

Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria

Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers

Mauro V G de Barros^a e Markus V Nahas^b

^aUniversidade do Estado de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. ^bUniversidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

Descritores

Saúde ocupacional.[#] Estresse, epidemiologia.[#] Levantamentos epidemiológicos.[#] Indicadores de saúde.[#] Estilo de vida.[#] Fatores de risco. Conduta de saúde. Atividades de lazer. Tabagismo. Hábitos alimentares. Exercício.

Resumo

Objetivo

Identificar a prevalência e analisar a associação entre comportamentos de risco à saúde, percepção de estresse e auto-avaliação do nível de saúde, em trabalhadores da indústria.

Métodos

Estudo epidemiológico transversal, utilizando questionário previamente testado em estudo-piloto realizado em Santa Catarina, Brasil. Foram coletados dados sobre fumo, abuso de álcool, consumo de frutas e verduras, atividades físicas, percepção de estresse e auto-avaliação do nível de saúde de 4.225 trabalhadores (67,5% homens e 32,5% mulheres). Os sujeitos foram recrutados por meio de amostragem por conglomerados em três estágios (erro de 5%). A análise estatística incluiu o teste de qui-quadrado e a análise de regressão logística, para um nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados

A média de idade dos sujeitos foi de 29,7 anos (DP=8,6). A prevalência de fumantes foi de 20,6%, maior entre os homens (23,1%) que entre as mulheres (15,6%). A proporção de trabalhadores que abusaram de álcool foi alta (57,2% entre os homens e 18,8% entre as mulheres). Dos sujeitos, 46,2% não realizaram atividades físicas no lazer (67% das mulheres e 34,8% dos homens), e 13,9% referiram níveis elevados de estresse e dificuldade para enfrentar a vida. Aproximadamente 15% dos trabalhadores relataram nível de saúde regular ou ruim. Sexo, idade, estado civil, número de filhos, nível educacional e econômico estiveram significativamente associados à prevalência de comportamentos de risco.

Conclusões

Mesmo considerando as limitações inerentes aos estudos transversais, e baseados em medidas auto-relatadas, os resultados sugerem elevada prevalência de abuso de bebidas alcoólicas e inatividade física de lazer. A associação observada entre sexo e comportamento de risco definiu um perfil bidimensional: nos homens os comportamentos de risco mais prevalentes tomaram a forma de risco direto/ativo (fumar, abuso de bebidas alcoólicas), e nas mulheres tomaram a forma de risco indireto/passivo (inatividade física, estresse).

Correspondência para/Correspondence to:

Mauro Virgilio Gomes de Barros
Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde (NuPAF/CDS)
Campus Universitário, Trindade
88040-900 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: mauro@esef.upe.br

Baseado na Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
Apresentado parcialmente na Reunião Anual do Colégio Americano de Medicina Esportiva, Indianápolis, EUA, 2000.
Recebido em 24/11/2000. Reapresentado em 3/9/2001. Aprovado em 17/9/2001.

Keywords

Occupational health.[#] Stress, epidemiology.[#] Health surveys.[#] Health status indicators.[#] Life style.[#] Risk factors. Health behavior. Leisure activities. Smoking. Food habits. Exercise.

Abstract

Objective

To identify the prevalence and association among health risk behaviors, stress perception, and health status self-assessment among industrial workers.

Methods

A cross-sectional study was performed using a questionnaire previously tested in a pilot study in the State of Santa Catarina, Brazil. Data on smoking, alcohol consumption, fruit and vegetables intake, physical activity, stress perception, and self-assessment of health status were available for 4,225 workers (67.5% males and 32.5% females). Subjects were selected using a 3-stage cluster sampling (5% error margin). Statistical analysis was performed using Chi-square, and logistic regression analysis ($p < 0.05$).

Results

The mean age was 29.7 years old ($SD=8.6$). The prevalence of smokers was 20.6%, higher among males (23.1%) than females (15.6%). The proportion of heavy drinkers was high (57.2% among males and 18.8% among females). Almost half of the subjects (46.2%) reported no leisure-time physical activity (67% females and 34.8% males). Approximately 14% of subjects reported high levels of stress and difficulty to cope with daily tasks. About 15% of the workers perceived their health status as regular or poor. Gender, age, marital status, number of children, educational level and economic status were significantly associated with the prevalence of health risk behaviors.

Conclusions

Despite the limitations of cross-sectional studies, based on self-report assessments, the study results suggest a high prevalence of alcohol consumption and physical inactivity during leisure time. The observed association between gender and health risk behavior suggests that both sexes engage in risk behaviors: for men these behaviors are direct or active (smoking, alcohol consumption) and for women, they are more indirect or passive (physical inactivity, stress).

INTRODUÇÃO

A adoção de comportamentos de risco à saúde (inatividade física, fumo, dieta inadequada e abuso de bebidas alcoólicas) é responsável por uma parcela significativa de mortes prematuras. Levantamento efetuado nos Estados Unidos, em 1990, por McGinnis & Foege,¹³ apontou o fumo como o principal fator de risco para mortalidade, sendo que a falta de atividades físicas, aliada à dieta inadequada, contribuiu para cerca de 14% das mortes por todas as causas.

Estudos da prevalência de comportamentos de risco são comuns principalmente nos países do hemisfério Norte, onde a vigilância epidemiológica não está centrada apenas em desfechos (morbidade e mortalidade), focalizando também os fatores de risco modificáveis associados às principais causas de morte. Esses levantamentos de base populacional são importantes por monitorar mudanças nos comportamentos associados ao risco de doenças cardiovasculares (principal causa de morte nos países industrializados), o que permite identificar os subgrupos populacionais expostos a maior risco e auxilia o desenvolvimento de intervenções mais eficientes.

Na literatura especializada, alguns dos estudos relatados dedicaram atenção especial à identificação dos determinantes demográficos^{9,10} e psicossociais^{6,14} associados a esses comportamentos de risco. Patterson et al¹⁷ e Johnson et al⁸ estudaram a inter-relação entre comportamentos de risco, observando, além da reconhecida ligação entre consumo de bebidas alcoólicas e fumo, que, entre as pessoas fisicamente mais ativas, verifica-se uma menor proporção de fumantes e de sujeitos com dieta inadequada. Outra importante evidência é que parece existir uma dissociação entre comportamentos de risco ativos (fumar, usar drogas) e passivos (inatividade física). Os trabalhos de Johansson & Sundquist⁶ e Segovia et al¹⁹ mostraram que a percepção do nível de saúde está associada à adoção de comportamentos de saúde, e as evidências indicam que a prevalência de comportamentos de risco é maior entre sujeitos com percepção negativa de saúde (aqueles que consideram sua saúde atual como regular ou ruim).

No Brasil, dispõe-se de poucos indicadores sobre a prevalência^{5,15,18} e a inter-relação entre fatores comportamentais de risco à saúde. Não se encontrou nenhum estudo populacional realizado no Brasil que focalizasse múltiplos comportamentos de risco entre trabalhadores da indústria.

Buscando preencher essa lacuna, este estudo epidemiológico transversal teve por objetivo verificar a prevalência de comportamentos de risco, percepção do nível de saúde e percepção de estresse e analisar a associação entre essas variáveis em uma amostra representativa de trabalhadores da indústria.

MÉTODOS

População e amostra

Realizou-se estudo epidemiológico transversal, utilizando uma amostragem por conglomerados em três estágios para selecionar uma amostra representativa da população de trabalhadores da indústria em Santa Catarina (estimada em 300 mil sujeitos). O planejamento amostral foi efetuado considerando um intervalo de confiança de 95% e erro de 5%. No primeiro estágio, foram incluídas todas as regiões (21) que representavam as áreas de maior industrialização do Estado de Santa Catarina. No segundo, considerou-se como unidade amostral a indústria, sendo selecionadas de modo aleatório, estratificadas por tamanho (pequenas, médias e grandes). Foram selecionadas aproximadamente 10% do total de empresas, levando em conta o tamanho e a região de origem. No terceiro estágio, efetuou-se uma amostragem aleatória, sistemática, dos trabalhadores (unidade amostral nesse estágio), utilizando relação nominal fornecida pelas empresas. Para levantamento de informações que subsidiaram o planejamento amostral, foram utilizados documentos de arrecadação do Departamento Financeiro da Federação das Indústrias de Santa Catarina (Fiesc), dados da relação anual de informações sociais do Ministério do Trabalho (1996-1997) e documentos das próprias empresas.

Não foram incluídas, no planejamento amostral, as indústrias com menos de 20 empregados (microempresas), pela “volatilidade” e variação na composição de sua força de trabalho.

Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário submetido à análise de especialistas e aplicado em estudo-piloto^{1,2} a fim de verificar a forma adequada de aplicação (aplicabilidade) e o nível de fidedignidade (reprodutibilidade e objetividade). O instrumento foi composto das seguintes seções: informações pessoais e demográficas, incluindo condições de trabalho; estilo de vida, percepção do nível de estresse e saúde; atividades físicas e preferências de lazer; e controle do peso corporal e hábitos alimentares. Foi realizado um treinamento prévio com todo o pessoal envolvido na aplicação dos questionários.

A coleta de dados foi efetuada de junho a agosto de 1999, e os entrevistadores foram assistentes sociais e professores de educação física do Serviço Social da Indústria em Santa Catarina (Sesi/SC).

A aplicação do questionário foi realizada em grupos pequenos (duas ou três pessoas). Os trabalhadores analfabetos foram entrevistados individualmente. O questionário não continha campos que permitissem identificação, e, antes de iniciar a aplicação do instrumento, todos foram esclarecidos sobre o caráter voluntário da participação e a garantia de anonimato das informações.

As informações eram registradas pelos sujeitos (autopreenchimento), mas eles tinham a oportunidade de esclarecer dúvidas com o entrevistador. Não era obrigatório o preenchimento, dando-se a opção de devolvê-lo em branco.

O total de questionários aplicados foi de 4.850, obtendo-se retorno de 87,8%. A composição da amostra ficou, ao final da fase de tabulação, com 4.225 sujeitos (67,5% homens e 32,5% mulheres), que representam 87,1% dos instrumentos enviados para aplicação.

No processo de tabulação dos dados, 33 questionários foram excluídos por apresentar grande número de respostas em branco e/ou respostas com valores improváveis.

Variáveis

Foram analisadas oito variáveis demográficas, quatro comportamentos de risco (fumo, abuso de álcool, inatividade física e baixo consumo de frutas e verduras), percepção do nível de estresse e auto-avaliação do nível de saúde.

Foram considerados fumantes, independentemente da regularidade e da quantidade, os sujeitos que referiram fumar. Definiu-se que os sujeitos que abusam de bebidas alcoólicas (alcoolistas em potencial) foram aqueles que referiram ingerir mais de 14 drinques (ou doses) por semana e/ou mais de cinco drinques em uma mesma ocasião. Considerou-se um drinque padrão (contendo aproximadamente 15 g de etanol) o equivalente a uma lata de cerveja (350 ml), a uma taça de vinho (120 ml) ou a uma dose de bebida destilada (45 ml).¹⁶

A prática de atividades físicas foi avaliada mediante utilização do *International Physical Activity Questionnaire – IPAQ* (Questionário Internacional de Atividades Físicas, versão 6),¹ considerando-se três

níveis: inativos (nenhuma atividade física de lazer); pouco ativos (gasto energético em atividades físicas de lazer <14,3 kcal/kg/sem); e ativos.

O consumo de frutas e verduras foi classificado em dois níveis, considerando como critério de comportamento de risco não consumir pelo menos uma porção ao dia de frutas (ou suco de frutas) e de verduras (ou legumes ou saladas verdes).

A exposição a níveis elevados de estresse foi avaliada pela percepção relatada pelos sujeitos, considerando uma escala *likert* de quatro pontos (1=raramente estressado; 2=às vezes estressado; 3=quase sempre estressado; 4=excessivamente estressado). Foram considerados expostos a níveis elevados de estresse os sujeitos que referiram uma percepção igual aos níveis 3 e 4 da escala.

A auto-avaliação do nível de saúde foi efetuada considerando uma escala *likert* de quatro pontos (1=excelente; 2=bom; 3=regular; 4=ruim). Foram considerados expostos a uma percepção de saúde negativa aqueles que avaliaram sua saúde como sendo “regular” ou “ruim”. A estrutura dessas questões segue o modelo dos itens dos questionários construídos e validados para estudos populacionais nos Estados Unidos (BRFSS – *Behavioral Risk Factors Surveillance System* e Nhanes III – *Third National Health and Nutrition Examination Survey*). * O estudo-piloto^{1,2} mostrou que essas questões têm boa reprodutibilidade e aplicabilidade.

Análise de dados

A medida de cada variável de estudo foi, em geral, composta por mais de uma questão, permitindo a rea-

Tabela 1 – Características demográficas, comportamentos de risco, percepção de estresse e nível relatado de saúde por sexo.

Variáveis	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade (anos) ^{p<0,01}						
Até 29	1.518	54,6	769	57,4	2.287	55,5
30 a 44	1.075	38,7	515	38,4	1.590	38,6
45 ou mais	188	6,8	56	4,2	244	5,9
Estado civil ^{p<0,01}						
Solteiro	903	32,8	484	36,3	1.387	33,9
Casado/vivendo com parceiro	1.788	64,9	744	55,8	2.532	61,9
Outros (viúvo, divorciado)	63	2,3	106	7,9	169	4,1
Tamanho da empresa ^{p<0,01}						
Pequeno porte	787	27,9	278	20,5	1.065	25,5
Médio porte	1.220	43,3	569	42,0	1.789	42,9
Grande porte	811	28,8	507	37,4	1.318	31,6
Turno de trabalho ^{p<0,01}						
Diurno	1.724	73,4	899	78,0	2.623	74,9
Noturno	306	13,0	164	14,2	470	13,4
Rodízio	320	13,6	89	7,7	409	11,7
Número de filhos ^{p<0,01}						
Não tem filho	895	35,2	489	39,2	1.384	36,5
Apenas um filho	673	26,4	341	27,4	1.014	26,7
Dois filhos ou mais	977	38,4	416	33,4	1.393	36,7
Nível educacional						
Até 8 anos	1.408	50,7	688	51,8	2.096	51,0
Mais de 8 anos	1.369	49,3	641	48,2	2.010	49,0
Nível econômico ^{p<0,01}						
Classes A e B	913	33,6	487	37,3	1.400	34,8
Classes C, D e E	1.806	66,4	819	62,7	2.625	65,2
Fumantes ^{p<0,05}						
Sim	642	23,1	210	15,6	852	20,6
Não	2.140	76,9	1.135	84,4	3.275	79,4
Abuso de bebidas alcoólicas ^{p<0,01}						
Sim	1.462	57,2	213	18,8	1.675	45,4
Não	1.094	42,8	923	81,2	2.017	54,6
Atividade física ^{p<0,01}						
Inativo	591	34,8	626	67,0	1.217	46,2
Pouco ativo	411	24,2	153	16,4	564	21,4
Ativo	696	41,0	155	16,6	851	32,3
Consumo de frutas ^{p<0,01}						
<1 porção/dia	950	35,9	359	28,3	1.309	33,4
1 porção/dia ou mais	1.695	64,1	910	71,7	2.605	66,6
Consumo de verduras ^{p<0,01}						
<1 porção/dia	752	28,3	275	21,7	1.027	26,1
1 porção/dia ou mais	1.908	71,7	995	78,3	2.903	73,9
Percepção do nível de estresse ^{p<0,01}						
Raramente/às vezes estressado	2.411	87,8	1.095	82,6	3.506	86,1
Quase sempre/excessivamente	334	12,2	231	17,4	565	13,9
Auto-avaliação do nível de saúde ^{p<0,01}						
Excelente/bom (positiva)	2.385	87,8	1.041	80,0	3.426	85,2
Regular/ruim (negativa)	332	12,2	261	20,0	593	14,8

*As versões recentes desses instrumentos e informações sobre o processo de construção e validação estão disponíveis em www.cdc.gov.

lização de testes de coerência interna. Assim, por exemplo, referir que em uma semana não se ingeriu uma dose sequer de bebidas alcoólicas, mas que em vários dias do último mês se ingeriram mais de cinco doses em uma mesma ocasião caracteriza uma incoerência de resposta. Os problemas de incoerência foram revisados manualmente nos 4.225 questionários.

Para criação do banco de dados, utilizou-se o programa Epi Info (versão 6.04b). Os dados de cada variável foram revisados procurando-se identificar potenciais *outliers*; para tanto, recorreu-se à revisão eletrônica e manual dos valores extremos (superiores e inferiores). Os erros identificados foram corrigidos.

Na análise estatística dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS (versão 9). Para medida de associação entre variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2). Uma análise de regressão logística foi utilizada para estimar *odds ratio* (OR) de comportamentos de risco e percepção de estresse, considerando como variável dependente a percepção negativa de saúde. Foram efetuados ajustes para características demográficas (sexo, idade, número de filhos, nível educacional e classe econômica) e outras variáveis de confusão. Os resultados foram definidos como

estatisticamente significativos para um valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

As características demográficas e de comportamentos de risco da população estão apresentadas na Tabela 1. A idade média da amostra foi de 29,6 anos (DP=8,6), com os homens apresentando uma média de idade (29,9 anos; DP=8,8) um pouco superior à das mulheres (29,2 anos; DP=8,2).

Não foi observada associação significativa entre as variáveis sexo e nível educacional, verificando-se uma proporção similar de homens (49,3%) e mulheres (48,2%) com mais de oito anos de estudo. Apenas 4,8% dos homens e 5,2% das mulheres têm menos de quatro anos de escolarização. A proporção de trabalhadores que não concluíram o ensino fundamental (primeiro grau) foi de 37,3%. Além disso, 15,6% dos sujeitos tinham pelo menos 12 anos de estudo. Em geral, os trabalhadores da indústria são de famílias nucleares com até quatro pessoas e, em sua maioria, têm de um a dois filhos (média=1,2; DP=1,3).

Identificou-se uma prevalência de exposição ao fumo

Tabela 2 – Prevalência de comportamentos de risco, percepção de exposição a estresse elevado e auto-avaliação negativa de saúde, por variáveis demográficas.

Características	Comportamentos de risco						
	FUM	ALC	INA	CFR	CVE	STR	SAU
Sexo							
Homens	23,1*	57,2*	59,0*	35,9*	28,3*	12,2*	12,2*
Mulheres	15,6	18,8	83,4	28,3	21,7	17,4	20,0
Idade (anos)							
Até 29	17,0*	46,6	61,8*	36,1*	31,0*	12,8**	12,8*
30 a 44	25,0	43,7	73,9	31,9	19,9	14,6	15,4
45 ou mais	24,7	44,4	84,0	21,5	20,2	18,4	29,7
Estado Civil							
Solteiro	17,5*	49,9*	58,4*	35,7	31,5*	12,5*	11,2*
Casado/vivendo com parceiro	21,6	44,0	72,3	32,6	23,2	13,8	16,0
Outros (viúvo, divorciado)	27,7	32,0	71,8	30,7	24,8	25,4	20,7
Tamanho da empresa							
Pequeno porte	24,4*	49,5*	67,3	35,8	28,7*	13,1	16,5
Médio porte	21,2	45,0	67,0	32,6	27,7	14,6	14,4
Grande porte	16,9	42,5	69,1	33,0	21,6	13,5	13,8
Turno de trabalho							
Diurno	20,8	46,5**	68,5	35,4**	15,0	14,1	
Noturno	19,4	39,4	69,0	31,5	23,9	13,6	14,5
Rodízio	19,2	47,7	67,6	29,2	29,3	15,0	13,7
Número de filhos							
Não tem filho	15,2*	46,7	62,5*	35,1	29,6*	11,6*	12,0*
Apenas um filho	21,7	44,8	72,6	34,1	26,1	13,2	12,7
Dois filhos ou +	25,6	42,5	73,4	31,8	20,3	17,3	19,4
Nível educacional							
Até 8 anos	24,9*	42,0*	72,7*	31,0*	26,8	16,0*	19,2*
Mais de 8 anos	16,1	48,8	62,9	36,0	25,1	11,4	10,0
Nível econômico							
Classes A e B	17,3*	49,6*	63,4*	33,8	21,8*	11,9*	10,8*
Classes C, D e E	22,2	43,4	70,1	33,6	28,1	14,9	16,8

* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

FUM – Fumantes;

ALC – Alcoolistas (abuso de bebidas alcoólicas);

INA – Insuficientemente ativos no lazer (inativos + pouco ativos);

CFR – Consumo de menos de uma porção de frutas (ou suco de frutas) ao dia; CVE – Consumo de menos de uma porção de verduras ao dia;

STR – Percepção de exposição a níveis elevados de estresse;

SAU – Auto-avaliação negativa do nível de saúde (regular ou ruim).

de 20,6%, sendo que, destes, 73,1% (n=613) fumam diariamente. Em média, o consumo é de 10,8 cigarros ao dia (DP=7,14; IC95%: 10,3-11,3). Entre os não fumantes, observou-se que 85,6% (n=2.779) nunca fumaram, 5,2% (n=168) pararam há menos de dois anos, e 9,2% (n=298), há mais de dois anos.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, observou-se um consumo médio de aproximadamente duas doses por semana, e apenas um em cada dez trabalhadores admitiu consumir mais de 14 doses por semana. Entretanto, 48,1% (n=1.687) relataram ter ingerido, no último mês, mais de cinco doses em uma mesma ocasião.

Do total de 4.118 respondentes, a maior parte (50,9%) relatou sentir-se estressado *às vezes*, mas viver razoavelmente bem; 35,2% referiram que raramente se sentem estressados; 11,3% relataram sentir-se quase sempre estressados; e 2,6% dos sujeitos

tos perceberam um excessivo nível de estresse.

Em geral, os sujeitos classificaram seu estado de saúde atual como sendo “excelente” (27,4%) ou “bom” (57,8%). Aproximadamente 14,3% o julgaram “regular”, e apenas 0,5% o consideraram “ruim”.

Procurou-se observar em que medida as características demográficas estavam associadas aos comportamentos de risco, percepção de estresse e auto-avaliação do nível de saúde. Os resultados estão nas Tabela 2 e 3.

A Tabela 4 contém resultados da análise de regressão logística, considerando a percepção de saúde dos sujeitos como variável dependente.

DISCUSSÃO

As limitações do presente estudo estão, particu-

Tabela 3 – Prevalência de comportamentos de risco, percepção de exposição a estresse elevado e auto-avaliação negativa de saúde, estratificados por sexo.***

Características	Comportamentos de risco						
	FUM	ALC	INA	CFR	CVE	STR	SAU
Idade (anos)							
M Até 29	20,3*	59,1	51,0*	38,3*	34,3*	11,4	10,3*
30 a 44	26,3	55,2	66,8	34,7	21,2	12,3	12,3
45 ou mais	26,1	54,1	80,6	24,4	20,5	16,9	28,6
F Até 29	10,8*	20,3	80,4**	31,6*	24,6**	15,4	18,0**
30 a 44	22,0	17,5	86,3	25,5	17,8	19,5	22,1
45 ou mais	21,8	9,3	92,5	9,8	18,0	25,0	31,4
Estado Civil							
M Solteiro	19,6 *	62,3 *	46,6 *	37,3	33,7*	11,1**	9,4*
Casado	24,3	54,9	65,3	35,3	25,7	12,4	13,5
Outros (viúvo, divorciado)	31,7	59,3	45,5	37,9	25,9	22,6	14,5
F Solteiro	13,5*	24,7*	77,2*	32,7**	27,4*	15,3**	14,6*
Casado	15,0	16,0	87,2	25,3	17,2	17,0	22,1
Outros (viúvo, divorciado)	26,4	14,3	82,6	27,2	25,0	27,2	25,3
Tamanho da empresa							
M Pequeno porte	26,7*	59,2	59,2	37,0	30,3*	12,2	14,5
Médio porte	23,2	56,0	58,0	35,9	29,8	12,2	11,2
Grande porte	19,4	57,0	60,3	34,9	24,0	12,0	11,6
F Pequeno porte	17,7	18,4	87,0	32,3	24,5	16,2	22,3
Médio porte	17,2	19,4	83,0	25,3	23,3	19,6	21,4
Grande porte	12,7	18,3	81,9	29,5	18,4	15,7	17,3
Turno de trabalho							
M Diurno	23,3	59,6**	58,8	37,5	28,2	12,7	13,0
Noturno	23,3	50,2	63,0	36,1	27,3	13,8	11,1
Rodízio	20,2	56,9	58,0	30,4	30,1	10,7	11,6
F Diurno	16,0	19,2	84,5	30,9	22,1	16,8	18,8
Noturno	11,6	17,6	79,4	23,7	18,2	16,3	18,4
Rodízio	16,1	11,6	93,8	25,0	25,0	25,0	28,6
Número de filhos							
M Não tem filho	17,2*	58,9	52,4*	37,1	33,0*	10,6**	10,3*
Apenas um filho	24,9	58,2	64,6	37,5	28,4	11,4	10,7
Dois filhos ou +	27,7	54,3	65,7	34,2	21,6	14,8	15,6
F Não tem filho	11,7*	23,6*	78,7*	31,8	23,6	13,0*	15,4*
Apenas um filho	15,9	15,3	85,8	27,3	21,2	17,0	16,9
Dois filhos ou +	20,4	12,6	88,4	24,6	17,9	23,4	28,4
Nível educacional							
M Até 8 anos	28,5*	54,0*	62,4*	33,7**	29,8	13,7*	16,0*
Mais de 8 anos	17,5	60,8	55,7	37,8	26,6	10,4	8,3
F Até 8 anos	18,2*	14,6*	89,6*	25,0*	20,7	21,0*	26,1*
Mais de 8 anos	12,5	22,3	76,9	31,7	22,3	13,3	13,4
Nível econômico							
M Classes A e B	19,1*	63,6*	55,6**	36,0	22,3*	10,6	9,4*
Classes C, D e E	25,0	54,5	60,9	36,0	31,1	12,8	13,5
F Classes A e B	13,6	22,1**	76,3*	29,3	20,9	14,1**	13,3*
Classes C, D e E	16,4	16,3	87,6	27,6	21,7	19,4	24,2

*p<0,01; **p<0,05; M=homens; F=mulheres;

***outras abreviações conforme Tabela 2

larmente, no fato de se utilizar como instrumento um questionário e de se reduzir a uma ou duas questões (como no caso do estresse ou da ingestão de álcool) a fonte de informação sobre algumas variáveis. Da mesma forma, pode-se considerar que as informações relativas às condições de trabalho são limitadas, o que ocorreu em função dos objetivos e das características desse levantamento: priorizou-se a abrangência no quadro de informações sobre o estilo de vida, em detrimento da profundidade da análise. Inicialmente, a análise dos dados incluiu, além do tamanho da empresa e do turno de trabalho, outras variáveis relacionadas às condições de trabalho (remuneração por produtividade e horas extras). Todavia, essas variáveis não foram incluídas na análise por não apresentarem associação significativa com as demais variáveis de estudo.

Ao contrário do que foi observado no estudo conduzido por Lynch et al,¹¹ em que apenas o nível educacional foi significativamente associado à proporção de fumantes, no presente estudo o fumo foi significativamente associado a todas as variáveis demográficas (excetuando-se a variável turno de trabalho). A proporção de fumantes foi significativamente menor entre as mulheres e, independentemente do sexo, entre os trabalhadores solteiros e com até 29 anos. Observou-se, entre os homens e entre as mulheres, um gradiente de aumento da proporção de fumantes conforme aumento do número de filhos e diminuição do nível educacional. Apenas entre os homens foi verificado aumento significativo da proporção de fumantes associado à redução do nível econômico.

A exposição ao fumo foi inferior à prevalência nacional (39%), menor que os 37,9% verificados por Rego et al,¹⁸ mas semelhantes à prevalência de fu-

mantas (22%) entre trabalhadores da Universidade Federal de Santa Catarina.¹⁵

Dados do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos indicam que duas em cada dez pessoas na faixa dos 25 a 49 anos nos EUA referem ingerir doses excessivas de bebidas alcoólicas.²⁰ No presente estudo, a proporção de sujeitos que referiram abuso de bebidas alcoólicas foi maior entre os homens (cerca de três vezes superior à das mulheres). Após estratificação pelo sexo, observou-se uma maior prevalência de abuso de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores solteiros, de maior nível educacional e econômico. Verificou-se também que o trabalho em horário diurno (entre os homens) e não ter filhos (entre as mulheres) associam-se a uma maior prevalência de abuso de bebidas alcoólicas.

Verificou-se maior consumo de bebidas alcoólicas entre os homens; todavia, a prevalência de exposição ao consumo excessivo de álcool entre os homens é muito superior a que foi observada em outras populações.^{3,18}

A prevalência de sujeitos insuficientemente ativos no lazer, além de ser maior entre as mulheres, aumentou proporcionalmente com a idade independentemente do sexo. Para ambos, homens e mulheres, um maior número de filhos e menor nível educacional e econômico foram associados à maior proporção de insuficientemente ativos no lazer. No caso da inter-relação entre o estado civil e a prática de atividades físicas de lazer, foram observadas tendências diferentes para homens e mulheres: apenas entre as mulheres os solteiros foram o grupo com menor prevalência de insuficientemente ativos no lazer. Esses resultados coincidem com evidências apresentadas por MacAuley et al¹² e com as informações divulgadas

Tabela 4 – Odds Ratio de comportamentos de risco e estresse, considerando a percepção negativa de saúde como variável dependente.

Variável	Categoria	N***	OR (95% IC)		
			Não ajustado	Ajustado****	Ajustado*****
Fumo	Sim	361	1,00	1,00	1,00
	Não	1.491	0,17* (0,15;0,20)	0,64* (0,48;0,85)	0,90 (0,65;1,25)
Abuso de álcool	Sim	809	1,00	1,00	1,00
	Não	1.043	0,22* (0,19;0,25)	0,96 (0,72;1,27)	1,04 (0,77;1,41)
Atividade física	Inativo	797	1,00	1,00	1,00
	Pouco ativo	428	0,15* (0,11;0,20)	0,57* (0,41;0,80)	0,63* (0,45;0,90)
Consumo de frutas	Ativo	627	0,10* (0,08;0,13)	0,38* (0,27;0,53)	0,47* (0,33;0,66)
	<1 porção/dia	631	1,00	1,00	1,00
Consumo de verduras	≥1 porção/dia	1.221	0,18* (0,16;0,21)	0,74** (0,57;0,97)	1,02 (0,77;1,37)
	<1 porção/dia	461	1,00	1,00	1,00
Estresse elevado	Sim	250	1,00	1,00	1,00
	Não	1.602	0,14* (0,12;0,16)	0,25* (0,19;0,33)	0,28* (0,21;0,39)

*p<0,01; **p<0,05;

***número de sujeitos incluídos na análise após exclusão dos casos com dados inexistentes

****OR – odds ratio ajustado para variáveis demográficas (sexo, idade, número de filhos, nível educacional e classe econômica)

*****OR – odds ratio ajustado para variáveis demográficas, índice de massa corporal (kg/m²) e outros comportamentos de risco

pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos,²⁰ segundo as quais a proporção de sujeitos insuficientemente ativos no período de lazer chega a 60% na população da América do Norte.

O reduzido consumo de frutas (menos de uma porção ao dia) foi mais prevalente entre os homens, e, independentemente do sexo, verificou-se que, com o aumento da idade, houve diminuição da proporção de trabalhadores que não consomem pelo menos uma porção de frutas ao dia. Entre os mais instruídos, de ambos os sexos, observou-se maior prevalência de sujeitos que não consomem frutas diariamente.

O reduzido consumo de verduras também foi mais prevalente entre os homens. A proporção de trabalhadores que consomem menos de uma porção de verduras ao dia foi maior entre os solteiros e entre sujeitos de até 29 anos de idade, independentemente do sexo. Apenas entre os homens foi observada maior prevalência de consumo reduzido de verduras entre os trabalhadores de indústrias de pequeno porte que não têm filhos e com menor nível econômico.

A percepção de exposição a níveis elevados de estresse foi menor entre os homens. Entre os trabalhadores solteiros, sem filhos e de maior nível educacional de ambos os sexos, observou-se menor proporção de sujeitos com percepção de exposição a níveis elevados de estresse. Entre as mulheres, o maior nível econômico foi associado à menor prevalência da percepção de níveis elevados de estresse.

A proporção de trabalhadores com percepção de saúde negativa (14,8%) foi inferior a que foi observada na Pesquisa de Padrão de Vida (PPV),⁵ segundo a qual 80,6% da população das regiões Sudeste e Nordeste do País consideram seu estado de saúde atual como sendo “bom” ou “muito bom”. Índice semelhante (86,6%) também foi observado na população dos Estados Unidos.⁴ A proporção de trabalhadores com percepção negativa do nível de saúde foi menor entre os trabalhadores com até 29 anos, solteiros, sem filhos, mais instruídos e de melhor nível econômico, independentemente do sexo.

No presente trabalho, como observado em outros estudos, a associação entre fumo e consumo de bebidas alcoólicas foi estatisticamente significativa, mesmo após estratificação por sexo. A proporção de pessoas que abusam de álcool foi quase duas vezes maior entre os fumantes do que entre os não fumantes. O fumo, independentemente do sexo, foi também significativamente associado à percepção de estresse, e a proporção de sujeitos que referem níveis elevados de estresse foi significativamente maior entre os fumantes

(20,5%) do que entre os não fumantes (12,0%).

Verificou-se que a proporção de fumantes entre os inativos (26,3%) do sexo masculino foi maior que entre os ativos e pouco ativos (cerca de 20% de fumantes). A proporção de trabalhadores que não consomem diariamente frutas na alimentação é maior entre os fumantes (41,2%) que entre os não fumantes (34,5%).

O abuso de bebidas alcoólicas, além da esperada ligação com o hábito de fumar, parece estar associado à prática de atividades físicas de lazer. Tanto entre os homens quanto entre as mulheres, a proporção de sujeitos fisicamente ativos no lazer foi maior entre os que ingerem bebidas alcoólicas em excesso. Entre os homens, foram 53,9% insuficientemente ativos dentre os que abusam de bebidas alcoólicas contra 62,4% dentre os que não bebem ou o fazem com moderação. Entre as mulheres que ingerem muito álcool, 75,5% foram consideradas insuficientemente ativas contra 83,5% entre as que bebem com moderação ou são abstinências.

A percepção do nível de estresse entre os homens foi inversamente associada à prática de atividades físicas de lazer e à frequência de consumo de frutas. Entre aqueles que referem maior nível de estresse, observou-se maior proporção de sujeitos que não consomem frutas diariamente (45,9%) em comparação com aqueles que relataram menor exposição ao estresse (34,5%). Além disso, verificou-se que a prevalência de uma percepção de exposição a níveis elevados de estresse foi menor entre homens fisicamente ativos (8,6%) quando comparados a sujeitos pouco ativos (10,9%) ou inativos (16,8%).

Evidências da literatura^{7,19} sugerem que diversos comportamentos de risco estão associados ao nível de saúde referido pelos sujeitos. No presente estudo, observou-se que, independentemente do sexo, a prática de atividades físicas de lazer e a percepção de estresse, além do hábito de fumar entre os homens, estão significativamente associados ao nível de saúde relatado. Ao contrário do que consta na literatura, após e mediante regressão logística (Tabela 4), para variáveis de confusão em potencial, não foi observada associação significativa entre o hábito de fumar e o nível de saúde relatado. No estudo de Segovia et al,¹⁹ as medidas de associação foram ajustadas apenas por sexo e nível educacional, e esta é, possivelmente, a razão para essa discrepância.

A proporção de trabalhadores que relataram baixo nível de saúde foi maior entre os sujeitos inativos (18,5% dos homens; 24,8% das mulheres) quando comparados aos pouco ativos (11,4% dos homens;

18,2% das mulheres) e ativos (9% dos homens; 10,6% das mulheres). A mesma tendência foi observada quanto à inter-relação da percepção de estresse e à auto-avaliação da saúde. A prevalência de sujeitos com percepção negativa de saúde foi maior entre aqueles que também percebem estar expostos a níveis elevados de estresse (27,4% dos homens; 43,3% das mulheres) quando comparados aos que percebem menor exposição ao estresse (9,8% dos homens; 14,9% das mulheres).

Resultados da análise de regressão logística (Tabela 4) demonstraram que, após o ajuste para variáveis de confusão em potencial, o consumo de verduras na dieta, a atividade física de lazer e a percepção de estresse estão significativamente associados ao nível de saúde referido pelos trabalhadores. A chance de referir uma percepção negativa de saúde foi 26% menor entre os que consomem pelo menos uma porção de verduras ao dia, 37-53% menor entre os que são fisicamente ativos no lazer e 72% menor para os que não se sentem expostos a níveis elevados de estresse. A associação entre atividades físicas de lazer e nível de saúde relatado converge, em tendência, para os resultados descritos em estudos anteriores.^{7,19} Um maior nível de atividade física está claramente associado a uma menor chance de percepção negativa de saúde.

Consideradas as limitações inerentes aos estudos de corte transversal e baseados em medidas fornecidas pelos sujeitos, os resultados do presente estudo sugere-

rem elevada prevalência de abuso de bebidas alcoólicas e inatividade física de lazer.

Turno de trabalho e tamanho da empresa foram variáveis pouco associadas à prevalência de comportamentos de risco. A prevalência de exposição a todos os comportamentos de risco estudados foi mais associada a idade, estado civil, número de filhos, nível educacional e nível econômico. Os trabalhadores solteiros, mais jovens (até 29 anos) e sem filhos, estão expostos em menor proporção ao fumo, à inatividade física e à percepção de estresse elevado. Em contrapartida, ingerem mais bebidas alcoólicas e consomem menos frutas e verduras.

As mulheres estão expostas em maior proporção à inatividade física de lazer e à percepção de estresse elevado, talvez devido à dupla jornada (trabalho e obrigações domésticas); nas demais variáveis, os homens apresentam-se expostos a maior risco. A associação observada entre sexo e comportamento de risco definiu um perfil bidimensional: nos homens, os comportamentos de risco mais prevalentes tomam a forma de risco direto ou ativo (fumar, abuso de bebidas alcoólicas) e, nas mulheres, tomam a forma de risco indireto ou passivo (inatividade física, estresse).

AGRADECIMENTOS

Ao Serviço Social da Indústria em Santa Catarina (Sesi/SC) pelo apoio institucional e logístico à realização do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Barros MVG, Nahas MV. Reprodutibilidade (teste-reteste) do Questionário Internacional de Atividades Físicas (QIAF-Versão 6): um estudo-piloto com adultos no Brasil. *Rev Bras Ciênc Mov* 2000;8:23-6.
2. Barros MVG. *Atividades físicas no lazer e outros comportamentos relacionados à saúde dos trabalhadores da indústria no Estado de Santa Catarina, Brasil* [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: UFSC; 1999.
3. Brenner H, Arndt V, Rothenbacher D, Schubert S, Fraisse E, Fliedner TM. The association between alcohol consumption and all-cause mortality in a cohort of male employees in the German construction industry. *Int J Epidemiol* 1997;26:85-91.
4. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Health-related quality-of-life measures United States, 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44:195-200.
5. Fundação IBGE. Pesquisa de padrão de vida. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em URL:<http://www.ibge.gov.br/imprensa/noticias/ppv11.html>. [1999 Out 26]
6. Havas S, Treiman K, Langenberg P, Ballesteros M, Anliker J, Damron D et al. Factors associated with fruit and vegetables consumption among women participating in WIC. *J Am Diet Assoc* 1998;98:1141-8.
7. Johansson S, Sundquist J. Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *Int J Epidemiol* 1999;28:1073-80.
8. Johnson MF, Nichols JF, Sallis JF, Calías KJ, Hovell MF. Interrelationships between physical activity and other health behaviors among university women and men. *Prev Med* 1998;27:536-44.
9. Kim J, Bramlett MH, Wright LK, Poon LW. Racial differences in health status and health behaviors of older adults. *Nurs Res* 1998;47:243-50.
10. Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA* 1998;279:1703-9.

11. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997;44:809-19.
12. MacAuley D, McCrum EE, Stott G, Evans AE, Gamble RP, Roberts B et al. Levels of physical activity, physical fitness and their relationship in the Northern Ireland health and activity survey. *Int J Sports Med* 1998;19:503-11.
13. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993;270:2207-12.
14. Milligan RA, Burke V, Beilin LJ, Richards J, Dunbar D, Spencer M et al. Health-related behaviours and psycho-social characteristics of 18 years-old Australians. *Soc Sci Med* 1997;45:1549-62.
15. Nahas MV, Duarte MFS, Francalacci VL, De Bem MFL, Martins DM. Physical activity and health-related fitness of Brazilian public service employees ages 20 to 69. In: *Proceedings of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1997*. Tampere: Finland; 1997. vol. 7. p. 483-5.
16. Nieman DC. *Exercise testing and prescription: a health-related approach*. Mountain View (CA): Mayfield Publishing Company; 1998.
17. Patterson RE, Haines PS, Popkin BM. Health lifestyle patterns of U.S. adults. *Prev Med* 1994;23:453-60.
18. Rego RA, Berardo FA, Rodrigues SS, Oliveira ZM, Vasconcellos C, Aventurato LV et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo (Brasil). Metodologia e Resultados Preliminares. *Rev Saúde Pública* 1990;24:277-85.
19. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. The association between self-assessed health status and individual health practices. *Can J Public Health* 1989;80:32-7.
20. US Department of Health and Human Services. *Promoting physical activity: a guide for community action*. Illinois: Human Kinetics; 1999.