

Gráfico 18. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x renda



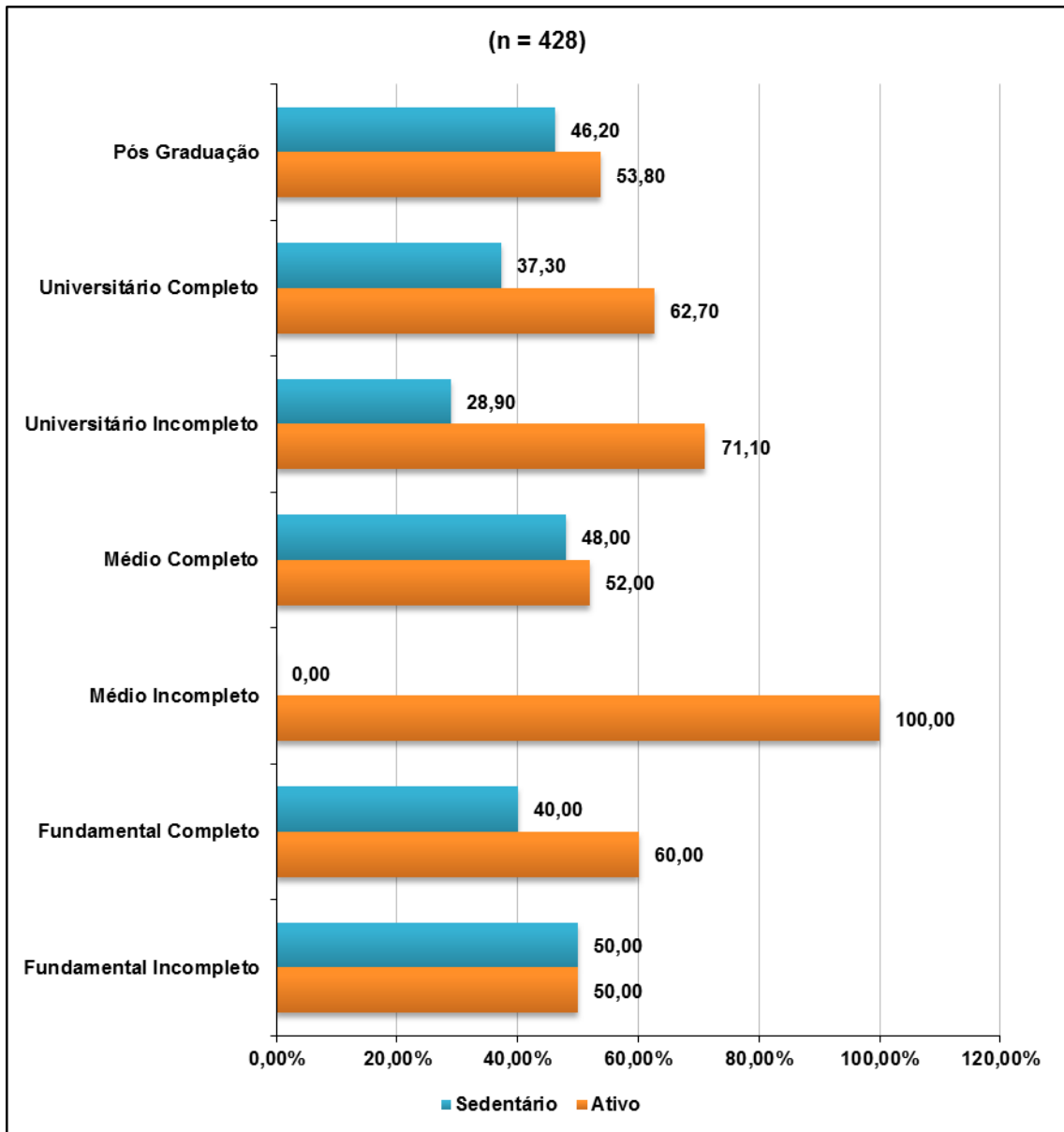
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,107$

Dados expressos em %

A comparação entre o grau de escolaridade e a atividade física também mostrou que em todas as faixas de escolaridade a maioria dos servidores relatou ser ativo, com destaque para os de nível universitário, em que 65% praticam alguma atividade física (Gráfico 19)

Gráfico 19. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x escolaridade



Fonte: A autora

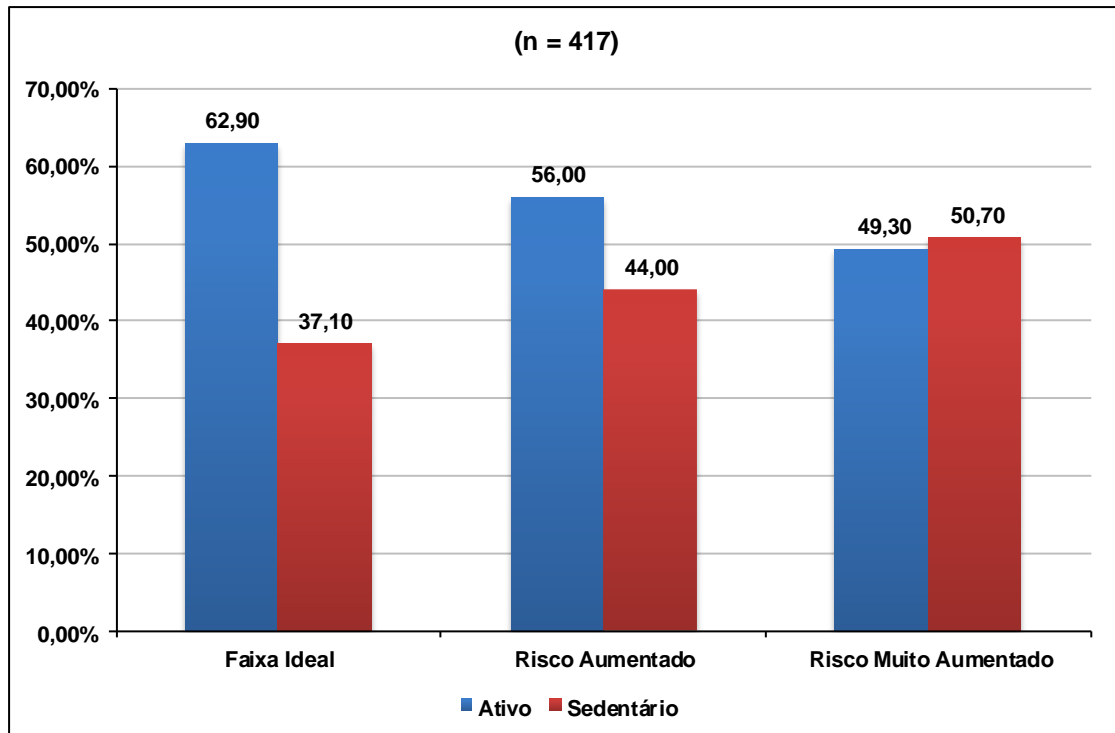
Notas: $p = 0,250$

Dados expressos em %

Quando se avalia o risco de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal comparado com a prática de atividade física, observa-se que os servidores que estão na faixa ideal da circunferência abdominal e os que estão com o risco aumentado são mais ativos, já os que estão com risco muito aumentado de uma doença cardiovascular têm índices muito próximos de atividade

física e sedentarismo, mas os dados não são estatisticamente significantes ($p = 0,60$) (Gráfico 20).

Gráfico 20. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x risco de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal



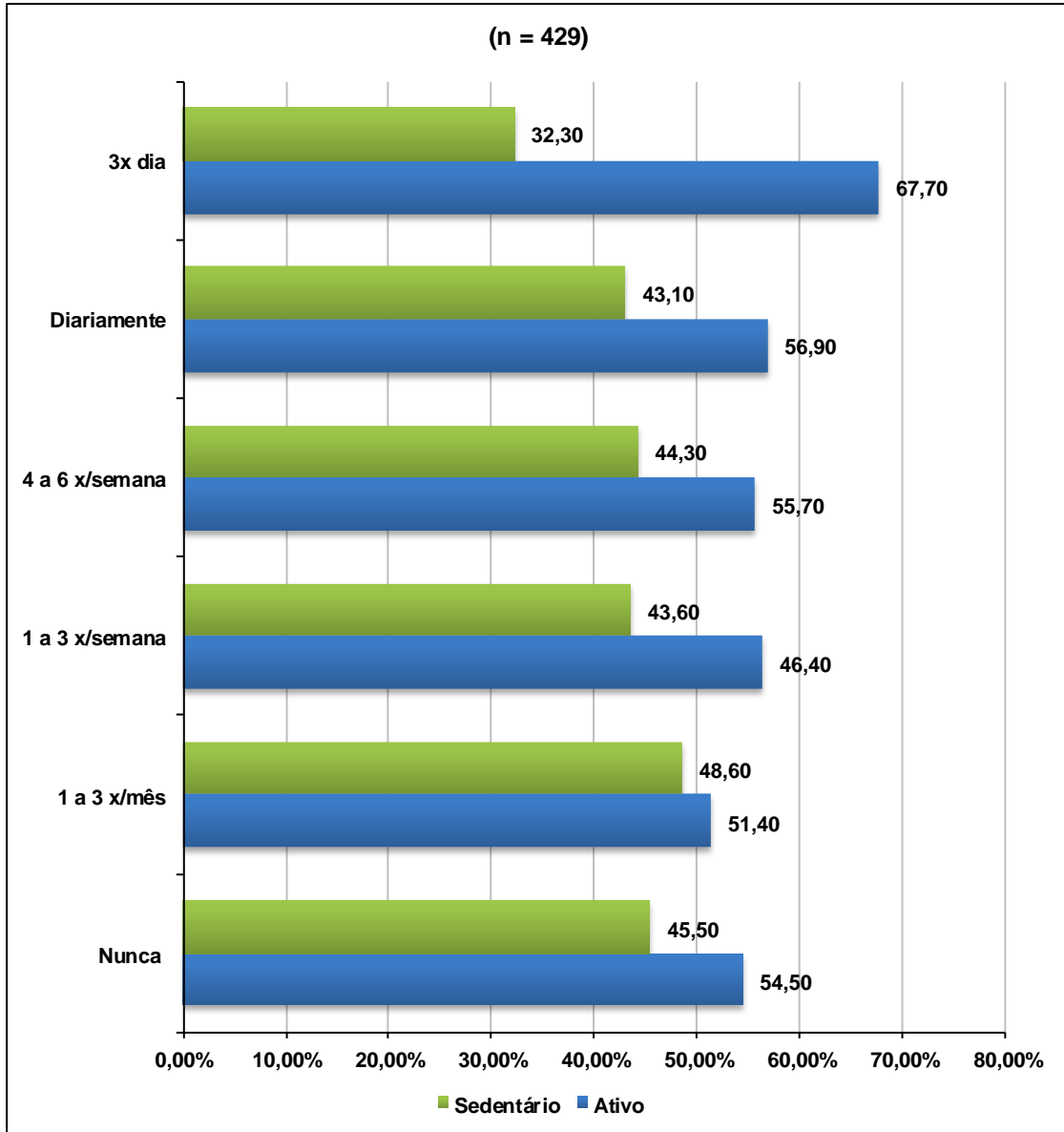
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,060$

Dados expressos em %

Quando se compara o consumo de frutas frescas e a prática de atividade física, em todas as faixas de consumo a maioria se declarou ativa, mas com pequena diferença percentual em relação aos sedentários, com exceção dos que consomem frutas frescas 3 vezes por dia, em que 67,7% são ativos (Gráfico 21).

Gráfico 21. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x consumo de frutas frescas



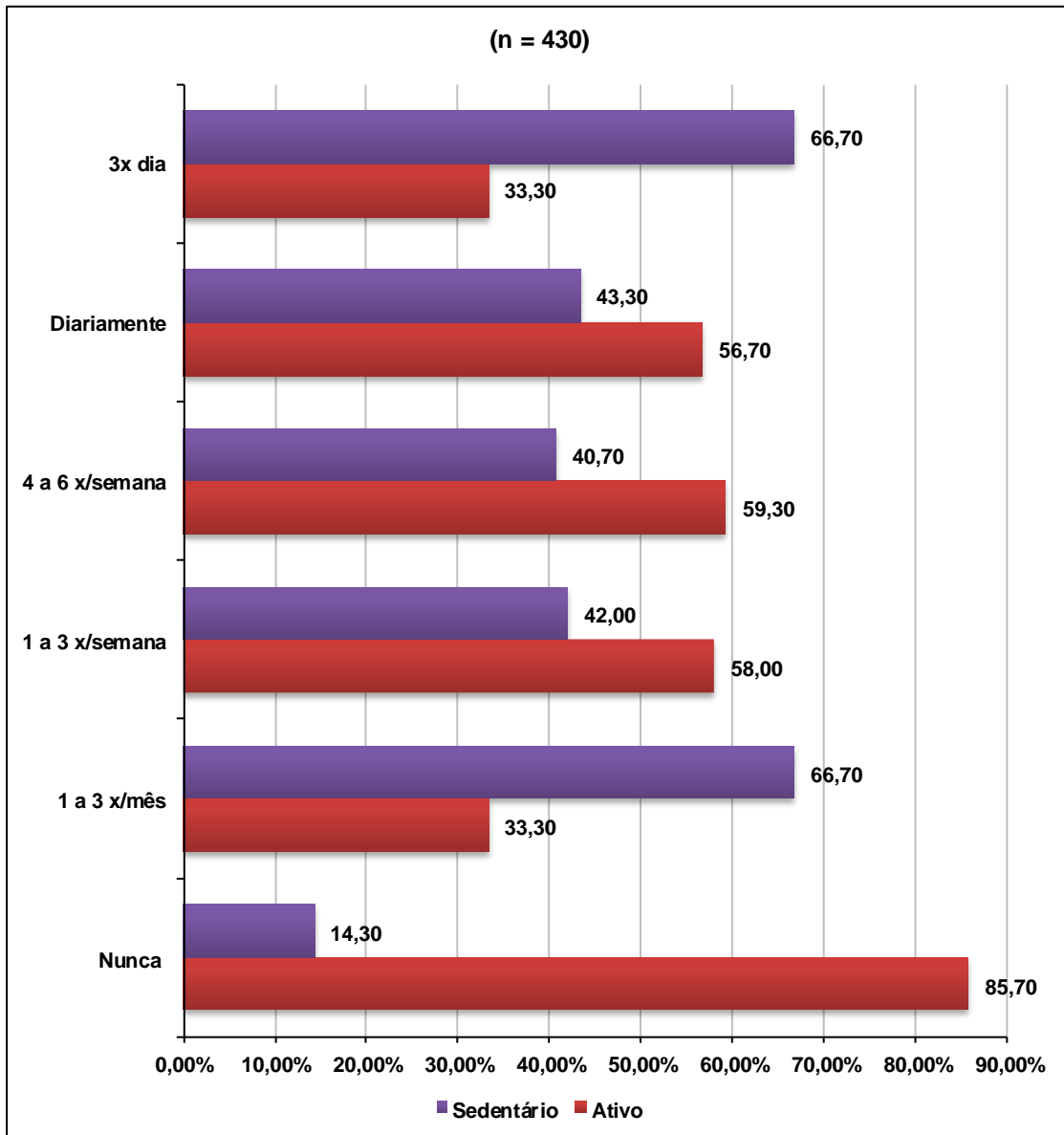
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,851$

Dados expressos em %

Diferentemente do consumo de frutas, o consumo de verduras e a prática de atividade física se mostrou bem mais heterogêneo, em que 85,7% dos que nunca consomem verduras são ativos, 66,7% dos que consomem de 1 a 3 vezes ao mês são sedentários, os que consomem de 3 vezes na semana a diariamente a maioria é ativa, já nos que consomem 3 vezes ao dia, 66,7% é sedentária (Gráfico 22).

Gráfico 22. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x consumo de verduras



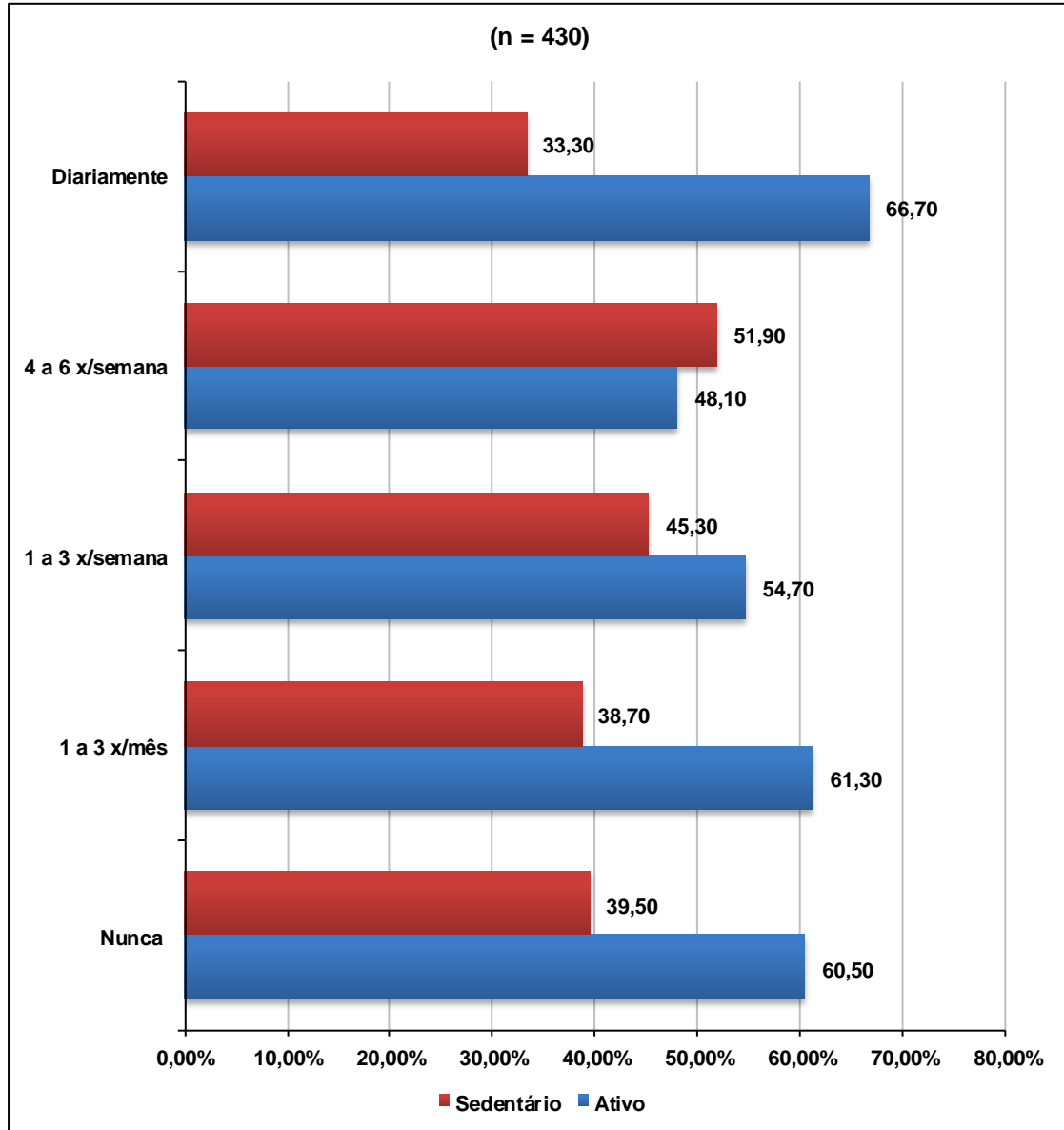
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,323$

Dados expressos em %

Comparando o consumo de frituras e a prática de atividades físicas, a maioria dos servidores que consomem alimentos fritos até três vezes por semana é ativa. Os que consomem de quatro a seis vezes por semana, 51,9% é sedentária. Entre os servidores que relatam consumir frituras diariamente, 66,7% é ativa (Gráfico 23).

Gráfico 23. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x consumo de frituras



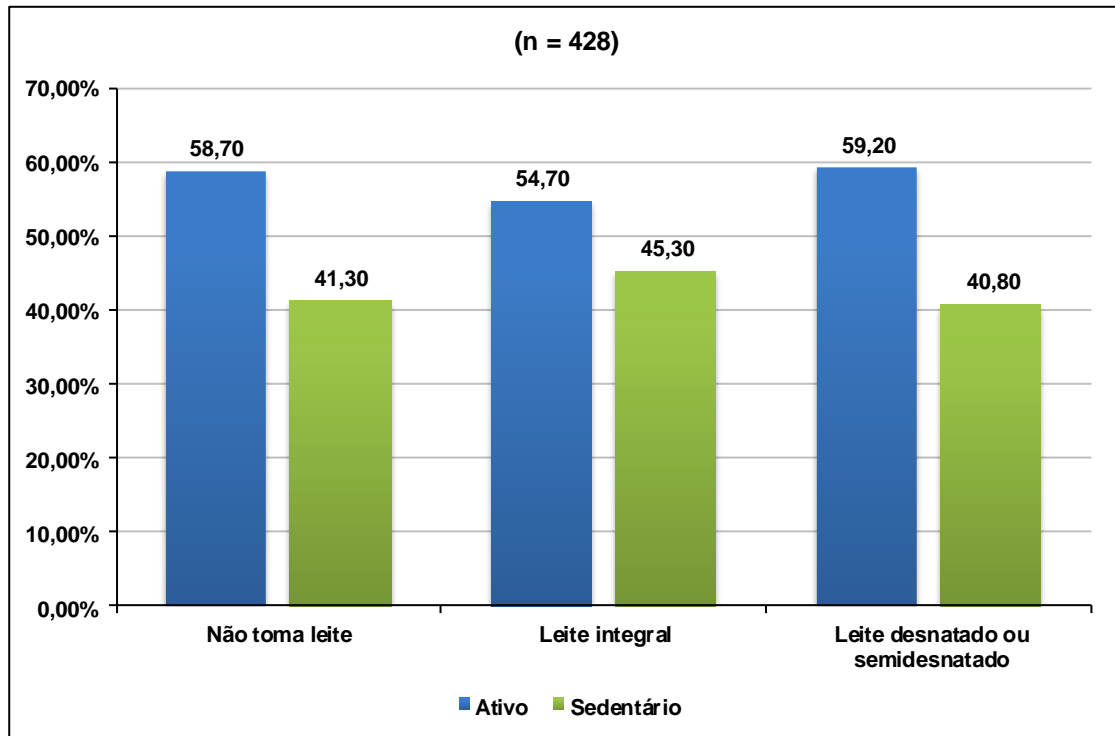
Fonte: A autora

Notas: $p = 0,323$

Dados expressos em %

Ao se comparar o consumo de leite e a prática de atividade física, observa-se que em todas as faixas de consumo os servidores são mais ativos e com percentuais próximos e os dados não apresentam significância estatística ($p = 0,666$) (Gráfico 24).

Gráfico 24. Distribuição dos servidores TAE / UFJF segundo a relação prática de atividade física x consumo de leite



Fonte: A autora

Notas: $p = 0,666$

Dados expressos em %

5.4 ANÁLISE MULTIVARIADA

Na análise de regressão logística multinomial descrita na tabela multivariada observou-se que os servidores do sexo masculino têm 97% mais chance de terem sobrepeso que as mulheres. Estes dados têm significância estatística ($p = 0,005$). Em relação à obesidade, os homens apresentam 36% mais chance de serem obesos que as mulheres. Porém sem significância estatística ($p = 0,249$) (Tabela 4).

Tabela 4. Análise multivariada

| Estimativas do parâmetro | | | | |
|--------------------------|---------|--------|--|-----------------|
| Peso eutrófico | Sig. | Exp(B) | Intervalo de confiança 95% para Exp(B) | |
| | | | Limite inferior | Limite superior |
| Sobrepeso | | | | |
| Ordenada na origem | 0,716 | | | |
| Ativo | 0,065 | 0,638 | 0,396 | 1,029 |
| Sedentário | – | – | – | – |
| Masculino | 0,005 | 1,974 | 1,234 | 3,158 |
| Feminino | – | – | – | – |
| < 30 anos | < 0,001 | 0,293 | 0,147 | 0,584 |
| 30-40 anos | 0,250 | 0,686 | 0,361 | 1,303 |
| 40-50 anos | 0,514 | 0,818 | 0,446 | 1,497 |
| > 50 anos | – | – | – | – |
| Obesidade | | | | |
| Ordenada na origem | 0,225 | | | |
| Ativo | 0,002 | 0,439 | 0,259 | 0,743 |
| Sedentário | – | – | – | – |
| Masculino | 0,249 | 1,360 | 0,806 | 2,294 |
| Feminino | – | – | – | – |
| < 30 anos | < 0,001 | 0,160 | 0,067 | 0,379 |
| 30-40 anos | 0,042 | 0,480 | 0,236 | 0,973 |
| 40-50 anos | 0,162 | 0,626 | 0,325 | 1,206 |
| > 50 anos | – | – | – | – |

Fonte: A autora.

Nota: A categoria de referência é *Peso Eutrófico*.

Com relação à idade, os indivíduos com menos de 30 anos têm 70,7% menos chance de terem sobrepeso e 84% menos chance de terem obesidade. Ambos dados são estatisticamente significantes, com $p < 0,001$. Já os servidores que estão na faixa etária entre 30 e 40 anos têm 31,4% menos chance de ter sobrepeso e 52% menos chance de ter obesidade, sempre tomando como referência a categoria acima de 50 anos. Não há significância estatística para sobrepeso ($p = 0,250$), porém existe para obesidade ($p = 0,042$).

A prática de atividade física é fator de proteção para sobrepeso e para obesidade. Quem é ativo tem 26% menos chance de ter sobrepeso e 56% menos

chance de ter obesidade, porém os dados não têm significância estatística para o sobrepeso ($p = 0,650$) e tem para obesidade ($p = 0,002$).

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, a avaliação do estado nutricional com base no IMC revelou que 1,3% dos sujeitos apresentavam baixo peso, 39,5% eutrofia, 34,7% sobrepeso e 24,6% obesidade. Dados do Vigitel 2012 (BRASIL, 2013b), divergem do presente estudo, uma vez que 51% dos entrevistados estão com sobrepeso e 17,4% com obesidade, indicando maior frequência de sobrepeso na população brasileira do que na população estudada. Comparando os dados com o estudo de Gigante e outros (2006) os resultados por ele encontrados ficaram próximos ao nosso, com 33,7% de sobrepeso e 19,4% de obesidade.

A alta prevalência de excesso de peso observada entre os servidores da UFJF pode ter relação com o modo de vida da população estudada, caracterizada pela transição nutricional e pelas atividades laborais (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004), e também a fatores socioeconômicos, pois nesta população observa-se um padrão de renda maior que a população geral e a idade dos sujeitos da pesquisa concentra-se mais nas faixas etárias acima de 40 anos.

Sendo a obesidade fator de risco para várias DCNT, este dado pode ser considerado alarmante, devendo suscitar intervenções nesta população, uma vez que o aumento de 20% do peso corpóreo eleva significativamente o risco para hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e doenças coronarianas (LIMA; SAMPAIO, 2007).

Na presente investigação a prevalência de excesso de peso foi proporcionalmente maior em homens (38,7% de sobrepeso e 26% de obesidade) do que em mulheres (30,4% de sobrepeso e 23,2% de obesidade), resultado parcialmente semelhantes ao de Vigitel 2012, em que os homens são os que têm o maior índice de sobrepeso (54,5%) e de obesidade (16,5%). O presente estudo apresentou índices mais baixos (BRASIL, 2013b).

Comparando os resultados com estudos realizados em população semelhante, apesar de as mulheres apresentarem menor prevalência de sobrepeso ou obesidade, os resultados encontrados para a obesidade no nosso estudo foram maiores que pesquisa realizada pelo *Estudo Pró-Saúde* com funcionários da UERJ, no qual 30,9% das mulheres têm sobrepeso e 17,7% obesidade e 43,6% dos homens têm sobrepeso e 16,1% obesidade (FONSECA et al., 2006).

A idade, segundo alguns autores, é um fator que predispõe o indivíduo ao excesso de peso, como comprova nosso estudo, uma vez que houve correlação estatística significativa ($p < 0,001$) entre essas duas variáveis (TEICHMANN et al., 2006).

Com relação à renda não houve significância estatística ($p = 0,71$) quando comparada ao estado nutricional. Segundo Fonseca e outros (2006), uma possível explicação é que como a população estudada é composta por servidores públicos de uma mesma universidade, as disparidades salariais são menores que as encontradas na população geral.

Neste estudo, a prevalência de sobrepeso e obesidade é inversamente proporcional à escolaridade. Os servidores que têm nível de escolaridade mais alto apresentaram melhores índices de peso eutrófico (45,8%). O estudo de Monteiro Conde e Castro (2003) mostra que as mulheres com alto nível de escolaridade têm menor índice de obesidade que os homens do mesmo nível.

Em relação ao consumo alimentar, observamos que a maioria dos estudados consomem frutas (42,7%), e verduras diariamente (54,5%), mas somente uma minoria consome o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, através do Guia Alimentar para a População Brasileira que é 03 porções diárias de frutas e verduras. Sendo o leite fonte de proteínas, cálcio e vitaminas, o consumo deste alimento é importante para a formação e manutenção da massa óssea. Para os adultos é aconselhável que se consuma o leite desnatado, por conter menor teor de gordura (BRASIL, 2013b). Dados do presente estudo mostram que 47,8% dos entrevistados consomem leite integral, enquanto 35% leite desnatado.

A ingestão de frituras pela população estudada teve sua maior frequência na faixa de consumo de 1 a 3 vezes por semana.

Associando o consumo alimentar e o estado nutricional, verificamos que não houve significância estatística nessa categoria, em que o consumo de frutas e o estado nutricional apresentou $p = 0,142$, o consumo de verduras $p = 0,275$.

Comparando o estado nutricional e o Risco de Doenças Cardiovasculares em função da Circunferência Abdominal, observamos que há significância estatística e que o risco aumenta com o aumento do IMC. Nesta pesquisa foi possível perceber que 75,1% dos indivíduos com peso eutrófico não apresentavam risco metabólico relacionado a esta medida. Já entre aqueles com obesidade, 65,2% apresentavam alterações deste parâmetro, mostrando que este estudo está em consonância com

outras pesquisas que mostram que a medida da circunferência abdominal correlaciona-se fortemente com o IMC (PINHO et al., 2013; SARNO; MONTEIRO, 2007).

A prática de atividade física de lazer se faz presente entre 57% dos entrevistados, segundo o IPAQ, número maior do que o encontrado em Vigitel 2012, em que 33,5% da população adulta atingiu nível recomendado de atividade física no tempo livre (BRASIL, 2013b). O estudo de Anjos e outros (2012), encontrou resultado parecido com a da presente pesquisa, em que 59,5% dos adultos estudados eram ativos.

A correlação entre o estado nutricional e a prática de atividade física entre os indivíduos obesos são mais sedentários (53,8%) do que ativos (34,9%) e entre os que têm sobrepeso os índices de atividade e sedentarismo estão mais equilibrados (54,2% e 45,8% respectivamente). Sendo a prática de atividade física uma forma de prevenir e tratar a obesidade e de diminuir os riscos de DCNT (MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M., 2006), os dados apresentados acima mostram como se faz importante uma ação de incentivo à prática de atividade física entre os indivíduos estudados como forma de prevenção da doença e melhor qualidade de vida.

Contrariando a premissa de que a idade interfere no padrão de atividade física, conforme Salles-Costa e outros (2003), no qual, em seu estudo com funcionários universitários da cidade do Rio de Janeiro, houve relação inversa entre idade e prática de atividade física, não se encontrou correlação, em nosso estudo, entre idade e aumento do sedentarismo. Em todas as faixas etárias a maioria dos servidores se diz ativa, exceto na faixa entre 30 e 40 anos.

Em relação ao sexo, os níveis de servidores ativos ficaram próximos em ambos os sexos, não havendo significância estatística entre os dados, diferentemente do que diz vários estudos, em que as mulheres praticavam menos atividades físicas que os homens (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004; SALLES-COSTA et al., 2003; SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2011).

O estudo mostrou também, que a maioria das pessoas que são ativas tem renda menor que as sedentárias. Estes dados são diferentes dos que encontrados em Suzuki, Moraes e Freitas (2011), onde os que têm maior renda são mais ativos, devido à facilidade do acesso e oportunidade de praticar atividade física. Sendo nosso estudo realizado com servidores públicos federais, o que poderia explicar essa diferença é que os que estão classificados como menor renda entre os sujeitos

da pesquisa ainda têm renda maior que a média da população brasileira, uma vez que o grupo pertence, predominantemente, a um estrato social acima da média do país e do município.

A relação entre escolaridade e atividade física no presente estudo não mostrou significância estatística. Na maioria das faixas de escolaridade os servidores são mais ativos. A única exceção é os servidores que têm o ensino fundamental incompleto, em que 50% se dizem ativos. Segundo Suzuki, Moraes e Freitas (2011) pessoas com nível educacional maior tendem a apresentar melhores índices de atividade física regular.

Comparando a prática de atividade física e o risco de doença cardiovascular em função da circunferência abdominal, os que estão na faixa ideal de circunferência abdominal são em sua maioria ativos, corroborando os dados encontrados no cruzamento do estado nutricional e atividade física e no que diz a literatura. O exercício físico regular também reduz significativamente os riscos em função do excesso e distribuição de gordura corporal (doença coronariana, hipertensão, resistência à insulina, dislipidemias), agindo positivamente sobre aspectos relacionados à qualidade de vida dos indivíduos, levando-os a níveis mais próximos dos padrões desejáveis em termos de saúde (OLIVEIRA-FILHO; SHIROMOTO, 2001).

O consumo alimentar de frutas, verduras e leite comparado à prática de atividade física mostrou que a maioria dos servidores que consomem diariamente esses alimentos é ativa. Outros estudos sobre hábitos alimentares e prática de atividade física mostram que a alimentação é inadequada na maioria dos casos, não sendo ingeridos todos os nutrientes necessários para uma alimentação saudável (DURAN et al., 2004).

Entre as principais limitações deste trabalho está, em primeiro lugar, o fato de este ser um estudo transversal, no qual medições são feitas no mesmo momento, espaço e tempo, não permitindo distinguir causa-efeito do problema. Em segundo lugar, está a realização da pesquisa por questionários autopreenchíveis, em que os sujeitos da pesquisa deixaram questões sem respostas ou com respostas incompletas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar o estado nutricional dos trabalhadores TAEs da UFJF e sua associação aos hábitos alimentares e à prática de atividade física.

Os resultados revelaram que a maioria dos servidores está acima do peso, não consomem as porções recomendadas de frutas e verduras, fazem uso frequente de alimentos fritos e a maioria consome o leite integral. A maioria também se definiu como ativa, em relação à prática de atividade física.

Diante dos resultados, pode-se afirmar que para os servidores estudados, a alimentação saudável e a prática de atividade física são fatores importantes para a manutenção da saúde, necessitando de intervenções para melhorar os índices de sobrepeso e obesidade.

Assim, ações que visem o emagrecimento e a manutenção do peso saudável através da alimentação saudável e também a prática de atividade física regular, devem ser exploradas, pois possibilitam a melhora das condições de saúde e de vida desses servidores.

Uma vez que essa categoria profissional assemelha-se em termos de condições de trabalho e de vida a um segmento expressivo da população, os resultados aqui apresentados interessam diretamente à UFJF, mas também à sociedade em geral, já que apontam a necessidade de definir e desenvolver medidas de prevenção e controle da obesidade que é cada vez mais um problema Brasil de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. T. **O processo de implementação da política de saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade.** 2009. 97p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ANJOS, L. A. et al. Padrão de atividade física em um dia típico de adultos de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil: resultados da Pesquisa de Nutrição, Atividade Física e Saúde (PNAFS). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 1893-1902, out. 2012.

ASSUNÇÃO, A. A. (Org.). **Promoção e vigilância em saúde: guia para as ações no setor público federal.** Belo Horizonte: [s.n.], 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Decreto n. 5.961 de 13 de novembro de 2006. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal - SISOSP. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 nov. 2006. p. 1.

BRASIL. Decreto n. 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 abr. 2009. p. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 52, de 6 de outubro de 2011. Dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas de controle da prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 2011b, Seção 1, p. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 136 p.: Il.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. **Boletim estatístico de pessoal e informações organizacionais**, Brasília, v..19 n. 214, p. 98-104, fev. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Unidades e grupos. [c201-]. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>>. Acesso em: 31 jan. 2014

CERQUEIRA, A. S. F.; SILVA, M. L. L. S.; SILVA, S. M. B. Intervenção psicológica para pacientes atendidos no programa de obesidade do ambulatório docente-assistencial da bahiana (PEPE): um relato de experiência. **Revista Psicologia, diversidade e Saúde**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 123-139, abr. 2013.

COUTINHO, W. The first decade of sibutramine and orlistat: a reappraisal of their expanding roles in the treatment of obesity and associated consitions. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 262-270, mar. 2009.

DOMINGUES, M. R.; ARAÚJO, C. L. P.; GIGANTE, D. P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 204-215, jan./fev. 2004.

DURAN, A. C.F.L et al. Correlação entre consumo alimentar e nível de atividade física habitual de praticantes de exercícios físicos em academia. **Revista brasileira de ciência e movimento**, Brasília, v. 12, n.3, p. 15-19 set. 2004.

ELL, E.; CAMACHO, L. A. B.; CHOR, D. Perfil antropométrico de funcionários de banco estatal do Rio de Janeiro/Brasil: I – índice de massa corporal e fatores sociodemográficos. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 113-121, jan./mar. 1999.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 454-466, dez. 2005.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de vida no trabalho**: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. e. ed. Brasília: Paralelo 15, 2012.

FONSECA, M. J. M. et al. Associação entre escolaridade, renda e índice de massa corporal em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil: Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2359-2367, nov. 2006.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

GIGANTE, D. P. et al. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e associação com nível socioeconômico. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1873-1879, set. 2006.

GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 135, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

GUEDES, D. P.; LOPES, C. C.; GUEDES, J. E. R. P. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. **Revista brasileira de medicina do esporte**, Niterói, v. 11, n. 2, p. 151-158, mar./abr. 2005

HASSELMANN, M. H. et al. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1187-1191, maio 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil - Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-219.

LIMA, L. P.; SAMPAIO, H. A. C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1011-1020, jul./ago. 2007.

LINS, A. P. M. et al. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 357-366, fev. 2013.

LOTTEBERG, A. M. P. Tratamento dietético da obesidade. **Einstein**, São Paulo, v. 4, p. S23-S28, 2006. Suplemento 1.

MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M. Atividade física no tratamento da obesidade. **Einstein**, São Paulo, v. 4, p. S29-S43, 2006. Suplemento 1.

MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista saúde pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil. (1975-1997). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S67-S75, 2003. Suplemento 1.

NUNES, A. V. L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revistas psicologia: organizações e trabalho**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 51-67, jan./jun. 2009.

OLIVEIRA-FILHO A.; SHIROMOTO, R.N. Efeitos do exercício físico regular sobre índices preditores de gordura corporal: índice de massa corporal, relação cintura-quadril e dobras cutâneas. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 12, n. 2, p 105-112, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CARMEN**: Iniciativa para Prevenção de Doenças Não-Transmissíveis nas Américas. Brasília: OPAS/OMS Brasil, 2003.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; BIBAS, B. J.; DEBONI, M. Obesity: the greatest epidemic of the 21 century? **São Paulo medical journal**, São Paulo, v. 129, n. 5, p. 283-284, 2011.

PINHEIRO, A. R. O., FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez. 2004.

PINHO, C. P. S. et al. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 313-324, fev. 2013.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dez. 2006.

SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores sociodemográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1095-1105, jul./ago. 2003.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 186-193.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do índice de massa corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 788-796, out. 2007.

SEGHETTO, A.; PICCOLI J. C. J. Nível de atividade física, prevalência de desconforto e dor muscular e capacidade de trabalho: uma avaliação no setor de *call center* de um banco do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista brasileira de ciência e movimento**, Taguatinga, v. 20, n. 3, p. 105-117, 2012.

SOUTO, D. F. Saúde no Trabalho: uma revolução em andamento. 1ª reimp. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2009. 336 p

SUZUKI, C. S.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 311-320, abr. 2011.

TAVARES FILHO, T. E.; MAGALHÃES, P. M. S.; TAVARES, B. M. A terapia cognitivo-comportamental e seus efeitos no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar. **Revista de psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 1. n. 2, p. 160-168, 2009.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 360-373, set. 2006.

TIMBÓ, M. S. M.; EUFRÁSIO, C. A. F. O meio ambiente do trabalho saudável e suas repercussões no Brasil e mundo, a partir de sua evolução histórica. **Pensar**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 344-366, jul./dez. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Comunicação. **Cerimonial** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por angélica.abdalla@ufjf.edu.br em 11 jul.2013.

WANDERLEY, E. N., FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 185-194, jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Fact sheet n°311. 2014a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 17 out. 2012.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário autopreenchível do I Inquérito sobre Condições de Trabalho e Vida dos Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora (Blocos D, E e avaliação)

BLOCO D

As próximas perguntas se referem a alguns hábitos alimentares.

| |
|--|
| D1. Aproximadamente quanto você pesava aos 20 anos de idade? |
| Kg |

| |
|--|
| D2. Com que frequência você consome frutas frescas? |
| 1 <input type="checkbox"/> Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês |
| 2 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por mês |
| 3 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana |
| 4 <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana |
| 5 <input type="checkbox"/> diariamente |
| 6 <input type="checkbox"/> 3 vezes por dia |

| |
|--|
| D3. Com que frequência você consome alimentos fritos (frituras) |
| 1 <input type="checkbox"/> Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês |
| 2 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por mês |
| 3 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana |
| 4 <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana |
| 5 <input type="checkbox"/> diariamente |
| 6 <input type="checkbox"/> 3 vezes por dia |

| |
|--|
| D4. Com que frequência você consome verduras? |
| 1 <input type="checkbox"/> Nunca ou menos frequentemente que 1 vez por mês |
| 2 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por mês |
| 3 <input type="checkbox"/> 1 a 3 vezes por semana |
| 4 <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes por semana |
| 5 <input type="checkbox"/> diariamente |
| 6 <input type="checkbox"/> 3 vezes por dia |

| |
|---|
| D5. Que tipo de leite você consome com maior frequência? |
| 1 <input type="checkbox"/> Não tomo leite |
| 2 <input type="checkbox"/> Leite normal ou integral |
| 3 <input type="checkbox"/> Leite desnatado ou semidesnatado |

BLOCO E

As próximas perguntas se referem à realização de atividades físicas. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividades físicas na ÚLTIMA SEMANA.

As perguntas incluem atividades que você fez 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.

| |
|---|
| <p>Para responder as questões lembre que –</p> <p>Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.</p> <p>Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.</p> |
|---|

| |
|--|
| <p>Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.</p> |
|--|

| |
|---|
| <p>E1. 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?</p> |
| <p>Dias _____ por SEMANA <input type="checkbox"/> Nenhum</p> |

| |
|--|
| <p>E2. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?</p> |
| <p>Horas _____ Minutos _____</p> |

| |
|---|
| <p>E3. 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).</p> |
| <p>Dias _____ por SEMANA <input type="checkbox"/> Nenhum</p> |

| |
|--|
| <p>E4. 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?</p> |
| <p>_____ Horas _____ Minutos</p> |

| |
|--|
| <p>E5. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos contínuos. Como por exemplo – corre, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta,</p> |
|--|

jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar (capinar) no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por SEMANA Nenhum

E6. 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

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 durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

E7. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ Horas _____ Minutos

E8. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

_____ Horas _____ Minutos

ESTA PARTE É PARA SER PREENCHIDA APENAS PELO PESQUISADOR

Nº DO FORMULÁRIO _____ DATA DA COLETA ____/____/____

HORÁRIO DE INICIO _____ HORÁRIO DE TÉRMINO _____

1ª AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PULSO

2ª AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PULSO

PESO

ALTURA

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

OUTRAS OBSERVAÇÕES

ANEXO B – Escores e a interpretação dos dados



CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ

1. INATIVO: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

2. IRREGULARMENTE ATIVO: aquele que realiza atividade física, porém, de forma insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa).

3. ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

a) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou

b) MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou

Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

4. MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

a) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão ou

b) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA ou CAMINHADA:

≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

Exemplos:

| Indivíduos | Caminhada | | Moderada | | Vigorosa | | Classificação |
|------------|-----------|----|----------|----|----------|----|----------------------|
| | F | D | F | D | F | D | |
| 1 | - | - | - | - | - | - | Inativo |
| 2 | 4 | 20 | 1 | 30 | - | - | Irregularmente Ativo |
| 3 | 3 | 30 | - | - | - | - | Irregularmente Ativo |
| 4 | 3 | 20 | 3 | 20 | 1 | 30 | Ativo |
| 5 | 5 | 45 | - | - | - | - | Ativo |
| 6 | 3 | 30 | 3 | 30 | 3 | 20 | Muito Ativo |
| 7 | - | - | - | - | 5 | 30 | Muito Ativo |

F = Frequência – D = Duração

Sugerimos uma forma de classificação adicional reduzindo para dois grupos. Aqueles que alcançam e não alcançam a recomendação, muito utilizada em estudos de Cálculo de Risco.

Os grupos com a classificação Inativo e Irregularmente Ativo denominam-se SEDENTÁRIO ou Insuficientemente ativo.

Os grupos classificados como Ativo e Muito Ativo recebem o conceito de suficientemente ativos, aqueles que alcançam a recomendação de ≥ 150 minutos e ≥ 5 dias na semana.

ANEXO C – Protocolo do I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de Vida dos Trabalhadores da UFJF



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

PROTOCOLO DO I INQUÉRITO SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE VIDA DOS TRABALHADORES DA UFJF

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Avaliação do Peso corporal

Utilizando uma balança mecânica da marca G-Tech, para obter dados do Peso Corporal, deve-se levar em consideração determinados cuidados, antes e durante a medição do peso do avaliado.

- 4- Verifique o local onde irá colocar a balança e certifique-se de que este é plano, caso contrário seu desnivelamento poderá provocar alterações na medida.
- 5- Verifique também a calibração da balança.
- 6- Para a determinação do peso, o avaliado deverá estar com o mínimo de roupa e descalço.
- 7- O avaliado deve se posicionar em pé e de costas para a escala da balança, com os pés afastados e paralelos.
- 8- Em seguida, coloque-o sobre o centro da plataforma da balança, ereto e com o olhar num ponto fixo à sua frente.
- 9- Realize a leitura estando de frente e por cima do leitor da balança e registre os valores.

Avaliação da Estatura

Para aferir a estatura ou altura total será utilizado um estadiômetro com escala de divisões de 0,1 cm da marca Trident, observando-se as seguintes instruções:

1. Posicione o avaliado de costas para o estadiômetro com os pés juntos e voltados para frente, ombros relaxados, braços ao longo do corpo e bem apoiado contra a superfície de medida (superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital).
2. Ao efetuar a medição, o avaliado deverá estar descalço.
3. A medição é feita com o indivíduo em apneia inspiratória, de modo a minimizar possíveis variações na altura.
4. A cabeça deve estar orientada paralela ao solo. A estatura do avaliado é a distância do solo até o ponto mais alto da cabeça (vértex), no plano medial.

5. Utilize o “esquadro antropométrico” num ângulo de 90° em relação à superfície de medida para determinar este ponto.
6. Registre o valor

Avaliação da Circunferência Abdominal

Estes dados são usados como parâmetros comparativos da quantidade de gordura corporal e posterior cálculo de peso ideal do avaliado. Para efetuar estas medidas é necessário que siga as seguintes instruções:

1. Utilize uma fita métrica com divisões de 0,1 cm.
2. A medição deve ser feita com o tórax exposto
3. A fita métrica deve ser colocada logo acima do umbigo
4. Com cuidado para não exercer muita pressão com a fita métrica sobre a pele; só o suficiente para cobrir todo o perímetro do segmento, de forma a ficar justa, porém não apertada.
5. O abdômen deve estar relaxado, e a pessoa deve estar expirando.
6. Fazer a marcação do valor obtido na fita métrica e registre os valores

ANEXO D – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Emenda ao Parecer nº 224/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2141.201.2010 **FR:** 358642 **CAAE:** 0151.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: Trabalhadores técnicos administrativos em Educação: condições de trabalho e de vida

Pesquisador Responsável: Rosangela Maria Greco

Pesquisador Participante: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Data prevista para término da primeira etapa da pesquisa: Julho de 2014.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

Comentário:

Diante do exposto o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO a solicitação de prorrogação no cronograma ao estudo supracitado considerando a justificativa apresentada. Informa que o documento da referida solicitação será anexado ao projeto e arquivado no CEP. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Situação: Emenda ao projeto Aprovada.
Juiz de Fora, 14 de agosto de 2013.

Paulo Cortes Gago

Prof. Dr. Paulo Cortes Gago
Coordenador do CEP/UFJF

| |
|---------------------|
| <u>RECEBI</u> |
| DATA: ___/___/2013. |
| ASS: _____ |