

**COMPORTAMENTOS EM SAÚDE AUTORREFERIDOS POR DOCENTES E
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DA REGIÃO SUDESTE: ESTUDO TRANSVERSAL^a**

Janaina Maria Setto^b

Palmira de Fátima Bonolo^c

Sylvia do Carmo Castro Franceschini^d

Maria das Graças Braga Ceccato^e

Sílvia Nascimento Freitas^f

Resumo

Os hábitos alimentares, a prática de esporte e lazer, o tabagismo e o consumo de álcool são hábitos de vida que podem influenciar nas condições de vida e de saúde do indivíduo. O objetivo deste trabalho foi caracterizar os comportamentos em saúde dos docentes e técnico-administrativos de uma universidade pública da região Sudeste em relação ao hábito alimentar, à prática de atividade física, ao estado nutricional, à presença de tabagismo, ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas entre os servidores. Trata-se de um estudo transversal, que teve os dados coletados de um banco de dados secundário, proveniente do Questionário de Saúde (condições de saúde autorreferidas por docentes e técnico-administrativos), da Pró-reitoria de Assuntos Comunitários da Instituição. Os resultados apontaram, dentre as variáveis avaliadas, hábito alimentar, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física, peso, altura e IMC, diferenças entre as médias das variáveis peso, altura e IMC e os fatores associados às morbidades entre docentes e técnico-administrativos. Concluiu-se que alimentação não saudável, atividade física irregular/sedentário, excesso de peso, tabagismo e

^a Artigo baseado na dissertação intitulada "Saúde Autorreferida de Docentes e Servidores Técnico-Administrativos de uma Universidade Pública da Região Sudeste", defendida e aprovada em fevereiro de 2013, na Universidade Federal de Ouro Preto.

^b Enfermeira. Doutoranda em Doenças Tropicais. Professora Assistente do Centro de Instrução Almirante Braz de Aguiar/Marinha do Brasil. Belém, Pará, Brasil.

^c Médica. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^d Nutricionista. Doutora em Ciências. Professora Associada do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

^e Farmacêutica. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^f Doutora em Nutrição. Professora Associada da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Centro de Instrução Almirante Braz de Aguiar/Marinha do Brasil. Superintendência de Ensino. Rodovia Arthur Bernardes, número 245, Pratinha. Belém, Pará, Brasil. CEP: 66816-900. E-mail: jsetto@gmail.com

consumo de bebida alcoólica estiveram associados com a categoria do servidor, o sexo e a idade e influenciaram nas condições de vida e de saúde desses indivíduos.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Comportamento de risco. Doença crônica.

HEALTH BEHAVIORS AUTOREFERRED BY TEACHERS AND TECHNICAL-ADMINISTRATIVES OF THE SOUTHEASTERN REGION: CROSS-SECTIONAL STUDY

Abstract

Eating habits, sports and leisure practice, smoking and alcohol consumption are habits of life that can influence the life and health conditions of the individual. The objective of this study was to characterize the health behaviors of teachers and technical-administratives from a public university in the Southeast region in relation to dietary habits, physical activity, nutritional status, smoking habits, consumption of alcoholic beverages and of other drugs among the servers. This is a cross-sectional study, which had data collected from a secondary database, from the Health Questionnaire (health conditions self-reported by teachers and technical-administrative staff), from the Pro-Rectorate of Community Affairs of the institution. The results pointed out, among the variables assessed, dietary habits, smoking habits, alcohol consumption, practice of physical activities, weight, height and BMI, differences between the means of the variables weight, height and BMI and the factors associated with morbidities between teachers and technical-administrative staff. It was possible to conclude that unhealthy eating, irregular / sedentary physical activity, overweight, smoking and alcohol consumption were associated with the server category, gender and age influenced the life and health conditions of these individuals.

Keywords: Worker's health. Risk behavior. Chronic disease.

COMPORTAMIENTOS EN SALUD AUTORREFERIDOS POR DOCENTES Y TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE LA REGIÓN SUDESTE: ESTUDIO TRANSVERSAL

Resumen

Los hábitos alimentarios, la práctica del deporte y el ocio, el tabaquismo y el consumo de alcohol son hábitos de vida que pueden influir en las condiciones de vida y de salud del individuo. El objetivo de este trabajo fue caracterizar los comportamientos en salud de los

docentes y técnico-administrativos de una universidad pública de la región sudeste en relación al hábito alimentario, a la práctica de actividad física, al estado nutricional, a la presencia de tabaquismo, al consumo de bebidas alcohólicas y de otras drogas entre los servidores. Tratase de un estudio transversal, que tuvo los datos recogidos de un banco de datos secundario, proveniente del Cuestionario de Salud (condiciones de salud autorreferidas por docentes y técnico-administrativos), de la Pro-Rectoría de Asuntos Comunitarios de la Institución. Los resultados apuntaron, entre las variables evaluadas, hábito alimentario, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólica, práctica de actividad física, peso, altura, e IMC, diferencias entre las medias de las variables peso, altura e IMC y los factores asociados a las morbilidades entre docentes y técnico-administrativos. Concluyóse que alimentación no sana, actividad física irregular / sedentario, exceso de peso, tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas estuvieron asociados con la categoría del servidor; sexo y edad influenciaron en las condiciones de vida y de salud de esos individuos.

Palabras clave: Salud del trabajador. Comportamiento de riesgo. Enfermedad crónica.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) continuam sendo um dos principais problemas de saúde pública. De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012, essas doenças foram responsáveis por 68,0% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas no mundo¹. No Brasil, as DCNT possuem a mesma importância, sendo responsáveis, em 2011, por 68,3% do total de mortes, destacando-se as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5,3%)². Em relação à morbidade, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)-2013 destacou que 21,4% dos brasileiros têm hipertensão arterial sistêmica, 6,2% têm diabetes *mellitus*, 12,5% têm colesterol alto, 4,2% têm doença cardiovascular, 1,8% tiveram câncer e 1,5% tiveram acidente vascular encefálico³.

A OMS destaca que o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas são os principais fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes por DCNT¹. A PNS-2013 revelou que o estilo de vida dos brasileiros apresenta-se pouco saudável, principalmente no que se refere à alimentação e à atividade física³.

Sendo assim, os hábitos relacionados ao estilo de vida, como o consumo alimentar, a prática de esporte e lazer, o consumo de cigarro e o álcool podem implicar diretamente nas condições de saúde do indivíduo e no desenvolvimento de morbididades, principalmente das DCNT⁴⁻⁵.

O hábito alimentar inadequado é um relevante fator de risco para as DCNT, como as doenças cardíacas, diabetes e alguns tipos de câncer⁶. O advento da transição nutricional, caracterizada pelo aumento do consumo de alimentos com alta densidade energética e a diminuição do consumo de alimentos ricos em fibras ocorreu simultaneamente com o processo de transição epidemiológica, caracterizado pelo aumento das DCNT e o declínio das doenças infecciosas⁷. As mudanças alimentares, caracterizadas pela diminuição do consumo de alimentos saudáveis e pelo aumento do consumo de alimentos industrializados, também contribuíram significativamente para o aumento da prevalência de obesidade entre os brasileiros⁶.

Desde a década de 1970, o excesso de peso entre a população brasileira aumentou consideravelmente. Além disso, foi verificado um alto consumo de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar e sal, e um baixo consumo de alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras e leguminosas⁸. De acordo com o VIGITEL 2016, entre a população adulta das capitais brasileiras e do Distrito Federal, a prevalência de excesso de peso foi de 53,8% e de adultos obesos foi de 18,9%, respectivamente⁹. A obesidade é uma doença crônica multifatorial que contribui para o desenvolvimento de várias outras DCNT (hipertensão arterial, dislipidemia, hiperinsulinemia, diabetes *mellitus*, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer)⁷.

A atividade física pode favorecer a redução do peso corporal, auxiliar no controle da hipertensão arterial, dos níveis glicêmicos e de colesterol³. Diante disso, a inatividade física tende a facilitar o surgimento dessas alterações e, conseqüentemente, o aumento da incidência de DCNT^{3,10}. Ainda segundo o VIGITEL 2016, a frequência de indivíduos fisicamente inativos variou entre 10,3% no Distrito Federal e 18,1% em Aracaju⁹.

Apesar da legalização do tabaco e do álcool, o consumo dessas drogas possui relação com o desenvolvimento de várias DCNT⁶. O consumo de tabaco tem relação com o desenvolvimento de vários tipos de câncer, principalmente com o de pulmão, de doenças cardiovasculares e de doença pulmonar obstrutiva crônica⁶. Entre países industrializados, estima-se que o tabaco seja responsável por mais de 90% dos casos de câncer de pulmão em homens e de 70% em mulheres⁴. No Brasil, a frequência de adultos (≥ 18 anos) que fumam variou entre 5,1% em Salvador e 14,0% em Curitiba. Na capital de Minas Gerais, essa frequência foi de 10,9%⁹.

O álcool é a droga lícita mais consumida no mundo, desde o uso social ao abusivo¹¹. A OMS estimou que há, no mundo, 2 bilhões de usuários de álcool¹¹. O consumo nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para as incapacidades e morbimortalidade, sugerindo estar relacionado a 3,3 milhões de mortes a cada ano⁹. Diante disso, quase 6,0% de todas as mortes em todo o mundo são parcial ou totalmente atribuídas ao álcool¹¹. A frequência

de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) variou entre 14,5% em Rio Branco e 24,9% em Salvador⁹.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho¹², 2% da população mundial sofrem com algum tipo de enfermidade física ou mental a cada ano. Aproximadamente 160 milhões de pessoas por ano tornam-se vítimas de doenças no local de trabalho e a cada 15 segundos, um trabalhador morre em decorrência de doenças relacionadas à atividade laboral¹². Nas últimas décadas, com o objetivo de estabelecer políticas públicas de atenção integral, diversas ações de vigilância e prevenção de agravos relacionados ao trabalho, promoção e assistência à saúde do trabalhador têm sido realizadas no Brasil. Todavia, várias são as dificuldades para a consolidação de ações e programas que poderiam colaborar efetivamente para a melhoria dos indicadores nacionais¹³.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o estabelecimento de uma política integrada de atenção à saúde dos servidores da universidade objeto do estudo.

Trabalha-se com a hipótese de que, conhecendo os hábitos de vida de uma população, é possível realizar ações direcionadas para a promoção da saúde. Assim, este trabalho tem o objetivo de caracterizar os comportamentos em saúde dos docentes e técnico-administrativos de uma universidade pública da região Sudeste em relação ao hábito alimentar, à prática de atividade física, ao estado nutricional, à presença de tabagismo, ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas entre os servidores.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo teve delineamento transversal, sendo realizado com docentes e servidores técnico-administrativos de uma universidade pública federal da região Sudeste. A Instituição possuía 1.184 docentes e 2.316 servidores técnico-administrativos, perfazendo o universo de 3.500 servidores ativos, distribuídos em três *campi*.

O cálculo amostral considerou uma frequência esperada de evento de 18,0%, que correspondeu ao percentual de transtornos mentais e comportamentais relatado pela *World Health Organization* (WHO)¹⁴, com margem aceitável de variabilidade de 10,0% e nível de confiança de 99,99%, totalizando a necessidade de uma amostra mínima de 317 servidores.

Os dados deste estudo foram coletados de um banco de dados secundário, provenientes do Questionário de Saúde (condições de saúde autorreferidas por docentes e técnico-administrativos), da Pró-reitoria de Assuntos Comunitários da Instituição, disponibilizado para autopreenchimento na página eletrônica da Instituição, no período de maio a junho de

2012. Assim, trata-se de uma amostra de conveniência. O convite para o preenchimento do questionário foi enviado pelo setor, via e-mail, para todos os servidores ativos da Instituição.

Participaram do estudo todos os servidores que responderam ao Questionário de Saúde, isto é, 815 servidores (23,3%), sendo 347 docentes e 468 técnico-administrativos, correspondendo a 29,3% e 20,2%, respectivamente, do universo desses servidores.

As variáveis avaliadas foram a categoria do servidor, o sexo, a idade (anos) em relação ao hábito alimentar, a prática de atividade física, o tabagismo, o consumo de bebida alcoólica e o uso de drogas ilícitas.

Quanto à classificação do consumo alimentar, foi determinado como saudável, moderadamente saudável e não saudável, com o apoio das diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira¹⁵. Essas diretrizes recomendam o consumo diário de três porções de frutas; três porções de legumes e verduras; uma porção de leguminosas (feijão); três porções de leite e derivados; uma porção de carnes, peixes ou ovos; uma porção de alimentos do grupo dos óleos e gorduras (preferência aos óleos vegetais, azeite e margarinas livres de ácidos graxos trans); seis porções do grupo do arroz, pães, massas, cereais tubérculos e raízes. Para avaliar o consumo dos participantes, foi elaborado um instrumento composto por 11 itens, sendo 10 pontuados de 0 a 2 e um item pontuado com 0 ou 2. Na avaliação do resultado, a alimentação foi classificada de acordo com escore de 17-22 pontos (saudável); 10-16 pontos (moderadamente saudável); 0-9 pontos (não saudável).

O nível de atividade física foi determinado pela utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão 8, validado em uma amostra da população brasileira¹⁶. A versão utilizada foi a forma curta, contendo perguntas sobre a frequência e a duração de atividades físicas moderadas, vigorosas e de caminhada, tendo como referência a última semana. Para análise dos dados referentes ao nível de atividade física, foi utilizado o consenso realizado entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o *Center for Disease Control* (CDC) de Atlanta, em 2002. Foram avaliados os critérios de frequência e duração, que classificam os indivíduos em muito ativo, ativo, moderadamente ativo e sedentário¹⁶.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado pelo peso e estatura autorreferidos pelo participante, de acordo com a seguinte fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$. Os pontos de corte de IMC adotados para avaliar o estado nutricional de adultos foram: baixo peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$); sobrepeso ($25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$)¹⁷.

A avaliação do grau de dependência de nicotina foi realizada por meio do *Fagerstrom Test for Nicotine Dependence* (FTND), na versão validada no Brasil por Carmo e

Pueyo¹⁸. Esse instrumento é composto por seis questões, duas pontuadas de 0 a 3 e as demais de 0 a 1. Na avaliação do resultado, o grau de dependência foi classificado de acordo com o escore: de 0-4 (leve); 5-7 (moderado); 8-10 (alto).

O questionário *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) foi aplicado para avaliar o padrão de consumo de bebida alcoólica. Esse instrumento detecta os problemas relacionados ao consumo de álcool nos últimos 12 meses, sendo composto por 10 itens, cada um com margem de 0 a 4 pontos, possibilitando uma pontuação de 0 a 40. Na avaliação do resultado do AUDIT, um escore de 0 a 7 pontos indica Zona I (baixo risco); de 8 a 15 pontos indica Zona II (médio de risco); de 16 a 19 pontos indica Zona III (alto risco ou uso nocivo); de 20 a 40 pontos indica Zona IV (muito provável dependência de álcool)¹⁹.

O banco de dados foi extraído para uma planilha do programa Microsoft-Excel-XP e analisados pelo *SPSS Statistics* 17.0. Foi realizada a estatística descritiva, sendo verificada a frequência simples e relativa das variáveis categóricas. Estas foram analisadas mediante a aplicação do teste qui-quadrado de Pearson (X^2). Como medida de magnitude, adotou-se a razão de prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%. Para rejeição da hipótese de nulidade, foi adotado o nível de significância (α) < 0,05 ou 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, ofício n. 073/2012 (CAAE: 00676712.9.0000.5150). Por se tratar de utilização de fonte secundária a um banco já existente, utilizou-se o Termo de Autorização Institucional e o Termo de Responsabilidade para Utilização de Dados, conforme preconiza à Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 815 (23,3%) servidores ativos da Instituição, sendo 347 (29,5%) docentes e 468 (20,2%) técnico-administrativos. Em relação ao *campus*, houve a participação de 37,1%, 28,7% e 26,9% dos docentes e de 51,9%, 20,0% e 13,5% dos servidores técnico-administrativos do *campus* 1, 2 e 3, respectivamente. Em relação ao sexo, 34,5% e 43,3% corresponderam ao universo de docentes e técnico-administrativos do sexo feminino, respectivamente, enquanto que 26,3% e 12,8% correspondem aos docentes e técnico-administrativos, respectivamente, do sexo masculino.

Entre os docentes da amostra, participaram 198 homens (57,1%) e 149 mulheres (42,9%), com idade média de $44,1 \pm 9,9$ anos, a mediana da idade foi de 45,0 anos (24-65). Entre os técnico-administrativos, participaram 225 homens (48,1%) e 243 mulheres (51,9%), com média de idade de $42,1 \pm 11,2$ anos, a mediana da idade foi de 42,0 anos (20-64).

Entre os docentes, a prevalência de hábito alimentar não saudável foi de 0,9%; irregularmente ativo/sedentário, de 68,6%; e do excesso de peso, de 50,7%. Entre os técnico-administrativos, esses percentuais foram de 4,5%, 58,4% e 49,1%, respectivamente.

Entre os docentes, a média de peso, altura e IMC foi de 73,92 kg, 1,69 m e 25,12 kg/m², respectivamente, enquanto que, entre os técnico-administrativos, essas médias foram de 72,89 kg, 1,68 m e 24,94 kg/m², respectivamente; a diferença não foi significativa.

O hábito alimentar não saudável apresentou associação estatisticamente significativa com a categoria do servidor. Entre técnico-administrativos (4,5%), a prevalência dessa prática foi 5,19 vezes maior do que entre docentes (0,9%) ($p < 0,01$; IC 95%: 1,56-17,26). A prevalência de alimentação não saudável foi maior entre as mulheres (3,1%) e a faixa etária <40 anos (3,2%); a diferença não foi significativa.

Entre os docentes, houve uma prevalência de 5,5% de fumantes, tendo 78,9% apresentado o grau de dependência de nicotina classificado como leve. Dentre os 77,5% que consomem bebida alcoólica, 77,3% relataram um consumo classificado como de baixo risco e 1,2% relataram consumir outras drogas. Entre os servidores técnico-administrativos, 11,1% são fumantes, tendo 55,8% o grau de dependência de nicotina classificado como leve. Dentre os 69,7% que consomem bebida alcoólica, 73,6% relataram um consumo classificado como de baixo risco e 2,8% relataram consumir outras drogas. Em relação ao consumo de outras drogas entre as categorias de servidores, o sexo e a idade, não houve diferença significativa.

Na **Tabela 1** estão apresentadas a prevalência e a razão de prevalência (RP) da variável atividade física (irregularmente ativo/sedentário), segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. A atividade física, classificada como irregularmente ativa/sedentária, apresentou-se mais prevalente entre os docentes (68,6%), sexo feminino (67,1%) e idade <40 anos (67,8%).

Tabela 1 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da inatividade física, segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. Região Sudeste, Brasil – 2012

(continua)

Variáveis/ Categorias	n*	Atividade física (irregularmente ativo/sedentário)		
		Prevalência (%)	Valor de p**	Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança 95%)
Categoria do servidor				
Docente	347	68,6	< 0,01***	1,17 (1,05-1,30)
Técnico-administrativo	468	58,3		
Sexo				
Masculino	423	58,6	0,01***	1,14 (1,02-1,27)
Feminino	392	67,1		

Tabela 1 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da inatividade física, segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. Região Sudeste, Brasil – 2012

(conclusão)

Variáveis/ Categorias	n*	Atividade física (irregularmente ativo/sedentário)		
		Prevalência (%)	Valor de p**	Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança 95%)
Faixa etária				
< 40 anos	339	67,8	0,01***	1,14 (1,03-1,27)
≥ 40 anos	476	59,0		

Fonte: Elaboração própria.

* Número de indivíduos na amostra não ponderada;

** Valor de p do teste X²;

*** p<0,05.

Na **Tabela 2** estão apresentadas prevalência e razão de prevalência (RP) da variável estado nutricional (sobrepeso/obesidade), segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. A prevalência de excesso de peso (IMC ≥ 25,0 kg/m²) foi observada entre 50,7% dos docentes e 49,1% dos técnico-administrativos da Instituição, mas a diferença não foi significativa. Houve maior frequência de excesso de peso entre indivíduos do sexo masculino (65,0%) e idade ≥ 40 anos (56,3%).

Tabela 2 – Prevalência e razão de prevalência (RP) do excesso de peso, segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. Região Sudeste, Brasil – 2012

Variáveis/Categorias	n*	Estado nutricional (sobrepeso/obesidade)		
		Prevalência (%)	Valor de p**	Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança 95%)
Categoria do servidor				
Docente	347	50,7	0,65	1,03 (0,89-1,18)
Técnico-administrativo	468	49,1		
Sexo				
Masculino	423	65,0	< 0,01***	1,94 (1,66-2,27)
Feminino	392	33,4		
Faixa etária				
< 40 anos	339	40,7	< 0,01***	1,38 (1,18-1,60)
≥ 40 anos	476	56,3		

Fonte: Elaboração própria.

* Número de indivíduos na amostra não ponderada;

** Valor de p do teste X²;

*** p<0,05.

Na **Tabela 3** estão apresentadas a prevalência e a razão de prevalência (RP) da variável tabagismo, segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. A prevalência de tabagismo entre os homens (9,9%) foi maior do que entre as mulheres (7,4%); a diferença não foi significativa. Houve maior prevalência de tabagismo entre os técnico-administrativos (11,1%) e a idade ≥ 40 anos (11,3%).

Tabela 3 – Prevalência e razão de prevalência (RP) do tabagismo, segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. Região Sudeste, Brasil – 2012

Variáveis/Categorias	n*	Tabagismo		
		Prevalência (%)	Valor de p**	Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança 95%)
Categoria do servidor				
Docente	347	5,5	< 0,01***	2,02 (1,22-3,36)
Técnico-administrativo	468	11,1		
Sexo				
Masculino	423	9,9	0,20	1,34 (0,85-2,11)
Feminino	392	7,4		
Faixa etária				
< 40 anos	339	5,0	< 0,01***	2,62 (1,33-3,83)
≥ 40 anos	476	11,3		

Fonte: Elaboração própria.

* Número de indivíduos na amostra não ponderada;

** Valor de p do teste χ^2 ;

*** $p < 0,05$.

Na **Tabela 4** estão apresentadas a prevalência e a razão de prevalência (RP) da variável consumo de bebida alcoólica, segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. O consumo de bebida alcoólica foi estatisticamente maior entre os docentes (77,5%) e entre os homens (78,3%).

Tabela 4 – Prevalência e razão de prevalência (RP) do consumo de bebida alcoólica, segundo categoria do servidor, sexo e faixa etária. Região Sudeste, Brasil – 2012

Variáveis/Categorias	n*	Consumo de bebida alcoólica		
		Prevalência (%)	Valor de p**	Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança 95%)
Categoria do servidor				
Docente	347	77,5	0,01 ***	1,11 (1,02-1,20)
Técnico-administrativo	468	69,7		
Sexo				
Masculino	423	78,3	< 0,01 ***	1,16 (1,06-1,26)
Feminino	392	67,3		
Faixa etária				
< 40 anos	339	73,2	0,93	1,00 (0,92-1,09)
≥ 40 anos	476	72,9		

Fonte: Elaboração própria.

* Número de indivíduos na amostra não ponderada;

** Valor de p do teste X²;

*** p<0,05.

O consumo de outras drogas, nos últimos 12 meses, foi informado por 1,2% dos docentes e por 2,8% dos técnico-administrativos. Contudo, não apresentou diferença significativa em relação às categorias de servidores, o sexo e a idade.

DISCUSSÃO

Os servidores técnico-administrativos dessa Instituição apresentaram maior prevalência de hábito alimentar não saudável do que os docentes. Alguns estudos indicam que a alimentação saudável é mais frequente entre a população de escolaridade mais elevada, devido ao maior acesso à informação sobre os hábitos saudáveis, bem como pelo maior poder aquisitivo para a compra de alimentos²⁰⁻²¹. O PNS-2013 identificou que apenas 37,3% dos adultos entrevistados consumiam cinco porções diárias de frutas e hortaliças, quantidades recomendadas pela OMS; que o consumo de refrigerante (cinco dias da semana) é um hábito de 23,4% dos brasileiros; que o consumo de doces foi relatado por 21,7% das pessoas; e o consumo de carne ou frango com excesso de gordura foi relatado por 37,2%¹.

Em relação à prática de atividade física, a prevalência de irregularmente ativo/sedentários foi maior entre os docentes, o sexo feminino e entre aqueles com idade <40 anos.

Essa prática de atividade física foi mais prevalente entre os servidores deste estudo do que entre os servidores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cuja pesquisa considerou que 32,9% dos servidores eram inativos e 29,1% pouco ativos²². Entre os docentes da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), 58,1% e 55,8%, respectivamente, relataram praticar algum tipo de atividade física²³⁻²⁴. O fato de a prevalência de irregularmente ativo/sedentários ter sido mais elevada na faixa etária mais jovem, converge com os resultados encontrados entre os adultos de Belo Horizonte (MG). Entre eles, a inatividade física foi menor na faixa etária de 20-29 anos (83,3%), aumentou entre aqueles com 30-39 anos (87,7%) e diminuiu gradualmente entre aqueles com idade de 40 anos ou mais²⁵. Os resultados do presente estudo foram maiores do que os encontrados pela PNS-2013, que considerou 46,0% dos participantes como insuficientemente ativos¹.

A prevalência de excesso de peso foi maior entre os homens do que entre as mulheres deste estudo. Esses resultados assemelham-se ao de pesquisa anterior, cuja prevalência de excesso de peso entre os docentes foi de 51,0%, sendo entre homens de 57,3% e entre mulheres de 35,7%²⁶. Contudo, divergem da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), na qual a prevalência de excesso de peso entre os homens foi de 62,6%, enquanto que entre as mulheres foi de 64,9%⁸. De acordo com estudo²⁷, 60,5% da população brasileira está com excesso de peso, sendo a prevalência entre os homens de 64,7% e entre as mulheres de 56,3%.

A presente pesquisa indicou que a prevalência de excesso de peso foi maior entre servidores com idade ≥ 40 anos do que entre os mais jovens. Esse resultado assemelha-se ao encontrado entre os servidores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), cujo excesso de peso também foi maior entre os com idade ≥ 40 anos (50,5%)²². O mesmo ocorreu em relação aos estudos nacionais, que apontam, para ambos os sexos, excesso de peso progressivamente crescente com a idade até os 64 anos^{8,26}.

Destaca-se que a prevalência de fumantes foi maior entre os técnico-administrativos do que entre os docentes. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa realizada na UFSC, cuja prevalência de fumantes entre os técnico-administrativos foi de 15,7%²². A prevalência de tabagismo entre os docentes da presente pesquisa foi menor do que os da UFOP e na UEFS, cuja prevalência foi de 20,1% e 10,2%, respectivamente²³⁻²⁴. A prevalência de fumantes também foi maior entre os homens e entre aqueles com idade ≥ 40 anos. Esses resultados convergem com os encontrados entre os adultos de Belo Horizonte (MG), onde 14,7% eram fumantes; entre os homens, esse percentual foi de 18,5% e entre as mulheres de 11,4%, sendo menor na faixa etária de 20-29 anos (11,3%), aumentando gradativamente até a faixa etária

de 50-59 anos (21,1%) e diminuindo na faixa etária idosa (9,1%)²⁵. Segundo a PNS-2013, a prevalência de fumantes entre os brasileiros entrevistados foi de 15,0%¹.

O grau de dependência de nicotina, da maioria dos fumantes (62,0%) desta pesquisa, foi classificado como leve, conforme *Fagerstrom Test for Nicotine Dependence* (FTND)¹⁸. Todavia, grande parte dos fumantes (73,2%) informou que havia tentado, sem sucesso, parar de fumar. Em 2010, uma pesquisa realizada no estado de Minas Gerais indicou que 14,7% dos adultos eram fumantes e 27,9% informaram ter tentado parar de fumar²⁵. O Instituto Nacional de Câncer, em 2008, informou que 45,6% dos fumantes tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores à pesquisa²⁸. Esses dados evidenciam a grande dificuldade dos fumantes para deixar de fumar.

Observou-se, nesta pesquisa, que o consumo de bebida alcoólica foi maior entre os docentes em relação aos técnico-administrativos da Instituição. Apesar disso, a maioria dos servidores teve esse consumo classificado como de baixo risco. Esses resultados foram maiores do que os encontrados entre os docentes da UFOP (47,0%)²³ e da UEFS (41,1%)²⁴. Uma pesquisa realizada na UFSC revelou que 38,9% dos docentes e 20,4% dos técnico-administrativos consumiam cinco ou mais doses de bebida alcoólica na semana²². O presente estudo também indicou que o consumo de bebida alcoólica foi mais elevado entre os homens do que entre as mulheres. Este resultado assemelha-se com o encontrado na pesquisa realizada em 2006, na mesma instituição, cujo consumo de bebidas alcoólicas foi 1,58 vezes maior entre os homens em relação às mulheres²⁹. Além disso, convergem com os do Relatório Global sobre Álcool e Saúde, que verificou somente 18,0% de homens e 22,0% de mulheres não terem feito uso de álcool nos últimos 12 meses¹¹. Ainda segundo esse relatório, 42,0% dos brasileiros declararam não ter ingerido bebidas alcoólicas em 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo conseguiu um número de participante bem maior do que a amostra mínima necessária, englobando servidores dos três *campi* da instituição, o que possibilitou obter um perfil dos hábitos de vida dessa população.

O hábito alimentar não saudável, a prática de atividade física irregularmente ativa/sedentário, excesso de peso, tabagismo e consumo de bebida alcoólica foram comportamentos que tiveram associação com a categoria do servidor, o sexo e a idade.

Observou-se, entre os docentes, a ocorrência de maior prevalência de atividade física irregular/sedentários, sobrepeso/obesidade e consumo de bebida alcoólica. Sendo assim, esta pesquisa indicou que, apesar de esse público possuir conhecimento técnico científico a

respeito dos fatores de risco para as morbimortalidades, ele apresenta a mesma suscetibilidade às DCNT que a maior parte da população.

Os técnico-administrativos apresentaram maior prevalência de alimentação não saudável, tabagismo e consumo de outras drogas. Sabe-se que esses comportamentos são considerados também importantes fatores de risco para morbimortalidades.

As limitações apresentadas neste estudo relacionam-se a: uso de questionário, que pode favorecer erros na transcrição das respostas; diferença do instrumento utilizado em relação ao de outros estudos, o que dificulta análises comparativas; e, finalmente, por ser um estudo transversal, apresenta limitações próprias do método, pela impossibilidade de acompanhamento dos participantes da amostra (causalidade reversa). Contudo, sugere-se que sejam adotadas medidas de prevenção e controle dos comportamentos de risco, mediante uma política institucional de atenção integral à saúde do servidor, o que poderá reduzir a prevalência de doenças e melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida dessa população.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Janaina Maria Setto, Palmira de Fátima Bonolo e Sylvia do Carmo Castro Franceschini.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Janaina Maria Setto, Palmira de Fátima Bonolo, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Maria das Graças Braga Ceccato e Sílvia Nascimento Freitas.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Janaina Maria Setto, Palmira de Fátima Bonolo, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Maria das Graças Braga Ceccato e Sílvia Nascimento Freitas.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Janaina Maria Setto.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva; 2014.
2. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Ducan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4):599-608.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Rio de Janeiro; 2014.

4. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life [internet]. Geneva; 2002 [cited 2013 Feb 12]. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/download/en/>
5. Anjos LA, Souza DR, Rossato SL. Desafios na medição quantitativa da ingestão alimentar em estudos populacionais. *Rev Nutr.* 2009;22(1):151-61.
6. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011.
7. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009 nov;43(supl 2):83-9.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009 (POF). Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.* Brasília; 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina.* *Rev Saúde Pública.* 2009 fev;43:1.
11. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva; 2014 [cited 2014 Sep 5]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
12. Organização Internacional do Trabalho. *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación.* Genebra; 2010.
13. Lacaz FAC. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: Lourenço E, Navarro V, Silva J, Sant'Ana R, organizadores. *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador.* São Paulo: Expressão Popular; 2010. p. 199-230.
14. World Health Organization. The 10 leading causes of death by broad income group (2008). Genebra; 2011 [cited 2013 Jan 12]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.* Brasília; 2008.

16. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira C, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev bras ativ fís saúde*. 2001;6(2):5-18.
17. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1995.
18. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med*. 2002 jan-fev;59(1/2):73-80.
19. Babor TF, Higgings-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade; 2003.
20. Jaime PC, Figueiredo IC, Moura EC, Malta DC. Factors associated with fruit and vegetable consumption in Brazil, 2006. *Rev Saúde Públ*. 2009 Nov;43(supl 2):57-64.
21. Claro RM, Monteiro CA. Family income, food prices, and household purchases of fruits and vegetables in Brazil. *Rev Saúde Públ*. 2010 Dec;44(6):1014-20.
22. Oliveira ESA. Atividade física habitual e outros comportamentos relacionados à saúde dos servidores da Universidade Federal de Santa Catarina: tendência secular 1994-2004 (Dissertação). Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
23. Leite DR, Figueiredo AM, Moura PRS, Sól NAA. Trabalho docente em foco: relação entre as condições de trabalho e o adoecimento dos professores na Universidade Federal de Ouro Preto. *Trab Educ*. 2008 [citado 2012 jun 18];17:71-83. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/6996/5377>
24. Araújo TM, Sena IP, Viana MA, Araújo EM. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. *Rev baiana saúde pública*. 2005 jan-jun;29(1):6-21.
25. Lima-Costa MF, Turci M, Macinko J. Saúde dos adultos de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz; UFMG; 2012.
26. Oliveira RAR, Moreira OC, Andrade Neto F, Amorim W, Costa EG, Marins JCB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em professores da Universidade Federal de Viçosa. *Fisioterapia Movimento* 2011 out/dez;24(4):603-12.

27. Iser BPM, Claro RM, Moura EC, Malta DC, Moraes Neto OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico - Vigitel Brasil-2009. Rev Bras Epidemiol. 2011 set;14(supl 1):90-102.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro; 2011.
29. Moreira OC, Oliveira CEP, Marins JCB. Diagnóstico primário de fatores de risco coronarianos em professores e técnicos administrativos do Centro de Ciências Agrárias da UFV. Rev Digital. 2008 nov [citado 2013 jan 15];13(126):1-12. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd126/diagnostico-primario-de-fatores-de-risco-coronarianos-em-professores.htm>

Recebido:15.2.2015. Aprovado: 28.3.2018. Publicado: 28.7.2018.