INATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTOS ADVERSOS PARA A SAÚDE ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

PHYSICAL INACTIVITY AND ADVERSE HEALTH BEHAVIORS AMONG UNIVERSITY TEACHERS

LA INACTIVIDAD FÍSICA Y EL COMPORTAMIENTO ADVERSO PARA LA SALUD ENTRE LOS PROFESORES UNIVERSITARIOS

RESUMO

Introdução: A inatividade física onera a sociedade pela crescente custo dos cuidados médicos e perda de produtividade, além de figurar entre os quatro principais fatores de risco de doenças crônicas. Objetivo: Verificar os fatores associados à inatividade física, avaliada pela taxa de equivalentes metabólicos (MET), entre professores de uma universidade pública. Métodos: Estudo transversal com amostra probabilística, incluindo 163 trabalhadores. Além da inatividade física (<450 MET.min/segunda), avaliam-se idade, sexo, estado civil, tabagismo, consumo excessivo de álcool, percepção da saúde e do estresse, presença de diabetes, hipertensão, kibalgia, depressão, doenças do coração e consumo de frutas/verduras/legumes, gordura não saudável, refrigerante e sal. As razões de prevalências e os intervalos de confiança (95%) foram estimados pela regressão de Poisson. Resultados: Os participantes fisicamente inativos tinham menor consumo de frutas/verduras/legumes, consumo excessivo de álcool e pior percepção da saúde. Conclusão: Sugerem-se que a inatividade física está associada a um maior perfil de risco de saúde, e a ocorrência simultânea desses fatores deve ser considerada no planejamento das ações de saúde para grupos de trabalhadores e população geral.

Descritores: atividade motor; exercício; fatores de risco; trabalhadores.

ABSTRACT

Introduction: Physical inactivity burdens society by increasing the costs of medical care and loss of productivity, and appears among the four major risk factors for chronic diseases. Objective: To identify the factors associated with physical inactivity, as assessed by metabolic equivalent rate (MET), among teachers of a public university. Methods: Cross-sectional study with probabilistic sample including 163 workers. In addition to physical inactivity (<450 MET.min/week), we evaluated age, sex, marital status, smoking, excessive alcohol consumption, health and stress perception, diabetes, hypertension, low back pain, depression, heart disease and consumption of fruits/vegetables/legumes, unhealthy fat, soft drinks and salt. Prevalence ratios and confidence intervals (95%) were estimated by Poisson regression. Results: The physically inactive participants had a lower intake of fruits/vegetables/legumes, higher alcohol consumption and worse perception of health. Conclusion: We suggest that physical inactivity is associated with a higher profile of health risk and that the simultaneous occurrence of these factors should be considered in the planning of health programs for groups of workers and general population.

Keywords: motor activity; exercise; risk factors; workers.

RESUMEN

Introducción: La inactividad física sobrecarga a la sociedad debido al aumento de los costos de los cuidados médicos y la pérdida de productividad, además de figurar entre los cuatro principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. Objetivo: Verificar los factores asociados a la inactividad física, evaluadas por la tasa metabólica equivalente (MET) entre profesores de una universidad pública. Métodos: Estudio transversal, con una muestra probabilística, incluyendo 163 trabajadores. Además de la inactividad física (<450 MET.min/semana), se evaluó edad, sexo, estado civil, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, percepción de salud y estrés, diabetes, hipertensión, dolor lumbar, depresión, enfermedad cardíaca y el consumo de frutas/verduras/legumes, grasa no saludable, refrescos y sal. Las tasas de prevalencia e intervalos de confianza (95%) se estimaron mediante regresión de Poisson. Resultados: Los participantes físicamente inactivos presentaron menor consumo de frutas/verduras/legumes, mayor consumo de alcohol y peor percepción de la salud. Conclusión Se sugiere que la inactividad física se asocia con un perfil de mayor riesgo para la salud y que la ocurrencia simultánea de estos factores debe ser considerada en la planificación de acciones de salud para los grupos de trabajadores y la población en general.

Descritores: actividad motor; ejercicio; factores de riesgo; trabajadores.

INTRODUÇÃO

Um total de 56 milhões de mortes ocorrem em todo o mundo durante o ano de 2012, sendo 38 milhões atribuídas a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Os países de baixa e média renda são os

Rev Bras Med Esporte – Vol. 23, No 2 – Mar/Abr; 2017

103
mais afetados1, tornando-se um grande desafio para a saúde pública na atualidade2. No Brasil, cerca de 72% do total de óbitos foram atribuíbos às DCNT, destacando-se as doenças cardiovasculares (DCV), as neoplasias, as doenças respiratórias e os diabetes3. Esse grupo de causas tem determinação complexa, mas os principais fatores de risco modificáveis são o tabagismo, a alimentação inadequada, o uso abusivo de bebidas alcoólicas e a inatividade física4, sendo que para os três últimos o país não apresenta uma evolução favorável nos últimos anos5,6.

A World Health Organization (WHO) define atividade física (AF) como ser qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer. Por outro lado, a inatividade física (IF) é a ausência da prática de atividade física ou a prática insuficiente de atividade física (< 150 minutos por semana).

Estudos têm evidenciado que a atividade física regular tem potencial para melhorar a saúde, tendo efeitos positivos na prevenção das doenças cardiovasculares (DCV), alterando favoravelmente alguns fatores de risco, embora os resultados apresentem variações importantes entre diferentes populações5,6,7. Apesar de evidências de benefícios da atividade física regular5,8, bem como dos efeitos deletérios da IF6, sua prevalência permanece alta em diversos países1. No Brasil, em 2013, 46,0% dos adultos maiores de 18 anos eram insuficientemente ativos, ou seja, não cumpriam as recomendações de pelo menos 150 minutos de AF moderada a intensa por semana10.

Estudos desenvolvidos em diferentes populações mostram uma grande variação dos fatores associados à prática de atividade física, incluindo aspectos socioeconômicos, como idade, sexo, renda e escolaridade, e outros fatores de risco para DCNT, como tabagismo, consumo de álcool, dieta inadequada e piores condições de saúde11,12,13,14.

A inatividade física onera a sociedade através do crescente custo dos cuidados médicos e perda de produtividade15. Estudos epidemiológicos em diferentes estratos profissionais vêm apontando elevadas prevalências de fatores de risco para DCNT, mas a associação entre inatividade física e esses fatores de risco entre professores universitários ainda não foi explorada. Nesse grupo, os prejuízos econômicos e sociais advindos das DCNT podem ser maiores do que para a parcela de trabalhadores em geral, pois, espera-se que estes profissionais atinjam seu ápice profissional justamente após os 40 anos de idade, período em que as DCNT têm maior prevalência e podem se manifestar de forma aguda provocando incapacidade física ou morte16.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à inatividade física em uma população de professores universitários.

**MATERIAIS E MÉTODOS**

Estudo transversal entre professores do ensino superior com vínculo empregatício (professores efetivos) na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), que dispõe de unidades acadêmicas em três campi, localizadas nas cidades de Ouro Preto, Mariana e João Monlevade (campus avançado). O maior campus é localizado no município de Ouro Preto (MG), cidade com uma área de 1.245,86 km², declarada "Patrimônio da Humanidade" pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), e abriga uma população de aproximadamente 74.036 mil habitantes17. Em 2013, a UFOP apresentava 42 cursos de graduação (29 em Ouro Preto; nove em Mariana; quatro em João Monlevade), 41 cursos de pós-graduação stricto sensu (35 em Ouro Preto e seis em Mariana) e 17 cursos de pós-graduação lato sensu, contemplando as diferentes áreas do conhecimento (ciências exatas, humanidades e biomedicas). Considerando os três campi, mais de 15 mil alunos estavam matriculados, cerca de 800 técnicos-administrativos e 800 professores estavam vinculados à UFOP. Nesse período, 595 professores efetivos lotavam o campus Ouro Preto.

A amostra foi calculada com base na prevalência de IF de 30%2, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95% (k=1.96). Houve acréscimo de 20% para perdas e recusas, totalizando 232 professores. Posteriormente, foi feito sorteio aleatório simples desses trabalhadores, utilizando-se uma lista fornecida pela UFOP. Da amostra inicialmente sorteada, participaram desse estudo 163 professores universitários.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFOP e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 08604212.5.3001.5150) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

As informações avaliadas nesse estudo foram obtidas por meio de entrevista (entre setembro de 2013 e fevereiro de 2015), previamente agendada com cada professor, utilizando-se questionário padronizado e entrevistadores treinados, sendo conduzido no local de trabalho do professor.

O questionário incluiu informações demográficas (idade, sexo, estado civil), comportamentos em saúde (tabagismo atual, consumo abusivo de álcool, hábitos alimentares) e condições de saúde (percepção da saúde, do estresse, e doenças auto-referidas), baseando-se no questionário da pesquisa VIGITEL (2010), exceto as questões referentes à prática de atividade física e à percepção de estresse.

Para o hábito de fumar, foram considerados fumantes atuais os participantes que relataram ser fumantes no momento da entrevista, independente da quantidade e frequência ("O sr (a) fuma atualmente?"). O consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi avaliado pela seguinte pergunta: "Nós últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada?)", para mulheres, considerou-se quatro ou mais doses.

Os hábitos alimentares foram avaliados pela frequência semanal do consumo de frutas ("Em quantos dias da semana o(a) sr (a) costuma comer frutas?"), verduras e legumes ("Em quantos dias da semana o(a) sr (a) costuma comer legumes pelo menos um tipo de verdura ou legume - alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha - não vale batata, mandioca ou inhame?") e refrigerante ("Em quantos dias da semana o(a) sr (a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?"), considerando-se essas variáveis categorizadas em cinco ou mais dias por semana e consumo de menor frequência. Também foi considerado se o participante consumia carne (vermelha e frango) com gordura visível ("Quando o(a) sr (a) come carne vermelha o(a) sr (a) costumava comer com gordura visível?") e leite com teor integral de gorduras ("Quando o(a) sr (a) costuma tomar leite, que tipo de leite costuma tomar?"), além de adição de sal à comida ("O sr (a) costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?").

Os entrevistados foram questionados quanto à presença das seguintes condições crônicas, diagnosticadas por um médico ("Alguns médicos já lhe disse que o sr (a) tem:") hiper tensão arterial, diabetes, dislipidemia, hipertensão, depressão e doenças do coração. A percepção da saúde foi avaliada pelo auto relato sobre o próprio estado de saúde ("Como você avalia a sua saúde atualmente?"). A percepção de estresse foi também considerada ("O sr (a) se sente estressado com que frequência?").

Para avaliar o nível de AF foi utilizado o questionário IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) em sua versão reduzida, traduzida e validada para o Brasil18. O instrumento contém perguntas relacionadas à frequência (dias por semana), duração (tempo por dia) e intensidade
(levé, moderada e vigorosa) da AF nos últimos sete dias. As informações coletadas pelo IPAQ foram convertidas em taxas de equivalentes metabólicos (METs), baseando-se no Compendio de AF19. A inatividade física (variável dependente) foi caracterizada por um gasto energético em atividades físicas inferior a 450 MET.min/semana20.

### Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis consideradas nesse estudo, utilizando percentual e média (desvio padrão), além da verificação da associação de cada uma dessas variáveis com a inatividade física, utilizando o teste do Qui-quadrado para comparação de proporções ou o teste de Student para comparação de médias.

Para a análise ajustada foi utilizada a regressão de Poisson, com variância robusta, seguindo um modelo hierárquico com ajustes progressivos, estimando-se razões de prevalência e IC 95%. Foram testados três modelos: a) modelo ajustado por todos os fatores demográficos; b) modelo com os comportamentos em saúde, ajustado pelos fatores demográficos; e c) modelo com as condições de saúde, ajustado pelas variáveis dos dois blocos anteriores. A variável diabetes foi excluída dessa análise, pois o pequeno número de profissionais com essa condição não possibilitou a estimativa da força de associação. Para todas as análises, foi adotado o nível de significância de 5%.

Os dados foram digitados e conferidos no EpiData e as demais análises foram realizadas no Programa Stata 13.0.

### RESULTADOS

Entre os 163 participantes do estudo, 107 (65,6%) eram homens e 56 (34,4%) mulheres. A média de idade foi igual a 43,9 anos (desvio padrão= 9,9 anos). A população estudada apresentou um gasto energético médio igual a 1565,2 MET/min/semana, sendo 30,7% (IC95%: 24,0% - 38,3%) classificados como sedentários.

A Tabela 1 descreve as características demográficas e comportamentais da população estudada. A maioria dos professores era casada (73,5%), não fumante (92,6%) e não faziam uso excessivo de álcool (66,9%). Nesse grupo de trabalhadores, 95,1% relataram consumo de frutas/verduras/legumes em pelo menos cinco dias na semana e 58,9% relataram consumo de carne/frango com gordura visível e/ou leite com teor integral de gordura. A maioria não adicionava sal à comida (86,5%) e consumiam refrigerante menos de cinco vezes na semana (89,0%). Associações significativas com inatividade física foram observadas para consumo excessivo de álcool (p=0,007) e consumo de frutas, verduras e legumes (p=0,045).

A Tabela 2 mostra as variáveis relacionadas à condição de saúde segundo a inatividade física. Entre os participantes, 17,4% relataram hipertensão arterial, 2,5% diabetes e 30,7% dislipidemia, 3,3% lombalgia, 6,2% depressão e 3,3% doenças do coração. Referiram uma pior percepção de estresse 29,4% e uma pior percepção da saúde 24,5% dos trabalhadores. Associação significativa foi observada entre inatividade física e pior percepção da saúde (p=0,001).

O modelo de regressão múltipla da associação entre o sedentarismo e características demográficas é apresentado na Tabela 3, não sendo observadas associações significativas, de forma semelhante ao observado na análise univariada.

A Tabela 4 mostra os resultados do modelo de regressão múltipla da associação entre inatividade física e os comportamentos em saúde. A prevalência desse evento foi maior entre aqueles que reportaram consumo excessivo de álcool (RP: 1,82, IC95%: 1,12-2,96) e entre os que relataram menor consumo de frutas, verduras e legumes (RP: 2,20, IC95%: 1,23-3,94).

A Tabela 5 apresenta os resultados da associação entre a inatividade física e a saúde autoreferida, considerando-se o ajuste por todas as variáveis incluídas no estudo. Nesse modelo, observou-se maior


<table>
<thead>
<tr>
<th>Variáveis</th>
<th>Total</th>
<th>Inatividade física</th>
<th>Valor do teste*</th>
<th>Valor p*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sexo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Masculino</td>
<td>107</td>
<td>76</td>
<td>31</td>
<td>1,29</td>
</tr>
<tr>
<td>Feminino</td>
<td>56</td>
<td>34</td>
<td>22</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Idade em anos, média (DP)</td>
<td>43,9 (9,9)</td>
<td>43,3 (9,7)</td>
<td>44,1 (9,9)</td>
<td>0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Estado civil</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Casado</td>
<td>123</td>
<td>71</td>
<td>52</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Não casado</td>
<td>48</td>
<td>22</td>
<td>26</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tabagismo atual</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>0,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>151</td>
<td>92</td>
<td>59</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Consumo excessivo de álcool</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>54</td>
<td>34</td>
<td>20</td>
<td>7,20</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>109</td>
<td>66</td>
<td>43</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Consumo de frutas, verduras ou legumes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>155</td>
<td>95</td>
<td>60</td>
<td>4,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Consumo de carne/frango com gordura visível e/ou leite integral</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>96</td>
<td>58</td>
<td>38</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>67</td>
<td>41</td>
<td>26</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Adição de sal à comida</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>22</td>
<td>13</td>
<td>9</td>
<td>0,14</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>141</td>
<td>83</td>
<td>58</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Consumo de refrigerante</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>18</td>
<td>10</td>
<td>8</td>
<td>1,80</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>145</td>
<td>89</td>
<td>56</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Valores expressos em números N, exceto quando especificado. * Teste de Qui-quadrado de Pearson ou teste t de Student.

### Tabela 2. Condições de saúde autoreferidas entre professores universitários. Ouro Preto, Minas Gerais, 2015.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variáveis</th>
<th>Total</th>
<th>Inatividade física – N (%)</th>
<th>Valor do teste*</th>
<th>Valor p*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hipertensão arterial</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>28</td>
<td>17</td>
<td>11</td>
<td>0,10</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>133</td>
<td>86</td>
<td>47</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1,74</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>157</td>
<td>97</td>
<td>60</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dislipidemia</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>47</td>
<td>30</td>
<td>17</td>
<td>3,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>106</td>
<td>69</td>
<td>37</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lombalgia</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>34</td>
<td>23</td>
<td>11</td>
<td>0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>108</td>
<td>66</td>
<td>42</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Depressão</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>151</td>
<td>93</td>
<td>58</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Doenças do coração</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sim</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>0,26</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>146</td>
<td>96</td>
<td>50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Percepção da saúde</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bom/muito bom</td>
<td>123</td>
<td>75</td>
<td>48</td>
<td>14,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Regular/muito ruim</td>
<td>40</td>
<td>25</td>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Estresse</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Raro/uma vez</td>
<td>115</td>
<td>70</td>
<td>45</td>
<td>1,49</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Teste de Qui-quadrado de Pearson.
prevaleência de inatividade física entre aqueles que relataram uma pior percepção da própria saúde (RP: 2,29; IC95%: 1,32-4,00).

**DISCUSSÃO**

A prevalência de inatividade física entre professores universitários foi de 30,7%, estando dentro da variação observada em estudos recentes entre trabalhadores brasileiros da área da saúde, nos quais essa prevalência parece ser menor do que em outros estratos profissionais, variando entre 14,1% e 25,6%.

Valores superiores foram observados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e no Vigilê em 2013, nas quais a proporção de adultos insuficientemente ativos foi de 46,0% e 49,6%, respectivamente. Outros estudos realizados entre trabalhadores têm apontado prevalências elevadas de sedentarismo, variando entre 45,6% e 76,5%.

O consumo excessivo de álcool (33,1%) entre os professores foi superior ao observado entre adultos da população geral (16,4%) no ano de 2013, mas ressalta-se que diferentes critérios são usados para caracterizar consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Poucos são os estudos que investigaram a relação entre sedentarismo e consumo excessivo de álcool, sendo os resultados contraditórios.

Enquanto um estudo entre trabalhadores mostra associação significativa e negativa entre a prática de AF e o consumo de álcool, outro estudo que comparou resultados do presente estudo, não observou essa associação. De forma oposta ao observado no presente trabalho, estudos de revisão recentes mostram associações positivas entre a prática de AF e os níveis de glicemia e INS em adutores.

A associação entre AF e consumo excessivo de álcool pode parecer paradoxal, porém, estudos utilizando métodos diferentes para mensurar esse consumo tem suportado essa evidência. Essa associação pode derivar em parte do fato de que ambos representam estímulos compensadores que atuam na via mesocorticimbíca do cérebro, sendo o exercício uma compensação natural, ao contrário do álcool. Isto sugere que o exercício pode ser de utilidade limitada como um método de intervenção no tratamento de indivíduos com dependência de álcool.

Apesar das discordâncias entre os estudos, entre as metas da OMS para a prevenção de DCNT no período de 2013 a 2020, está a redução do consumo médio anual de álcool em 10%, considerando sua associação com diversos agravo à saúde. Portanto, a relação entre álcool, AF e saúde é complexa e multifacetada, e até que se tenha uma melhor compreensão desse aspecto, em termos de prevenção primária de DCNT, permanecem as recomendações da WHO que envolve a diminuição do uso de álcool e do sedentarismo.

Em relação aos hábitos alimentares, evidências indicam que uma dieta de baixa qualidade, com baixo consumo de frutas e verduras e alto de gordura saturada, são fatores de risco para DCNT e mortalidade em todo o mundo. Neste estudo, 95,1% relataram o consumo de frutas, verduras ou legumes cinco dias ou mais na semana. De forma contrária, estudos mostram uma baixa prevalência de consumo de frutas e verduras (menos de cinco dias na semana) entre profissionais da indústria (44,0%) e de frutas e verduras de profissionais da área da saúde (18,4%), mas comparações mais detalhadas entre os estudos são dificultadas pelo uso de métodos diferentes.

Apoio disso, baixo consumo de frutas e verduras foi observado tanto na população geral quanto entre trabalhadores.

Fiorino et al. mostraram uma associação direta entre nível de AF e consumo de frutas e verduras entre adultos enquanto Pinho et al. não observaram essa associação. Na mesma direção do que foi observado entre trabalhadores da área da saúde, na presente investigação foi observada associação significativa entre inatividade física e menor consumo de frutas e verduras. Esse fato corrobora a possibilidade de comitente de comportamentos que favorecem a ocorrência de DCNT, nesse caso, uma dieta pobre em frutas, verduras e legumes e a inatividade física.

O percentual de pior percepção da própria saúde na população de professores universitários (24,5%) foi semelhante ao observado na população geral.

### Tabela 3: Associação entre as características demográficas e a inatividade física entre professores universitários. Ouro Preto, MG, 2015.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variáveis</th>
<th>RP (IC 95%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Idade</td>
<td>0,99 (0,67-1,42)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sexo</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Feminino</td>
<td>1,33 (0,78-2,27)</td>
</tr>
<tr>
<td>Masculino</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Estado civil</td>
<td>1,11 (0,62-1,94)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabela 4: Associação entre os comportamentos em saúde e a inatividade física entre professores universitários. Ouro Preto, MG, 2015.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variáveis</th>
<th>RP (IC 95%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tabagismo atual Sim</td>
<td>0,90 (0,42-1,94)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Consumo excessivo de álcool Sim</td>
<td>1,82 (1,12-2,96)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Consumo de frutas, verduras ou legumes &lt; 5 dias na semana</td>
<td>2,20 (1,23-3,94)</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 5 dias na semana</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Consumo de carne/frango com gordura visível e/ou leite integral Sim</td>
<td>0,81 (0,51-1,29)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Adição de sal à comida Sim</td>
<td>0,77 (0,39-1,53)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Consumo de refrigerante ≥ 5 dias na semana</td>
<td>1,65 (0,88-3,13)</td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 5 dias na semana</td>
<td>1,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabela 5: Associação entre as condições de saúde autoreferidas e a inatividade física entre professores universitários. Ouro Preto, MG, 2015.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variáveis</th>
<th>RP (IC 95%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hipertensão arterial Sim</td>
<td>0,64 (0,33-1,24)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Dislipidemia Sim</td>
<td>0,86 (0,77-2,43)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Lombalgia Sim</td>
<td>1,00 (0,75-1,27)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Depressão Sim</td>
<td>0,75 (0,26-2,01)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Doenças do coração Sim</td>
<td>1,11 (0,41-3,02)</td>
</tr>
<tr>
<td>Não</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Percepção da saúde Regular/ruim/muito ruim</td>
<td>2,29 (1,32-4,00)</td>
</tr>
<tr>
<td>Baixo/Muito baixo</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Percepção de estresse Quase sempre/sempre</td>
<td>0,84 (0,47-1,51)</td>
</tr>
<tr>
<td>Raramente/nunca/às vezes</td>
<td>1,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>
população de adultos da região Sudeste (28,2%) em 2013 e maior que adultos dos Estados Unidos (12,0%) em 2012. Um relatório de uma pior qualidade da saúde entre adultos tende a diminuir com o aumento da escolaridade 20,21,9, o que pode explicar os resultados do presente estudo. A associação da autoavaliação negativa de saúde com natação física observada entre os professores participantes desse estudo corroborou achados de outras investigações, pois pessoas com maior nível de atividade física têm maior expectativa de vida e menor risco de doenças crônicas 22,23,9. No entanto, os estudos entre trabalhadores, foi observada associação entre o sedentarismo no lazer e a percepção da saúde, e não em todos os domínios, como no presente estudo. Como a autoavaliação é uma medida global da saúde, incluindo não apenas aspectos físicos, mas também no nível de bem-estar geral 9, essa associação reforça os benefícios da prática da AF regular, favorecendo não apenas a prevenção e controle de DCNT, mas também melhorando o estado geral de saúde, incluindo seus aspectos psicológicos e sociais 14.

Algumas limitações desse estudo devem ser consideradas. O desenho seccional não permite estabelecer uma relação temporal entre as variáveis pesquisadas. A utilização do auto relato para avaliar o gasto energético em atividades físicas pode gerar erro nessa estimativa, embora tenha sido utilizado um questionário padronizado e validado para o Brasil. A homogeneidade da amostra (situação socioeconômica e escolaridade semelhantes), pode gerar similaridade em relação a esses fatores e também às outras variáveis exploradas consideradas na análise, dificultando a observação de associações significativas. Além disso, deve-se considerar a perda amostral (29,7%), devido à dificuldade de contato com os professores e à negativa de participação na pesquisa. Por outro lado, este é um estudo que considerou uma população específica de trabalhadores, e que incluiu as atividades físicas realizadas em todos os domínios, e não apenas no lazer, usando-se um questionário validado. Explorou-se um conjunto de fatores que podem ter um impacto no futuro da saúde de adultos economicamente ativos, considerando a escassez de estudos em populações específicas. A utilização de uma amostra probabilidade e não de conveniência, como em muitos outros estudos entre trabalhadores é uma vantagem adicional.

Nos últimos anos, o Brasil tem empreendido diversos esforços para o enfrentamento de DCNT, tendo pautado o aumento da prática de AF como um dos pontos-chave desse processo. Algumas ações merecem destaque, como a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 9. A prática de AF tem recebido atenção especial nesses documentos, com diretrizes específicas voltadas ao aumento dos níveis de AF na população geral. Portanto, poucas são as ações que buscam estimular a prática de AF voltadas para o cuidado à saúde do trabalhador, que podem resultar em benefícios diretos na prevenção de DCNT, aumento da produtividade e diminuição do absentismo.

Identificar os grupos populacionais mais expostos a fatores e comportamentos de risco, como o sedentarismo, é uma das informações necessárias para elaborar ações com concentração reduzida no nível populacional. Sabemos que estratégias de incentivo à prática de AF que desconsideram as peculiaridades dos subgrupos, uniformizando de forma demasiada suas metas e ações, não são eficazes 30.

CONCLUSÕES

Em geral, os resultados do presente estudo sugerem que a inatividade física está associada a um maior perfil de risco para DCNT, o que fala a favor do incentivo à prática de AF e de estratégias que promovam de forma efetiva mudanças no estilo de vida da população, sobretudo no âmbito da saúde do trabalhador. Nesse contexto, os resultados poderão contribuir para o planejamento de ações mais bem direcionadas e mais eficientes para o gerenciamento de prioridades necessárias à saúde do indivíduo, tanto para a organização que o emprega, como para si mesmo e a sociedade como um todo.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais pelo apoio financeiro (FAPEMIG CDS-APQ-01890-12); A Kellyn T. Coimbra, Ketlen T. de Faria, Marcione Rodrigues, Ana Daniela Damacena, Nayara Figuretto, Tais Carvalho, Eliana J. de Paula e Gustavo Eleuterio pela colaboração na coleta de dados para a pesquisa. SVP é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

CONTRIBUIÇÕES DE AUTORES: Cada autor contribuiu individualmente para o desenvolvimento do manuscrito. JOS (0000-0002-4741-2390) participou da concepção do projeto, coleta, análise, interpretação, e discussão dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. SVP (0000-0001-2481-2382) participou da concepção do projeto, análise e discussão dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito, revisão e aprovação final da versão do manuscrito. ORCID (Open Researcher and Contributor ID).

REFERÊNCIAS


13. Lesure J, Neighbors C, Henderson-C, Young CM, Durrell N. Exercise and alcohol consumption: what we know, what we need to know, and why it is important. Transl Psychiatry. 2015;5:156.
21. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção de saúde de trabalho, estilos de vida e...


